Nº 82-003-XIF au catalogue

Rapports sur la santé

Vol. 18, nº 4

- Vaccination antigrippale
- Les prestateurs de soins de santé et le stress
- Issues de la grossesse
- Fractures de la hanche

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : Division de l'information et de la recherche sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : 613-951-1765).

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.ca. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel à infostat@statcan.ca ou par téléphone entre 8h30 et 16h30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

Numéros sans frais (Canada et États-Unis) :	
Service de renseignements	1-800-263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
Télécopieur	1-877-287-4369
Renseignements concernant le Programme des services de dépôt	1-800-635-7943
Télécopieur pour le Programme des services de dépôt	1-800-565-7757
Centre de renseignements de Statistique Canada :	1-613-951-8116
Télécopieur	1-613-951-0581

Renseignements pour accéder ou commander le produit

Le produit nº 82-003-XIF au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.ca et de choisir la rubrique Publications.

Ce produit nº 82-003-XPF au catalogue est aussi disponible en version imprimée standard au prix de 22 $CAN l'exemplaire et de 63 $CAN pour un abonnement annuel.

Les frais de livraison supplémentaires suivants s'appliquent aux envois à l'extérieur du Canada :

	Exemplaire	Abonnement annuel
États-Unis	6 $CAN	24 $CAN
Autres pays	10 $CAN	40 $CAN

Les prix ne comprennent pas les taxes sur les ventes.

La version imprimée peut être commandée par

- Téléphone (Canada et États-Unis) 1-800-267-6677
- Télécopieur (Canada et États-Unis) 1-877-287-4369
- Courriel infostats@statcan.ca
- Poste Statistique Canada
  Division des finances
  Immeuble R.-H.-Coats, 6e étage
  100, promenade Tunney's Pasture
  Ottawa (Ontario) K1A 0T6
- En personne auprès des agents et librairies autorisés.

Lorsque vous signalez un changement d'adresse, veuillez nous fournir l'ancienne et la nouvelle adresse.

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui sont observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.ca sous À propos de nous > Offrir des services aux Canadiens.

Statistique Canada
Division de l'information et de la recherche sur la santé

Rapports sur la santé

Volume 18, numéro 4

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2007

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication électronique peut être reproduit en tout ou en partie, et par quelque moyen que ce soit, sans autre permission de Statistique Canada, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou " Adapté de ", s'il y a lieu) : Statistique Canada, année de publication, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire le contenu de la présente publication, ou de l'emmagasiner dans un système d'extraction, ou de le transmettre sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division des services à la clientèle, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

Novembre 2007

Nº 82-003-XIF au catalogue, vol. 18, nº 4
ISSN 1209-1375

Nº 82-003-XPF au catalogue, vol. 18, nº 4
ISSN 1492-7128

Périodicité : trimestrielle

Ottawa

This publication is available in English upon request (catalogue no. 82-003-XIE).

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés uniformément dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
p	préliminaire
r	rectifié
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
E	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié

Le papier utilisé dans la présente publication répond aux exigences minimales de l'« American National Standard for Information Sciences » - « Permanence of Paper for Printed Library Materials », ANSI Z39.48 - 1984.

♾

Au sujet de *Rapports sur la santé*

Rédactrice en chef
Christine Wright

Rédactrice principale
Mary Sue Devereaux

Rédactrice
Barbara Riggs

Rédactrice adjointe
Anne Marie Baxter

Supervision de la production
Robert Pellarin

Administration
Céline Desfonds

Rédacteurs associés
Owen Adams
Arun Chockalingham
Elizabeth Lin
Nazeem Muhajarine
Yves Péron
Georgia Roberts
Geoff Rowe
Eugene Vayda

Rapports sur la santé est une publication produite tous les trimestres par la Division de l'information et de la recherche sur la santé de Statistique Canada. Elle s'adresse à un large public, notamment les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants. Elle vise à fournir des données exhaustives, pertinentes et de grande qualité sur l'état de santé de la population et le système de soins de santé. Elle traite de divers sujets sous la forme d'analyses originales et opportunes des données sur la santé et de l'état civil. L'information provient habituellement de bases de données administratives ou d'enquêtes nationales, provinciales ou territoriales.

Rapports sur la santé comporte les volets suivants : « Travaux de recherche » et « Santé en bref ». Le volet « Travaux de recherche » présente des analyses approfondies soumises à un examen anonyme par des pairs. Le volet « Santé en bref » offre de courts articles essentiellement descriptifs qui reposent principalement sur des données d'enquêtes et sur des données administratives produites par la Division de la statistique de la santé. Les articles des deux volets sont répertoriés dans Index Medicus et MEDLINE.

On peut obtenir d'autres renseignements à propos des *Rapports sur la santé* en s'adressant à l'équipe de la rédaction, Division de l'information et de la recherche sur la santé, Statistique Canada, 24e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa (Ontario) Canada, K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-1765. Télécopieur : (613) 951-3959.

Version électronique

Rapports sur la santé est une publication offerte aussi sous forme électronique, en fichiers PDF et HTML. On peut y accéder gratuitement à partir du site Web de Statistique Canada, à l'adresse *www.statcan.ca*. Choisissez « Français » à la page d'accueil, puis « Nos produits et services » à la page suivante. Choisissez ensuite « Parcourir nos publications gratuites offertes sur Internet (PDF ou HTML) »; vous trouverez *Rapports sur la santé,* nº 82-003-XIF au catalogue, à la rubrique « Santé ».

Recommandation concernant les citations

La publication *Rapports sur la santé* est inscrite au catalogue de Statistique Canada sous un numéro unique : 82-003. Dans le cas de la version française sur papier, le numéro est 82-003-XPF, et dans le cas de la version électronique française, 82-003-XIF. Ce numéro au catalogue permet de faciliter l'entreposage et la recherche de la publication en bibliothèque, que cela se fasse manuellement ou électroniquement. Ainsi, nous demandons aux auteurs qui citent un article de *Rapports sur la santé* dans d'autres documents publiés de bien citer le numéro au catalogue du produit.

Exemple :

G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, « Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différences selon le sexe », *Rapports sur la santé*, 9(1), 1997, p. 9-18 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).

Revue par les pairs

Les personnes suivantes, spécialistes cliniques, méthodologistes et spécialistes de domaines particuliers, ont revu les articles du volume 18 de *Rapports sur la santé*. L'équipe de la rédaction les remercie de leurs précieux conseils et du temps qu'elles ont consacré à ce travail.

Christopher Ardern
Robin Badgley
Kylie Ball
Joseph E. Bauer
Mona Baumgarten
Curtis Breslin
Jiajian Chen
Shin-Yi Chou
Cora Craig
Alan Flisher
Louise Fournier
Rodrigo Jimenez Garcia
Didier Garriguet
Doris Gillis
Paula Goering
Michel Grignon
Maryse Guay
Karin H. Humphries
K.S. Joseph
Simone Lemieux
Louise Lemyre
Elizabeth Lin
Dave E. Marcotte
Seppo Miilunpalo
Barbara A. Pizacani
Bruce Reeder
Graham Riches
Nancy Ross
Kristy Sanderson
Claudia Sanmartin
Andrew Sharpe
Gordon S. Smith
Tom Stephens
Terrance J. Wade
Russell Wilkins
Doug Willms
Donna Wilson
Zheng Wu

Dans ce numéro

Travaux de recherche

Tendances de la vaccination contre la grippe au Canada, 1996-1997 à 2005 9
Jeff C. Kwong, Laura C. Rosella et Helen Johansen

Les taux de vaccination contre la grippe ont plus que doublé depuis le milieu des années 1990, mais les taux demeurent toujours inférieurs aux cibles nationales chez la plupart des groupes à risque.

Issues de la grossesse selon le revenu du quartier et l'immigration récente à Toronto 21
Marcelo L. Urquia, John W. Frank, Richard H. Glazier et Rahim Moineddin

À Toronto, un revenu de quartier inférieur est généralement associé à un risque plus élevé de naissance prématurée. Cette tendance ne s'applique pas aux nouveaux immigrants.

Santé en bref

Le stress au travail chez les prestateurs de soins de santé 35
Kathryn Wilkins

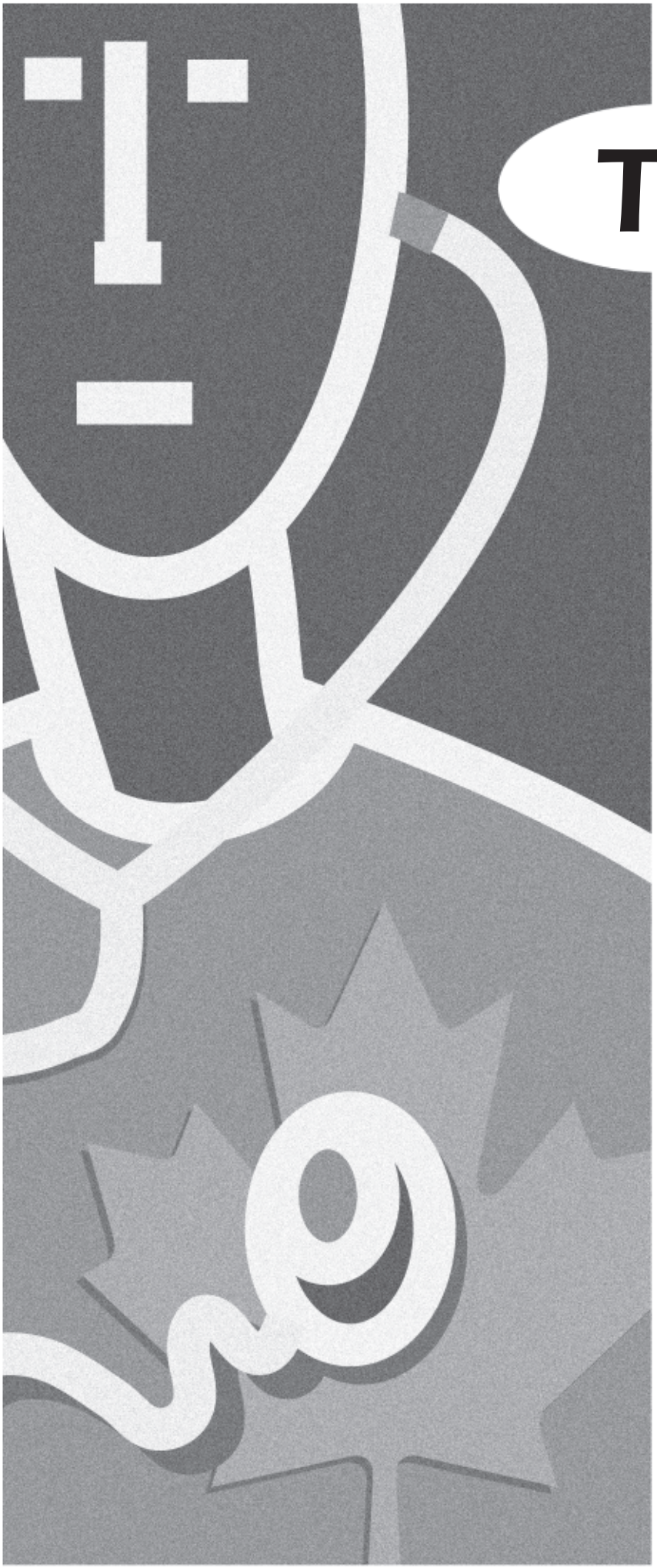
Le niveau de stress au travail a tendance à être plus élevé chez les prestateurs de soins de santé que chez l'ensemble des travailleurs canadiens. Le stress au travail est particulièrement élevé chez les médecins, les infirmières et les techniciens de laboratoire médical.

Résultats des fractures de la hanche chez la population à domicile 41
Gisèle Carrière

En 2003-2004, près de 24 000 Canadiens de 60 ans et plus ont reçu leur congé d'un hôpital après y avoir été soigné pour une fracture de la hanche. L'âge médian des personnes âgées ayant subi une fracture de la hanche était de 80 ans. Presque toutes les fractures de la hanche étaient attribuables à une chute.

Index par sujet 51

Index des auteurs 83



Travaux de recherche

Des recherches et des analyses approfondies effectuées dans les domaines de la statistique de la santé et de l'état civil

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca

Tendances de la vaccination contre la grippe au Canada, 1996-1997 à 2005

Jeff C. Kwong, Laura C. Rosella et Helen Johansen

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les tendances récentes des taux de vaccination contre la grippe au Canada, fournit des données sur les prédicteurs de la vaccination au Canada en 2005 et examine les effets à long terme du Programme universel de vaccination contre la grippe (PUVG) de l'Ontario sur l'acceptation de la vaccination.

Sources des données

Les données proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997 et des cycles de 2000-2001, 2003 et 2005 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Techniques d'analyse

Les données de l'ENSP et de l'ESCC ont été utilisées pour estimer les taux de vaccination contre la grippe chez les personnes de 12 ans et plus. Le test Z a été choisi pour évaluer les écarts entre les enquêtes, et le test du chi carré pour les tendances, pour examiner les tendances au cours du temps. La régression logistique a servi à déterminer les prédicteurs de la vaccination et à comparer la cote exprimant la possibilité d'être vacciné en Ontario à celles observées dans les autres provinces.

Principaux résultats

À l'échelle nationale, les taux de vaccination contre la grippe ont augmenté, pour passer de 15 % en 1996-1997 à 27 % en 2000-2001, se sont stabilisés entre 2000-2001 et 2003, puis ont de nouveau augmenté pour atteindre 34 % en 2005. Chez les groupes les plus à risque, les taux de vaccination restent inférieurs aux cibles nationales. Les Ontariens continuent d'être plus susceptibles d'être vaccinés que les résidents de n'importe quelle autre province, tandis que les résidents de deux des territoires – le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest – sont encore plus susceptibles d'être vaccinés que les Ontariens.

Mots-clés

Services de santé préventifs, services de santé communautaires, planification de la santé des populations

Auteurs

Jeff Kwong (416-722-5437; jeff.kwong@ices.on.ca) et Laura C. Rosella travaillent à l'Institut de recherche en services de santé de l'Ontario; Helen Johansen travaille à la Division de l'information et de la recherche sur la santé à Statistique Canada, à Ottawa.

Les flambées annuelles de grippe continuent de faire peser un lourd fardeau sur la société en ce qui concerne la morbidité, la mortalité et la perte de productivité[1-5]. Chez les adultes et les enfants âgés en bonne santé, la plupart des infections grippales ne sont pas graves, mais parmi les populations vulnérables, comme les personnes âgées, les jeunes enfants et les personnes souffrant de problèmes de santé chroniques, la grippe peut avoir des complications graves, voire même entraîner la mort[6-7].

Au fil du temps, les segments de la population pour lesquels la vaccination contre la grippe est conseillée ont été élargis. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande à l'heure actuelle que les personnes courant un risque élevé de complications graves à la suite d'une infection grippale et celles susceptibles de transmettre l'infection à ces groupes vulnérables soient vaccinées annuellement contre la grippe[8]. Le Comité déclare aussi que les personnes qui souhaitent réduire leurs chances d'être grippées devraient recevoir le vaccin.

En 1993, les participants à une conférence consensuelle nationale sur la grippe ont fixé le taux cible de couverture de la vaccination à 70 % pour les adultes de 65 ans et plus et pour ceux souffrant de problèmes de santé chroniques[9]. Ces cibles ont été portées à 80 % durant une autre conférence consensuelle tenue en 2005[10]. La plupart des provinces et territoires ont déjà établi des programmes publics destinés à offrir gratuitement la vaccination contre la grippe aux populations vulnérables et aux personnes en contact avec ces dernières, y compris les travailleurs de la santé[11].

En 2000, l'Ontario a lancé le Programme universel de vaccination contre la grippe (PUVG) en vue de faire bénéficier de la vaccination gratuite tous les membres de la population âgés de 6 mois et plus[12]. Une étude antérieure a montré qu'entre ce moment-là et 2003, les taux de vaccination ont grimpé plus en Ontario que dans n'importe quelle autre province[13].

Les autres provinces continuent de financer des programmes d'immunisation ciblés, quoique les groupes couverts varient[14]. Parmi les territoires, le Yukon offre la vaccination gratuite contre la grippe à tous les résidents de 18 ans et plus depuis 1999[15], les Territoires du Nord-Ouest offrent la vaccination gratuite contre la grippe depuis 2003[16] et le Nunavut a lancé la vaccination universelle à l'automne 2005[17].

Les taux de vaccination contre la grippe ont été publiés dans le cadre d'études antérieures pour 1996-1997, 2000-2001[18] et 2003[19]. La présente étude a pour objectifs de décrire les tendances récentes concernant les taux de vaccination au Canada pour la période complète allant de 1996-1997 à 2005, de fournir des données plus détaillées sur les taux de vaccination antigrippale et les prédicteurs de cette dernière au Canada pour 2005, et d'examiner les effets à long terme du PUVG de l'Ontario sur l'acceptation de la vaccination.

Méthodologie

Sources des données

La présente analyse est fondée sur les données des fichiers maîtres du cycle de 1996-1997 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et des trois premiers cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisés en 2000-2001 (cycle 1.1), 2003 (cycle 2.1) et 2005 (cycle 3.1). Ces enquêtes nationales sur la santé représentatives de la population couvrent la population à domicile. Sont exclus du champ d'observation les résidents des réserves indiennes, des établissements (par exemple, maisons de soins infirmiers et prisons) et de certaines régions éloignées, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents (civils et militaires) des bases des Forces canadiennes. La présente étude porte sur la population de 12 ans et plus des dix provinces et des trois territoires.

Enquête nationale sur la santé de la population

Réalisée tous les deux ans, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), qui a débuté en 1994-1995, possède un volet transversal et un volet longitudinal dont les données sont recueillies principalement par téléphone. Le plan de sondage et les méthodes d'échantillonnage ont été décrits en détail antérieurement[20].

La collecte des données auprès des personnes qui ont participé au volet transversal de l'ENSP de 1996-1997 s'est déroulée de juin 1996 à août 1997, et le taux global de réponse a été d'environ 83 %. L'échantillon utilisé pour la présente étude comptait 73 402 participants à l'enquête de 12 ans et plus, pondérés de façon qu'ils soient représentatifs d'environ 24,6 millions de personnes.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), qui a débuté en 2000-2001, est une enquête transversale menée par le truchement d'entrevues téléphoniques et d'entrevues sur place au cours d'un cycle bisannuel répété. Les données du cycle 1.1 ont été recueillies sur une période de 12 mois qui a commencé en septembre 2000, mais les questions sur la vaccination contre la grippe n'ont été posées qu'au quatrième trimestre (de juin à août 2001). Par contre, elles l'ont été au cours des quatre trimestres pour les cycles 2.1 et 3.1 (de janvier à décembre de 2003 et de 2005, respectivement). Le plan de sondage et les méthodes d'échantillonnage de l'ESCC ont été décrits en détail antérieurement[21].

Les taux de réponse aux cycles 1.1, 2.1 et 3.1 de l'ESCC étaient d'environ 85 %, 81 % et 79 %. Les échantillons utilisés pour la présente étude comptaient 35 187, 133 026 et 132 947 participants à l'enquête, pondérés de sorte qu'ils soient représentatifs d'environ 25,9 millions, 26,5 millions et 27,1 millions de personnes, respectivement. Certaines caractéristiques de l'échantillon de 2005 sont présentées à l'annexe (tableau A).

Définitions et mesures des résultats

On a demandé aux participants aux enquêtes : « Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la grippe? » À ceux qui ont répondu affirmativement, on a demandé à quand remontait leur dernière vaccination. Les personnes qui ont dit avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 derniers mois ont été considérées activement immunisées.

Afin de déterminer l'existence ou l'absence de problèmes de santé chroniques, on a demandé aux participants aux enquêtes s'ils « souffraient d'un problème de santé de longue durée ayant persisté ou devant persister au moins six mois et ayant été diagnostiqué par un professionnel de la santé » et on leur a lu une liste de problèmes de santé. On a considéré comme souffrant d'un problème de santé chronique pour lequel la vaccination contre la grippe est recommandée les personnes qui ont déclaré être atteintes d'une maladie cardiaque, de diabète, d'un cancer, de séquelles d'un accident vasculaire cérébral, d'asthme ou d'emphysème/de bronchite chronique.

Deux ensembles de groupes d'âge ont été considérés pour l'analyse, soit : 1) les 12 à 19 ans, 20 à 49 ans, 50 à 64 ans, 65 à 74 ans, 75 à 84 ans et 85 ans et plus, et 2) les 12 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans et plus.

On a défini deux groupes de risque, à savoir le groupe à risque élevé et celui à risque faible. Les personnes de 65 ans et plus, ainsi que celles de 12 à 64 ans souffrant d'au moins un problème de santé chronique ont été considérées comme présentant un risque élevé. Les personnes de 12 à 64 ans n'ayant pas de problème de santé chronique ont été considérées comme courant un risque faible.

Les définitions du niveau de scolarité, du revenu du ménage, de la situation d'usage du tabac, de l'autoévaluation de la santé et de l'existence d'un médecin de famille ont été décrites antérieurement[13].

Analyse statistique

Des totalisations croisées ont été utilisées pour estimer la proportion de personnes ayant dit avoir été vaccinées contre la grippe l'année précédente pour l'ensemble de la population de 12 ans et plus, pour divers sous-groupes de la population définis en fonction des caractéristiques sociodémographiques et selon le groupe de risque en ce qui concerne la vaccination contre la grippe. Des tests Z pour les proportions ont été appliqués afin de comparer les taux transversaux de couverture de la vaccination entre les cycles consécutifs des enquêtes. Pour examiner les tendances au cours du temps, on a recouru à un test du chi carré.

Les analyses multivariées destinées à déterminer les prédicteurs indépendants de la vaccination ont été réalisées en utilisant un modèle de régression logistique incluant comme covariables le groupe d'âge, le sexe, l'existence d'un problème de santé chronique, le revenu du ménage, la situation d'usage du tabac, le fait d'avoir ou non un médecin de famille, l'autoévaluation de l'état de santé et la province de résidence. Le niveau de scolarité était exclu du modèle, parce que de nombreuses personnes de moins de 20 ans n'avaient pas terminé leurs études. Des modèles de régression logistique ont également permis d'examiner la cote exprimant la possibilité d'être vacciné en Ontario comparativement à d'autres provinces. Ces modèles étaient stratifiés selon le groupe d'âge (12 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans et plus) et selon l'existence de problèmes de santé chroniques, et corrigés pour l'âge en tant que variable continue, le sexe, le revenu du ménage, la situation d'usage du tabac, le fait d'avoir un médecin de famille et l'autoévaluation de l'état de santé.

Toutes les estimations ont été calculées en utilisant des poids de sondage *bootstrap* afin de refléter exactement les caractéristiques démographiques de la population canadienne et de tenir compte du plan de sondage de l'ENSP et de l'ESCC. Les estimations de la variance ont été calculées à l'aide des poids de sondage *bootstrap*[22]. Tous les tests de vérification d'hypothèse étaient bilatéraux et le seuil de

signification a été fixé à p<0,05. Étant donné les grandes tailles d'échantillon, de faibles variations étaient statistiquement significatives. Par conséquent, seules les variations des taux de vaccination supérieures à 5 points ont été jugées significatives. Toutes les statistiques ont été calculées à l'aide du logiciel statistique SAS (version 9.1, SAS Institute Inc., Cary, NC).

Résultats

Tendances des taux de vaccination contre la grippe

Au niveau national, les taux de vaccination contre la grippe ont presque doublé entre 1996-1997 et 2000-2001, sont demeurés essentiellement constants de 2000-2001 à 2003, puis ont de nouveau augmenté entre 2003 et 2005 (tableau 1). Le profil était le même chez les hommes que chez les femmes, ainsi que pour les divers groupes d'âge, sauf celui des 50 à 64 ans, pour lequel les taux de vaccination ont augmenté pendant les trois intervalles. Parmi les personnes qui ont déclaré des problèmes de santé chroniques, celles souffrant de séquelles d'un accident vasculaire cérébral sont les seules chez lesquelles la prévalence de la vaccination n'a pas augmenté entre 2003 et 2005. Dans chaque province et territoire, les taux de vaccination ont augmenté au fil du temps, reflétant dans la plupart des cas la tendance nationale. Les taux les plus élevés ont été observés en Ontario pour chacune des quatre dates d'enquête (ils sont passés de 18 % à 42 %), tandis que les taux les plus faibles ont généralement été enregistrés à Terre-Neuve-et-Labrador (variation à la hausse, de 11 % à 22 %).

Les taux de vaccination ont augmenté aussi bien chez le groupe à risque élevé que celui à risque faible, à l'échelle nationale ainsi que dans chaque province et territoire, sauf pour les personnes âgées à Terre-Neuve-et-Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Yukon et au Nunavut, et pour les jeunes souffrant de problèmes de santé chroniques dans les territoires (tableau 2).

Progrès vers les cibles

En 2005, la comparaison des taux de vaccination à la cible de 70 % établie pour les personnes âgées et les personnes souffrant de problème de santé chronique en 1993 était favorable pour les personnes âgées. Toutefois, la nouvelle cible de 80 % fixée en 2005 n'a été atteinte que chez les personnes de 75 ans et plus souffrant de problèmes de santé chroniques (graphique 1). Chez les personnes de moins de 65 ans atteintes de problèmes de santé chroniques, les taux de vaccination étaient inférieurs aux deux cibles.

Tableau 1
Pourcentage de personnes vaccinées contre la grippe, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 1996-1997, 2000-2001, 2003 et 2005

	1996-1997	2000-2001	2003	2005
Global (territoires non compris)	**15**	**27***	**28**	**34***
Sexe				
Hommes	13	24*	25*	31*
Femmes	16	30*	30	36*
Groupe d'âge				
12 à 49 ans	7	18*	17	23*
12 à 19 ans	9	17*	17	23*
20 à 49 ans	7	18*	17*	23*
50 à 64 ans	17	30*	35*	42*
65 ans et plus	51	67*	67	71*
65 à 74 ans	47	63*	63	66*
75 à 84 ans	60	74*	73	77*
85 ans et plus	51	72*	73	78*
Problèmes de santé chroniques†				
Un ou plus	31	45*	47*	53*
Maladie cardiaque	50	59*	62	68*
Séquelles d'un accident vasculaire	46	67*	63	61
Diabète	38	58*	59	64*
Cancer	45	51	57*	64*
Asthme	22	36*	38	43*
Emphysème/bronchite chronique	33	51*	50	57*
Aucun	12	23*	23	29*
Province ou territoire				
Terre-Neuve-et-Labrador	11	11	16*	22*
Île-du-Prince-Édouard	16	21*	23	31*
Nouvelle-Écosse	19	23*	31*	39*
Nouveau-Brunswick	15	19*	22*	28*
Québec	8	18*	20*	25*
Ontario	18	36*	35	42*
Manitoba	14	22*	20	28*
Saskatchewan	13	19*	24*	28*
Alberta	15	23*	23	28*
Colombie-Britannique	17	26*	27	33*
Yukon	..	26	21	32*
Territoires-du-Nord-Ouest	..	25	24	37*
Nunavut	..	24	25	41*

* valeur significativement différente de l'estimation d'après l'enquête précédente (p < 0,05)
.. non disponible
Nota : Tous les tests du chi carré pour la tendance étaient significatifs (p < 0,05).
Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, cycle 1.1 (quatrième trimestre); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, cycle 2.1; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, cycle 3.1.

Tableau 2

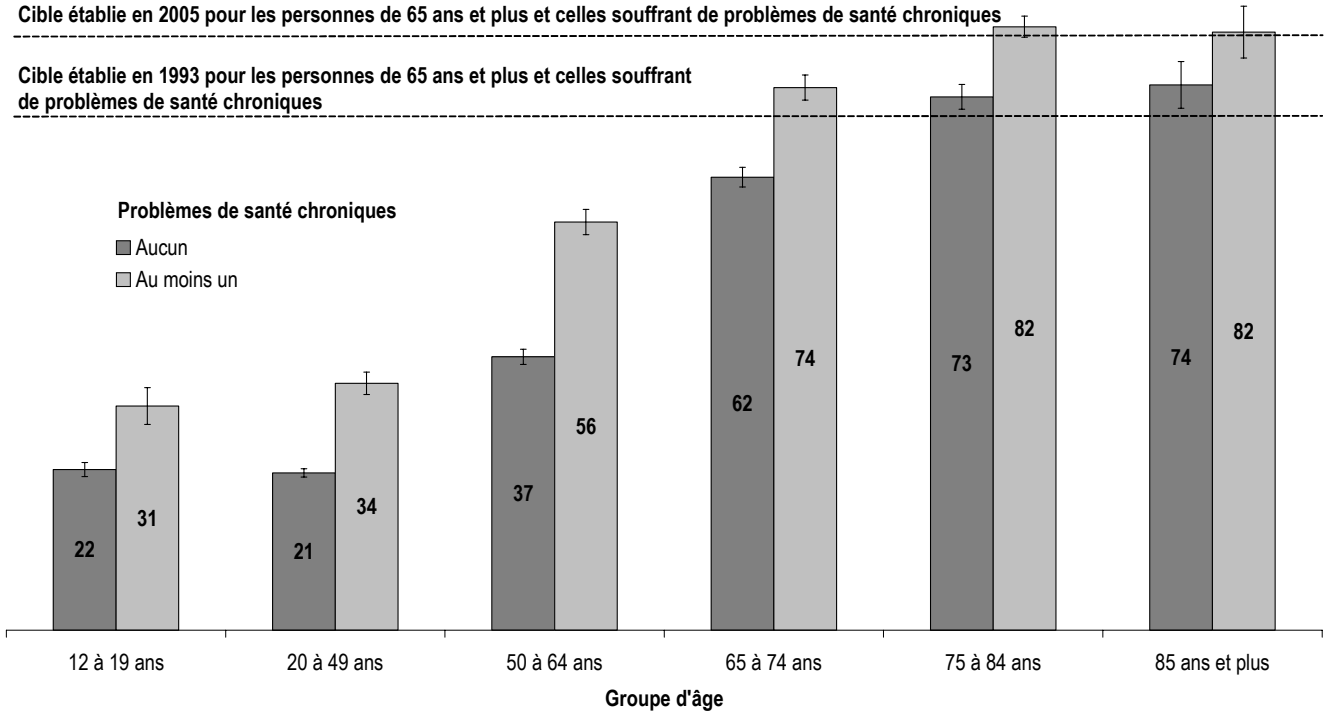
Pourcentage de personnes vaccinées contre la grippe, selon l'âge, l'existence de problèmes de santé chroniques et la province ou le territoire, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 1996-1997, 2000-2001, 2003 et 2005

	Groupe à faible risque					Groupes à haut risque									
	Personnes de 12 à 64 ans sans problème de santé chronique‡					Personnes de 12 à 64 ans ayant au moins un problème de santé chronique‡					Personnes de 65 ans et plus				
	1996-1997	2000-2001	2003	2005	Valeur p†	1996-1997	2000-2001	2003	2005	Valeur p†	1996-1997	2000-2001	2003	2005	Valeur p†
Canada (territoires non compris)	**7**	**18***	**19**	**25***	**<0,001**	**20**	**33***	**36***	**42***	**< 0,001**	**51**	**67***	**67**	**71***	**<0,001**
Province ou territoire															
Terre-Neuve-et-Labrador	5	4[E]	8*	14*	<0,001	20[E]	14[E]	26*	28	0,001	47	49	50	58*	0,06
Île-du-Prince-Édouard	7[E]	10	15*	21*	<0,001	22[E]	31	25	38*	< 0,001	56	65	63	70	0,09
Nouvelle-Écosse	8	13*	19*	27*	<0,001	34[E]	29	43*	52*	< 0,001	60	71*	74	77	<0,001
Nouveau-Brunswick	8	9[E]	14*	18*	<0,001	23[E]	29	28	38*	0,002	48	62*	57	64*	<0,001
Québec	3[E]	10*	11	16*	<0,001	10[E]	20*	29*	32*	< 0,001	34	59*	59	62*	<0,001
Ontario	10	27*	26	34*	<0,001	24	46*	44	50*	< 0,001	60	72*	74	77*	<0,001
Manitoba	6	12*	10	17*	<0,001	18	29*[E]	26	38*	< 0,001	52	62*	60	71*	<0,001
Saskatchewan	4[E]	9*	13*	19*	<0,001	13[E]	20[E]	29*	31	< 0,001	53	63*	63	66	<0,001
Alberta	9	16*	17	20*	<0,001	21	26	27	37*	< 0,001	59	69*	64	69*	<0,001
Colombie-Britannique	9	16*	18	23*	<0,001	23	31	35	41*	< 0,001	52	68*	69	72*	<0,001
Yukon	..	21[E]	18	27*	0,006	..	35[E]	25	34	0,80	..	66[E]	50	73*	0,15
Territoires-du-Nord-Ouest	..	20	19	33*	<0,001	..	38[E]	36	47	0,14	..	56[E]	64	78	0,03
Nunavut	..	21	22	39*	<0,001	..	46	34[E]	46[E]	0,17	..	53	74*	89	0,11

† test du chi carré pour la tendance
‡ maladie cardiaque, séquelles d'un accident vasculaire cérébral, diabète, cancer, asthme, emphysème/bronchite chronique
* valeur significativement différente de l'estimation d'après l'enquête précédente (p < 0,05)
.. non disponible
[E] à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, cycle 1.1 (quatrième trimestre); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, cycle 2.1; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, cycle 3.1.

Graphique 1

Pourcentage de personnes vaccinées contre la grippe, selon le groupe d'âge et l'existence de problèmes de santé chroniques, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2005



⌶ = Intervalle de confiance de 95 %
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, cycle 3.1.

Prédicteurs de la vaccination

En 2005, les caractéristiques associées à une probabilité accrue de se faire vacciner contre la grippe incluait le sexe féminin, l'âge avancé, l'existence d'un problème de santé chronique, l'accroissement du revenu du ménage, le fait d'avoir un médecin de famille et l'autodéclaration d'une santé passable ou mauvaise; par contre, être un fumeur était associé à une diminution de la cote exprimant la possibilité d'être vacciné (tableau 3). La résidence dans n'importe quelle autre province que l'Ontario était associée à une cote exprimant la possibilité d'être vacciné plus faible que celle calculée pour l'Ontario; les habitants de Terre-Neuve-et-Labrador étaient ceux qui étaient le moins susceptibles de déclarer qu'ils avaient été vaccinés. La cote exprimant la possibilité d'avoir reçu le vaccin contre la grippe était plus de deux fois plus élevée pour les résidents du Nunavut que pour les Ontariens, et elle était également significativement plus élevée pour ceux des Territoires du Nord-Ouest. Au Yukon, bien que chaque personne de 18 ans et plus soit couverte par un programme de vaccination contre la grippe, les résidents de ce territoire étaient moins susceptibles d'être vaccinés que ceux de l'Ontario.

Raisons de ne pas se faire vacciner

Parmi les personnes âgées (65 ans et plus) qui ont déclaré ne pas avoir été vaccinées l'année précédente, la proportion estimant que cela n'était pas nécessaire a diminué au cours du temps, tandis que le pourcentage d'entre elles mentionnant d'« autres » raisons a augmenté (tableau 4). La proportion déclarant ne pas s'être fait vacciner à cause d'une mauvaise réaction antérieure s'est accrue légèrement depuis le milieu des années 1990, ce qui n'est pas étonnant puisque le nombre de personnes vaccinées augmente. Toutefois, bien que les taux de vaccination soient systématiquement plus élevés en Ontario qu'ailleurs pendant toute la période, la proportion d'Ontariens signalant une mauvaise réaction antérieure ne diffère pas de celle observée dans les autres provinces (données non présentées).

Tableau 3
Taux de vaccination contre la grippe et rapports de cotes corrigés pour la vaccination contre la grippe, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2005

	Taux de vaccination	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Total	**34**	**...**	**...**
Sexe			
Hommes†	31	1,00	...
Femmes	36*	1,22*	1,17 à 1,28
Groupe d'âge			
12 à 19 ans†	23	1,00	...
20 à 49 ans	23	1,10*	1,03 à 1,19
50 à 64 ans	42*	2,40*	2,21 à 2,60
65 à 74 ans	66*	6,55*	5,98 à 7,18
75 à 84 ans	77*	10,57*	9,55 à 11,69
85 ans et plus	78*	10,27*	8,57 à 12,31
Au moins un problème de santé chronique‡			
Non†	29	1,00	...
Oui	53*	1,89*	1,79 à 1,99
Revenu du ménage			
Inférieur†	34	1,00	...
Moyen-inférieur	37*	1,05	0,96 à 1,14
Moyen-supérieur	33	1,13*	1,04 à 1,23
Supérieur	33	1,28*	1,18 à 1,39
Situation d'usage du tabac			
N'a jamais fumé†	33	1,00	...
A cessé de fumer	39*	1,03	0,98 à 1,09
Fume quotidiennement ou à l'occasion	25*	0,74*	0,70 à 0,79
A un médecin de famille			
Non†	15	1,00	...
Oui	37*	2,01*	1,86 à 2,16
Autoévaluation de la santé			
Bonne ou très bonne ou excellente†	32	1,00	...
Passable ou mauvaise	50*	1,23*	1,14 à 1,32
Province ou territoire			
Ontario†	42	1,00	...
Terre-Neuve-et-Labrador	22*	0,33*	0,29 à 0,37
Île-du-Prince-Édouard	31*	0,54*	0,46 à 0,63
Nouvelle-Écosse	39*	0,77*	0,70 à 0,86
Nouveau-Brunswick	28*	0,45*	0,40 à 0,49
Québec	25*	0,42*	0,40 à 0,45
Manitoba	28*	0,47*	0,43 à 0,52
Saskatchewan	28*	0,46*	0,42 à 0,50
Alberta	28*	0,52*	0,48 à 0,57
Colombie-Britannique	33*	0,61*	0,57 à 0,65
Yukon	32*	0,72*	0,57 à 0,90
Territoires-du-Nord-Ouest	37*	1,36*	1,09 à 1,70
Nunavut	41	2,20*	1,65 à 2,93

† catégorie de référence
‡ maladie cardiaque, séquelles d'un accident vasculaire cérébral, diabète, cancer, asthme, emphysème ou bronchite chronique
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, cycle 3.1.

Tableau 4
Raisons de ne pas se faire vacciner contre la grippe, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997, 2000-2001, 2003 et 2005

	1996-1997	2000-2001	2003	2005	Valeur p†
Personnes âgées non vaccinées (en milliers)	1 567	1 146	1 150	1 071	...
Raison (%)					
Pas nécessaire	71	63*	66	61*	<0,001
Mauvaise réaction antérieure	9	9	12*	13	0,01
N'a pas eu le temps de s'en occuper	12	13	11	9*	<0,001
Peur	3	3E	6*	5	0,49
Le médecin a dit que cela n'était pas nécessaire	6	5	6	3*	<0,001
Pas disponible	2E	F	1	1	<0,001
Autre	1E	7*	1*	16*	<0,001

† test du chi carré pour la tendance
* valeur significativement différente de l'estimation d'après l'enquête précédente ($p < 0,05$).
E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %).
F trop peu fiable pour être publié (coefficient de variation de plus de 33,3 %)
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Comme plus d'une réponse était acceptée, les totaux des résultats sont supérieurs à 100 %.
Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, cycle 1.1 (quatrième trimestre); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, cycle 2.1; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, cycle 3.1.

Effets de la vaccination universelle en Ontario

Chez les personnes de tous les groupes d'âge, souffrant ou non de problèmes de santé chroniques, les taux de vaccination étaient plus élevés en Ontario que dans les autres provinces aux quatre dates d'enquête (graphique 2). Parmi le groupe des 12 à 49 ans, l'écart entre l'Ontario et les autres provinces qui s'est manifesté en 2000-2001 a légèrement diminué chez les personnes souffrant d'un problème de santé chronique, mais non chez les autres. Une tendance semblable se dégage pour le groupe des 50 à 64 ans. Chez les adultes plus âgés, la différence entre l'Ontario et les autres provinces s'est atténuée légèrement au cours du temps.

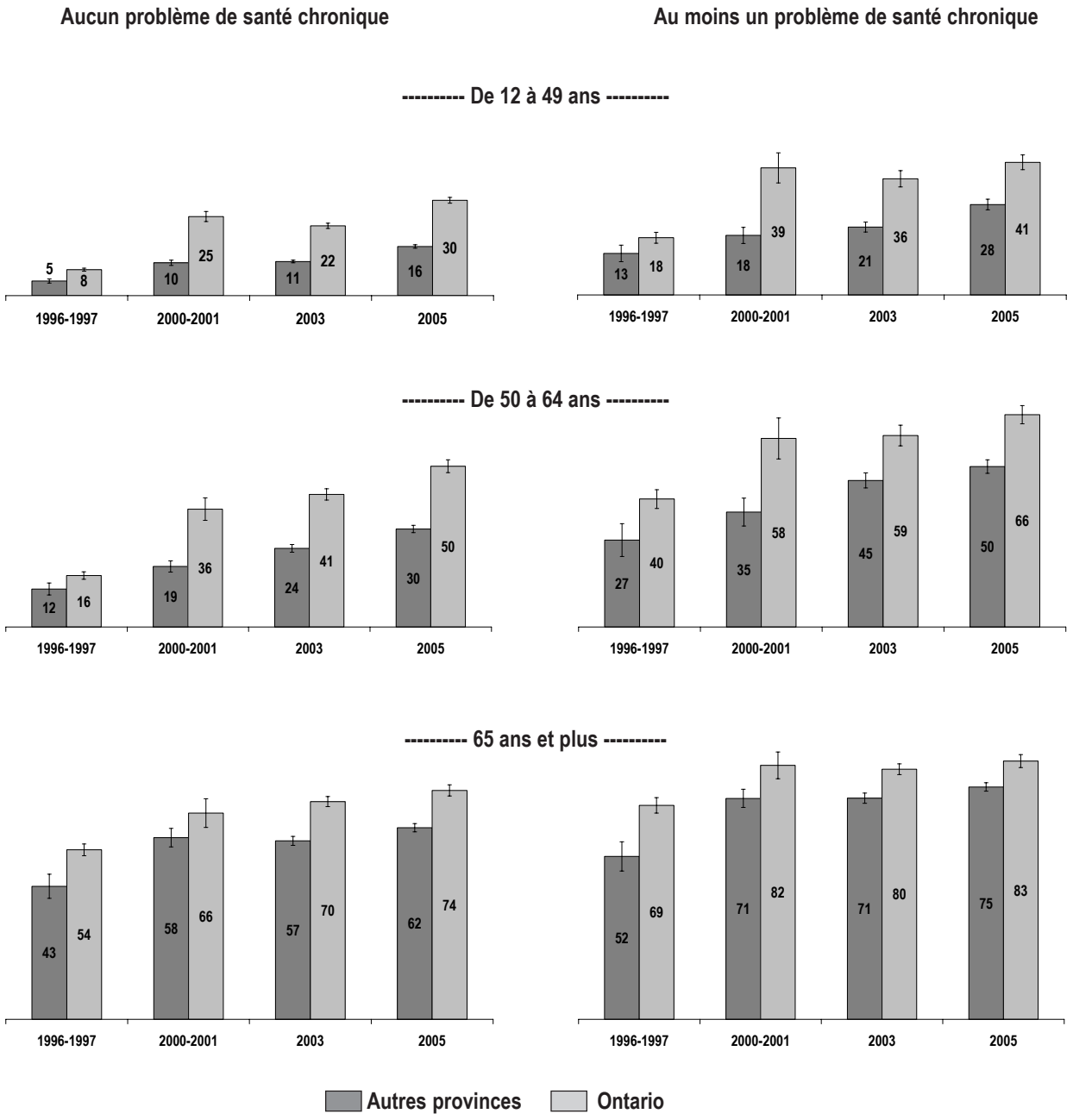
Dans les analyses corrigées, les cotes exprimant la possibilité d'une vaccination étaient presque toujours significativement plus élevées pour les Ontariens que pour les résidents des autres provinces (graphique 3). Chez les personnes de 12 à 49 ans souffrant de problèmes de santé chroniques, le rapport de cotes est passé de 1,21 (intervalle de confiance [I.C.] à 95 % : 0,91-1,62) en 1996-1997 à 2,74 (I.C. à 95 % : 2,06-3,65) en 2000-2001, mais a ensuite diminué pour s'établir à 1,67 (I.C. à 95 % : 1,45-1,91) en 2005, ce qui donne à penser que les autres provinces se sont « rattrapées » dans une certaine mesure. Une tendance semblable s'observe chez les personnes de 12 à 49 ans et de 50 à 64 ans ne manifestant pas de problème de santé chronique. Chez les personnes de 50 à 64 ans souffrant de problèmes de santé chroniques, les écarts entre les enquêtes ne sont pas statistiquement significatifs, vraisemblablement à cause de la plus petite taille de l'échantillon. Comme il fallait s'y attendre, assez peu de différences s'observent au cours du temps pour le groupe des 65 ans et plus, puisque les personnes âgées ont habituellement été incluses dans la plupart des programmes ciblés de vaccination.

Discussion

En 2005, les taux de vaccination contre la grippe étaient à la hausse partout au Canada après un apparent plafonnement en 2003. Malgré cela, de nombreuses personnes considérées comme courant un risque élevé de complications graves à la suite d'une infection grippale, surtout les personnes âgées en bonne santé et les personnes plus jeunes souffrant de problèmes de santé chroniques, ne sont pas vaccinées. Par conséquent, les taux de vaccination chez ces groupes à risque élevé sont inférieurs aux cibles nationales. Les Ontariens demeurent plus susceptibles d'être vaccinés que les résidents de n'importe quelle autre province, ce qui reflète vraisemblablement le Programme universel de vaccination contre la grippe de l'Ontario. Le Nunavut a enregistré les taux les plus élevés de vaccination chez les personnes âgées, ainsi que chez les individus jeunes en bonne santé, même avant le lancement de son programme de vaccination universelle.

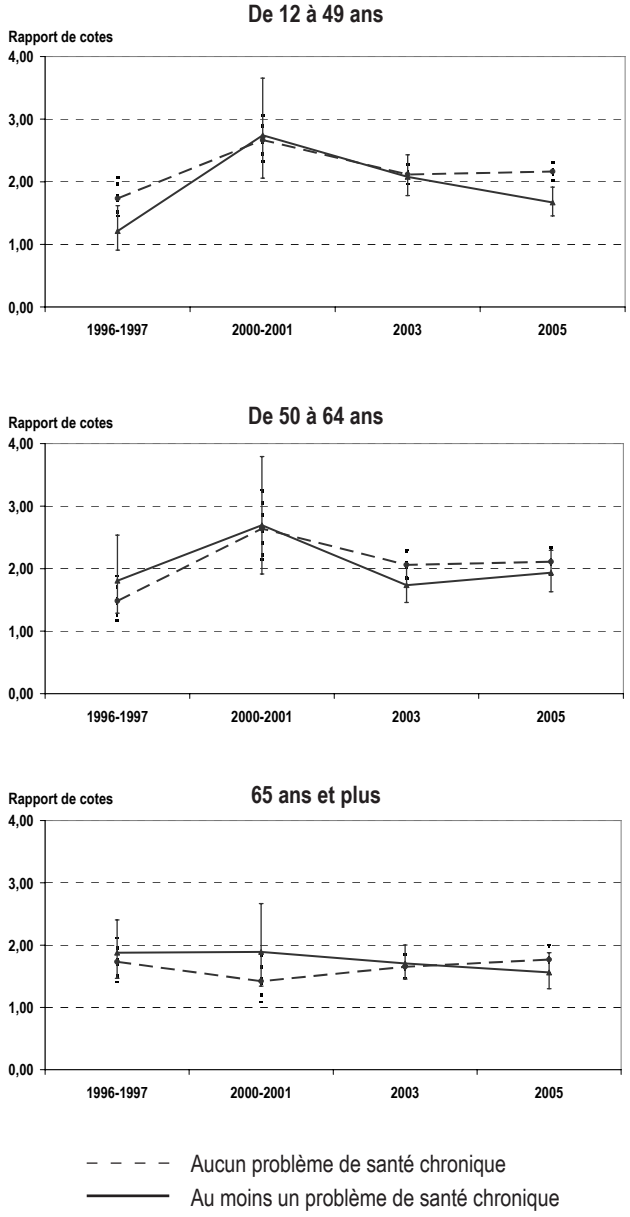
On ne peut que spéculer quant aux raisons de la courbe « hausse-plateau-hausse » observée, puisque l'on n'a pas demandé aux participants aux enquêtes pourquoi ils s'étaient fait vacciner. Toutefois, au cours de la dernière décennie, plusieurs flambées de nouvelles maladies respiratoires d'origine virale ont eu lieu partout dans le monde. Dépisté pour la

Graphique 2
Pourcentage de personnes vaccinées contre la grippe, selon le groupe d'âge et l'existence de problèmes de santé chroniques, population à domicile de 12 ans et plus, Ontario comparativement aux autres provinces regroupées, 1996-1997, 2000-2001, 2003 et 2005



⌶ = intervalle de confiance de 95 %
Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, cycle 1.1 (quatrième trimestre); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, cycle 2.1; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, cycle 3.1.

Graphique 3
Rapports de cotes corrigés pour la vaccination contre la grippe, selon le groupe d'âge et l'existence de problèmes de santé chroniques, population à domicile de 12 ans et plus, Ontario comparativement aux autres provinces regroupées, 1996-1997, 2000-2001, 2003 et 2005



⌶ = intervalle de confiance de 95 %

Nota : Correction affectuée pour tenir compte du sexe, du groupe d'âge, de l'existence de problèmes de santé chroniques, du revenu du ménage, de la situation d'usage du tabac, de l'existence ou non d'un médecin de famille, de l'autoévaluation de la santé et de la province ou du territoire.

Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, cycle 1.1 (quatrième trimestre); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, cycle 2.1; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, cycle 3.1.

première fois à Hong-Kong en 1997, le virus de la grippe aviaire H5N1 a causé plusieurs flambées et a été associé à une mortalité élevée parmi la volaille, les humains et d'autres espèces[23]. D'autres virus de la grippe aviaire, tels que le H7N7 (Pays-Bas, février 2003)[24] et le H7N3 (Colombie-Britannique, février 2004)[25] ont également causé la maladie chez l'homme. Près de 40 ans se sont écoulés depuis la dernière pandémie de grippe qui a eu lieu en 1968, ce qui porte les experts à penser qu'une nouvelle pandémie se fait attendre et, étant donné l'accroissement mondial de l'activité du virus de la grippe aviaire, les responsables de la santé publique ont accéléré la planification de la réponse à une pandémie, dont un grand volet consiste à sensibiliser le public à l'importance de mesures éventuellement atténuantes, comme la vaccination annuelle contre la grippe humaine saisonnière[26]. Outre ces craintes croissantes d'une pandémie de grippe, l'épidémie d'infection par le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) du printemps 2003, qui a été associée à 438 cas et 44 décès au Canada[27], a accru l'attention que portent les médias aux maladies infectieuses. Collectivement, ces flambées ont peut-être influé sur les taux de vaccination contre la grippe entre 2003 et 2005.

L'effet du PUVG de l'Ontario semble s'être maintenu au cours du temps, comme en témoignent les taux de vaccination continuellement plus élevés dans cette province. Immédiatement après le lancement du programme, l'effet qu'a sur la vaccination le fait de résider en Ontario plutôt que dans les autres provinces s'est intensifié parmi les groupes d'âge moins avancé. Le léger recul subséquent reflète la hausse des taux dans les autres provinces plutôt qu'une baisse de l'acceptation de la vaccination par les Ontariens. En revanche, la tendance est restée stationnaire chez les personnes âgées, qui étaient couvertes antérieurement dans la plupart des provinces. Cette observation donne encore plus de poids aux arguments voulant que les hausses des taux observées chez les personnes plus jeunes pourraient être attribuables au PUVG et qu'il serait peut-être plus efficace de recommander des programmes de vaccination universelle ou fondée sur l'âge que le ciblage sélectif de personnes

souffrant de problèmes de santé chroniques, si le but est de maximiser les taux de vaccination dans l'ensemble de la population.

Néanmoins, les taux de vaccination ne sont pas déterminés uniquement par le type de programme mis en place. Alors que la vaccination gratuite contre la grippe est offerte à toutes les personnes de 18 ans et plus depuis 1999 au Yukon, les taux de vaccination y sont généralement les plus faibles parmi les territoires. D'un autre côté, même en l'absence d'un Programme universel, les taux de vaccination en Nouvelle-Écosse concordent avec ceux de l'Ontario chez les groupes à risque élevé.

La présente étude comporte plusieurs limites. Certaines populations importantes courant un risque très élevé de complications à la suite d'une infection grippale, notamment les enfants de moins de 12 ans et les personnes âgées placées en établissements sont exclues du champ d'observation de l'ENSP et de l'ESCC. En outre, ces enquêtes ne comportent pas de questions sur les problèmes de santé chroniques pour lesquels la vaccination contre la grippe est recommandée, comme l'immunodéficience, la maladie rénale, l'anémie et l'hémoglobinopathie; par conséquent, le groupe considéré dans la présente étude comme présentant un ou plusieurs problèmes de santé chroniques est, effectivement, un sous-ensemble des personnes souffrant de problèmes de santé chroniques importants[28]. Une autre limite est due au fait qu'il est impossible de confirmer l'exactitude des réponses des participants aux enquêtes, quoique des études antérieures ont démontré que l'autodéclaration de la situation de vaccination contre la grippe est raisonnablement exacte[29-31]. L'ENSP et l'ESCC diffèrent légèrement en ce qui concerne le moment de l'administration du questionnaire et de la collecte des données, ce qui peut dans les deux cas avoir une influence sur la remémoration des participants. Malheureusement, comme on ne dispose pas de données annuelles, il est impossible d'examiner les variations de la prévalence des facteurs de risque et des taux de vaccination d'une enquête à l'autre. Les inférences quant aux tendances au cours du temps sont limitées par la nature transversale des données. Les associations entre les prédicteurs de l'état vaccinal et les caractéristiques des participants aux enquêtes en 2005 sont également transversales, ce qui restreint la capacité de faire des inférences au sujet des associations temporelles entre les caractéristiques des individus et l'état vaccinal. Enfin, les données sur les variables relatives aux régimes de santé provinciaux, telles que les méthodes utilisées pour procéder à la vaccination (par exemple, cliniques dans les écoles, au lieu de travail et dans la collectivité) et les incitatifs stratégiques (par exemple, rémunération des fournisseurs de la vaccination), n'étaient pas disponibles pour la présente analyse, alors qu'elles auraient pu faciliter l'explication de l'effet provincial prononcé sur les taux de vaccination.

Malgré ces limites, on peut conclure sans trop s'avancer que les taux de vaccination contre la grippe au Canada ont plus que doublé entre 1996-1997 et 2005. Toutefois, les cibles établies pour les groupes à risque importants, particulièrement les personnes de moins de 65 ans souffrant de problèmes de santé chroniques, ne sont pas encore atteintes dans aucune province ni aucun territoire. Par conséquent, de nouvelles stratégies et/ou des efforts supplémentaires seront sans doute nécessaires afin de continuer d'accroître l'acceptation de la vaccination. Les nombreuses interventions possibles en vue d'accroître les taux de couverture de la vaccination contre la grippe par ciblage des clients, des fournisseurs et/ou des régimes de soins ont été examinées en profondeur antérieurement[32-34]. En outre, il a été suggéré que l'élaboration de registres de vaccination faciliterait la surveillance des tendances de l'adoption de la vaccination et la communication d'information aux décideurs responsables de la création de programmes de vaccination à l'échelle de la population[35-36]. ●

Remerciements

Jeff C. Kwong est le détenteur d'une bourse de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada.

Références

1. W.W. Thompson, D.K. Shay, E. Weintraub et al., « Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States », *Journal of the American Medical Association*, 289(2), 2003, p. 179-186.
2. W.W. Thompson, D.K. Shay, E. Weintraub *et al.,* « Influenza associated hospitalizations in the United States », *Journal ofthe American Medical Association* », 292(11), 2004, p. 1333-1340.
3. D.L. Schanzer, T.W.S Tam, J.M. Langley et B.T. Wincester, « Influenza-attributable deaths, Canada 1990-1999 », *Epidemiology & Infection,* 2007, doi:10.1017/S0950268807007923.
4. D.L. Schanzer, J.M. Langley et T.W. Tam, « Hospitalization attributable to influenza and other viral respiratory illnesses in Canadian children », *Pediatric Infectious Disease Journal,* 25(9), 2006, p. 795-800.
5. N.M. Molinari, I.R. Ortega-Sanchez, M.L. Messonmier *et al.,* « The annual impact of seasonal influenza in the US: measuring disease burden and costs », *Vaccine,* 25, 2007, p. 5086-5096.
6. W.P. Glezen, « Serious morbidity and mortality associated with influenza epidemics », *Epidemiologic Reviews,* 4, 1982, p. 25-44.
7. N. Bhat, J.G. Wright, K.R. Broder *et al.,* « Influenza-associated deaths among children in the United States, 2003-2004 », *New England Journal of Medicine,* 353(24), 2005, p. 2559-2567.
8. J.M. Langley, Comité consultatif national de l'immunisation, « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2006-2007 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada,* 32(DCC-7), 2006, p. 1-28.
9. Laboratoire de lutte contre la maladie, « Coalition canadienne pour l'immunisation contre l'influenza », *Relevé des maladies transmissibles au Canada,*19, 1993, p. 136-46.
10. A.-M. Frescura, Agence de santé publique du Canada (communication personnelle)
11. S.G. Squires et L. Pelletier, « Le financement public des programmes d'immunisation contre la grippe et les infections à pneumocoque au Canada : évolution de la situation », *Relevé des maladies transmissibles au Canada,* 26(17), 2000, p. 141-148.
12. Canada NewsWire, « Ontario invests $38 million to ease emergency room pressures with universal vaccination program », disponible à l'adresse : http://ogov.newswire.ca/ontario/GPOE/2000/07/25/c6018.html?lmatch=&lang=_f.html.
13. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen *et al.,* « Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario », *Rapports sur la santé,* 17(2), 2006, p. 35-45 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
14. Agence de la santé public du Canada, *Financement public pour la vaccination contre la grippe,* disponible à l'adresse : http://www.phacaspc.gc.ca/im/ptimprog-progimpt/fluvacc_f.html.
15. C. Hemsley, Yukon (communication personnelle)
16. W. White, Territoires du Nord-Ouest (communication personnelle)
17. Gouvernement de Nunavut, « Nunavummiut to have universal access to flu vaccine », disponible à l'adresse : http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/news/2005/oct/oct3.pdf .
18. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.,* « La vaccination contre la grippe », *Rapports sur la santé,* 15(2), 2004, p. 35-46 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
19. H. Johansen, C. Sambell et H. Zhao, « Vaccination contre la grippe—tendances nationales et provinciales ou territoriales », *Rapports sur la santé,* 17(2), 2006, p. 49-55 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
20. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé,* 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
21. Y. Beland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes—aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé,* 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
22. B. Efron et R. Tibshirani, *An Introduction to the Bootstrap,* New York, Chapman and Hall, 1993.
23. J.H. Beigel, J. Farrar, A.M. Han *et al.,* « Avian influenza A (H5N1) infection in humans », *New England Journal of Medicine,* 353(13), 2005, p. 1374-1385.
24. M. Koopmans, B. Wilbrink, M. Conyn *et al.,* « Transmission of H7N7 avian influenza A virus to human beings during a large outbreak in commercial poultry farms in the Netherlands », *Lancet,* 363(9409), 2004, p. 587-593.
25. D.M. Skowronski, Y. Li, S.A. Tweed *et al.,* « Protective measures and human antibody response during an avian influenza H7N3 outbreak in poultry in British Columbia, Canada », *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale du Canada,* 176(1), 2007, p. 47-53.
26. Agence de la santé publique du Canada, *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé,* Ottawa, Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2006.
27. Agence de la santé publique du Canada, *Chiffres pour le SRAS au Canada,* disponible à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/sars-sras/cn-cc/20030903_f.html.
28. Agence de la santé publique du Canada, *Guide canadien d'immunisation,* septième édition, Ottawa, Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2006.
29. L.M. Martin, M. Leff, N. Calonge *et al.,* « Validation of self-reported chronic conditions and health services in a managed care population », *American Journal of Preventive Medicine,* 18(3), 2000, p. 215-218.
30. R. MacDonald, L. Baken, A. Nelson et K.L. Nichol, « Validation of self-report of influenza and pneumococcal vaccination status in elderly outpatients », *American Journal of Preventive Medicine,* 16(3), 1999, p. 173-177.

31. M.W. Kroneman, G.A. van Essen, M.A. Tacken *et al.*, « Does a population survey provide reliable influenza vaccine uptake rates among high-risk groups? A case-study of The Netherlands », *Vaccine*, 22(17-18), 2004, p. 2163-2170.

32. P.A. Briss, L.E. Rodewald, A.R. Hinman *et al.,* « Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. The Task Force on Community Preventive Services », *American Journal of Preventive Medicine,* 18(1 Suppl), 2000, p. 97-140.

33. S.M. Ndiaye, D.P. Hopkins, A.M. Shefer *et al.*, « Interventions to improve influenza, pneumococcal polysaccharide, and hepatitis B vaccination coverage among high-risk adults: a systematic review », *American Journal of Preventive Medicine,* 28(5 Suppl), 2005, p. 248-279.

34. T.W. Gyorkos, T.N. Tannenbaum, M. Abrahamowicz *et al.*, « Evaluation of the effectiveness of immunization delivery methods », *Canadian Journal of Public Health / La Revue canadienne de santé publique,* 85(Suppl 1), 1994, p. 14-30.

35. Conférence canadienne de concertation sur un système national de dossiers de vaccination, *Relevé des maladies transmissibles au Canada,* 24(17), 1998, p. 137-140.

36. J.C. Kwong et D.G. Manuel, « Using OHIP physician billing claims to ascertain individual influenza vaccination status », *Vaccine,* 25(7), 2007, p. 1270-1274.

Annexe

Tableau A
Distribution de certaines caractéristiques, population à domicile de 12 ans et plus, 2005

	Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%
Total	**132 947**	**27 132**	**100,0**
Hommes	60 910	13 372	49,3
Femmes	72 037	13 760	50,7
Groupe d'âge			
12 à 49 ans	74 359	17 397	64,1
12 à 19 ans	16 397	3 354	12,4
20 à 49 ans	57 962	14 043	51,8
50 à 64 ans	30 391	5 807	21,4
65 ans et plus	28 197	3 928	14,5
65 à 74 ans	15 032	2 245	8,3
75 à 84 ans	10 332	1 356	5,0
85 ans et plus	2 833	327	1,2
Niveau de scolarité			
Études secondaires partielles	37 391	6 282	23,9
Diplôme d'études secondaires	19 315	3 998	15,2
Au moins certaines études postsecondaires	72 839	16 054	61,0
Revenu du ménage			
Inférieur	12 812	1 752	7,6
Moyen-inférieur	24 175	4 057	17,7
Moyen-supérieur	39 205	7 748	33,8
Supérieur	37 356	9 392	40,9
Situation d'usage du tabac			
N'a jamais fumé	48 349	10 683	39,6
A cessé de fumer	53 043	10 424	38,6
Fume quotidiennement ou à l'occasion	30 957	5 875	21,8
A un médecin de famille			
Oui	112 732	23 232	85,7
Non	20 042	3 868	14,3
Autoévaluation de la santé			
Passable ou mauvaise	18 344	3 028	11,2
Bonne ou très bonne ou excellente	114 438	24 077	88,8
Problèmes de santé chroniques			
Un ou plus	29 883	5 174	19,1
Maladie cardiaque	8 561	1 288	4,8
Séquelles d'un accident vasculaire	2 003	299	1,1
Diabète	8 200	1 325	4,9
Cancer	2 293	371	1,4
Asthme	11 766	2 250	8,3
Emphysème ou bronchite chronique	5 752	908	3,4
Aucun	102 688	21 886	80,9
Province ou territoire			
Terre-Neuve-et-Labrador	4 111	449	1,7
Île-du-Prince-Édouard	2 031	117	0,4
Nouvelle-Écosse	5 066	796	2,9
Nouveau-Brunswick	5 100	638	2,4
Québec	29 891	6 473	23,9
Ontario	41 766	10 570	39,0
Manitoba	7 352	935	3,4
Saskatchewan	7 765	788	2,9
Alberta	11 800	2 686	9,9
Colombie-Britannique	15 407	3 602	13,3
Yukon	868	27	0,1
Territoires-du-Nord-Ouest	1 007	35	0,1
Nunavut	783	15	0,1
A reçu le vaccin contre la grippe l'année précédente			
Oui	47 333	8 881	33,8
Non	82 126	17 430	64,2

Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, cycle 3.1.

Issues de la grossesse selon le revenu du quartier et l'immigration récente à Toronto

Marcelo L. Urquia, John W. Frank, Richard H. Glazier, Rahim Moineddin

Résumé

Objectifs

Le présent article porte sur les différences dans les issues de la grossesse selon le revenu du quartier et l'immigration récente pour les naissances vivantes simples à Toronto, Ontario.

Sources des données

Les données sur les naissances ont été tirées des registres des sorties des hôpitaux, lesquels ont été compilés par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Techniques d'analyse

Une étude transversale a été réalisée à partir de la population issue de 143 030 naissances vivantes simples survenues du 1er avril 1996 au 31 mars 2001 chez des résidentes de Toronto, Ontario. Les naissances ont été réparties selon les quintiles de revenu du quartier établis après que l'on ait classé les secteurs de recensement d'après la proportion de leur population se situant sous les seuils de faible revenu (déterminés par Statistique Canada). On a utilisé la régression logistique pour estimer les rapports de cotes des effets du quintile de revenu du quartier et de l'immigration récente sur les naissances avant terme, le faible poids à la naissance et le faible poids de naissance chez l'enfant né à terme, corrigés pour tenir compte du sexe du nouveau-né et de l'âge de la mère.

Principaux résultats

Le faible revenu du quartier était associé à un risque modérément plus élevé de naissance avant terme, de faible poids à la naissance et de faible poids de naissance chez l'enfant à terme. Le gradient du revenu du quartier était moins prononcé chez les immigrantes de date récente que chez les résidentes de plus longue date. L'immigration récente était associée à un plus faible risque de naissance avant terme mais à un risque plus élevé de faible poids à la naissance et de faible poids de naissance chez l'enfant à terme.

Mots clés

naissance avant terme, faible poids à la naissance, facteurs socioéconomiques, immigration

Auteurs

Marcelo L. Urquia (416-864-6060, poste 3340; marcelo.urquia@utoronto.ca) et John W. Frank travaillent au Département des sciences de la santé publique, Université de Toronto. Richard H. Glazier travaille à l'Institut de recherche en services de santé. Rahim Moineddin travaille au Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto.

Même si les indicateurs comme la mortalité infantile et le faible poids de naissance s'améliorent avec le temps, les issues défavorables de la grossesse ne cessent d'être une source de préoccupations dans les pays industrialisés. Cela est particulièrement vrai en ce qui a trait à la naissance prématurée, qui est la première cause de mortalité périnatale et qui est associée à la morbidité infantile ainsi qu'à d'autres conséquences à long terme pour la santé[1-3].

Les disparités socioéconomiques liées aux issues de la grossesse constituent l'un des constats les plus tenaces de la recherche périnatale. En effet, d'un pays à l'autre, comme à l'intérieur de ceux-ci, les résultats d'études portent à croire en l'existence d'un lien entre plusieurs mesures du faible statut socioéconomique et les issues défavorables de la grossesse[4,5], et ce, même au Canada où l'accès aux soins de santé est universel[6-8]. Les mesures qui reflètent le dénuement économique révèlent généralement (mais pas toujours) des liens plus étroits que d'autres marqueurs du statut socioéconomique[9,10].

Contrairement à la situation désavantageuse socioéconomique, l'immigration récente en tant que dimension pouvant contribuer à des disparités sur le plan de la santé est mal comprise. L'un des phénomènes qui a fait l'objet de nombreuses hypothèses est l'« effet de l'immigrant en bonne santé »[11], selon lequel les immigrants à leur arrivée au pays sont souvent en meilleure santé que les natifs de celui-ci, malgré un niveau de vie inférieur. Un petit nombre seulement d'études canadiennes ont pour but d'évaluer la relation entre l'immigration et les résultats périnatals. L'une d'elles[12] a révélé chez les nouveau-nés de femmes chinoises un taux de mortalité périnatale inférieur à celui chez les nouveau-nés de femmes de race blanche. Selon une autre étude[13], les différences à l'égard du faible poids à la naissance entre les mères nées à l'étranger et les mères nées au Canada ne sont pas significatives. Quant à elle, une troisième étude laisse supposer que le risque d'avoir un enfant de faible poids de naissance chez les femmes immigrantes augmente au fur et à mesure qu'elles s'adaptent à leur vie au Canada[14]. Aux fins d'équité, il est important de déterminer comment les issues chez les nouvelles immigrantes se comparent à celles chez les résidentes de plus longue date, particulièrement dans les régions comme Toronto qui ont l'habitude de recevoir un grand nombre d'immigrants chaque année.

En 2001, la population de la nouvelle ville unifiée de Toronto était de 2,48 millions habitants et la région métropolitaine de recensement (RMR) du grand Toronto représentait le lieu de destination d'environ la moitié de la population immigrante totale du Canada cette année-là (quelque 125 000 personnes). En 2001, les immigrants représentaient environ 40 % de la population de la RMR de Toronto. La présente étude vise à examiner les différences dans les issues non fatales de la grossesse à Toronto selon l'immigration récente et le revenu du quartier.

Méthodes

Sources des données

Même si les statistiques de l'état civil sont considérées comme n'ayant pas leur pareil pour l'étude des issues périnatales au Canada, pour des raisons se rapportant à la qualité des données les données de l'Ontario sont présentées séparément dans les statistiques nationales récentes sur les issues de la grossesse[15]. Les données de l'état civil de l'Ontario proviennent de deux formulaires, l'un rempli par les parents et l'autre, par le médecin traitant. Les deux formulaires doivent avoir été soumis pour qu'une naissance soit comprise aux fins de l'état civil. En 1996, les municipalités de l'Ontario ont été autorisées à imposer des frais pour l'enregistrement d'une naissance qui, à l'époque, allaient de 10 $ à 27,50 $. Cela a eu pour effet de décourager certains parents de soumettre leurs documents d'enregistrement de naissance[16]. Dès 1997, on a décelé une sous-déclaration sélective (d'environ 4 %, celle-ci variant considérablement d'une municipalité à l'autre) des cas présentant un risque plus élevé d'un faible poids de naissance ainsi que des cas de naissance chez les mères de moins de 25 ans. Par ailleurs, pour la période allant de 1994 à 1997, environ 4 % des enregistrements dans les bases de données de l'état civil de l'Ontario présentaient des codes postaux incomplets ou non valides et n'ont donc pu servir dans l'attribution du revenu du quartier. La qualité des données de l'état civil de l'Ontario soulève également des doutes pour ce qui est de la mesure de l'âge gestationnel et de l'absence d'enregistements de naissance vivante correspondants pour d'autres de décès infantile[15].

Comme solution de rechange aux statistiques de l'état civil, la présente étude s'appuie sur des dossiers d'hôpitaux provenant de la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé, pour identifier une population issue de naissances vivantes simples à Toronto pour laquelle il existait des renseignements sur différentes issues non fatales de la grossesse et sur certaines caractéristiques infantiles, maternelles et des naissances. Les registres des sorties des hôpitaux couvrent presque 99 % de toutes les naissances vivantes en Ontario, mises à part celles survenues à domicile. Wen et coll.[17] ont évalué les registres des sorties des hôpitaux à titre d'outil pour la recherche périnatale et ont trouvé que la couverture y est excellente et les taux fournis pour l'Ontario, plausibles. La présente analyse se fonde

sur des données obtenues grâce à une entente de recherche globale entre l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Avant l'exercice financier 2002-2003, la base de données sur les congés des patients renfermait des enregistrements distincts et non liés pour la mère et le nouveau-né. Afin de pouvoir permettre des analyses fondées sur les caractéristiques confondues de la mère et du nouveau-né avant cette date, on a eu recours à un algorithme pour coupler l'enregistrement de chaque mère à celui de son nouveau-né. Les nouveau-nés ont été sélectionnés si leur date d'admission coïncidait avec leur date de naissance et si le numéro de l'« établissement de provenance » était manquant (un signe que le patient n'avait pas été transféré d'un autre établissement). Les mères éventuelles ont été sélectionnées principalement d'après des codes de groupe de maladies analogues (GMA)[17]. Un petit nombre (N=589) d'accouchements obstétriques non saisis en fonction des codes GMA l'ont été en fonction d'autres critères comme le « code 51 de service principal au patient » et les 16 champs de diagnostic et 10 champs d'intervention. Le couplage mère–nouveau-né est fondé sur un ensemble d'éléments, dont le numéro de l'établissement, les codes postaux tirés des registres des sorties des hôpitaux et du registre d'assurance-santé de la province (Base de données sur les personnes inscrites), les codes de résidence municipaux et les dates d'admission et de sortie de la mère et du nouveau-né d'après leurs enregistrements. Grâce à ce couplage probabiliste, l'appariement mère–nouveau-né a été réussie dans 95 % des cas, c'est-à-dire les cas de nouveau-nés enregistrés dans la Base de données sur les congés des patients.

Les enregistrements pour l'ensemble des 154 458 enfants nés vivants de résidentes de Toronto, d'après les limites de la ville au Recensement de 2001 (y compris les municipalités jadis distinctes d'Etobicoke, de York, d'East York, de North York et de Scarborough), au cours des cinq exercices allant de 1996-1997 à 2000-2001 (y compris les naissances survenues du 1er avril 1996 au 31 mars 2001), ont été extraits des registres des sorties des hôpitaux. Après avoir éliminé les cas de nouveau-nés pesant moins de 500 grammes (N=125) ou plus de 6 000 grammes (N=28) ou pour lesquels l'information sur le poids à la naissance était manquante (N=13), les naissances pour lesquelles le lien avec la mère était manquant (N=6 241), les enregistrements comportant des renseignements manquants sur des caractéristiques clés de la mère comme le lieu de résidence (N=692) et si elle était nouvellement inscrite au programme provincial d'assurance-santé (N=26), ainsi que les enregistrements auxquels les données du recensement sur le revenu du quartier (N=286) n'ont pu être attribuées, il restait 147 047 enregistrements, soit 95,2 % du nombre initial d'enregistrements. Après avoir également éliminé les naissances multiples vivantes (N=4 017 jumeaux, triplets et autres naissances multiples), il restait 143 030 paires d'enregistrements nouveau-né–mère, soit 44 977 nouvelles inscrites et 98 053 résidentes de plus longue date. Cette population était répartie sur 474 secteurs de recensement. On a utilisé des données régionales provenant des années de recensement les plus rapprochées (1996 ou 2001) pour déterminer le revenu du quartier, défini comme étant la proportion de la population du secteur de recensement ayant un revenu familial inférieur au seuil de faible revenu de Statistique Canada (lequel est fonction de la taille de la famille). La date de la première inscription au régime d'assurance-santé en Ontario a été tirée de la Base de données sur les personnes inscrites.

L'étude a été approuvée par les comités d'éthique de la recherche de l'Université de Toronto, de l'hôpital St. Michael's et du Sunnybrook Health Sciences Centre, tous à Toronto.

Techniques d'analyse

On a utilisé un plan transversal des cinq exercices financiers regroupés, soit ceux de 1996-1997 à 2000-2001, pour évaluer les associations entre le revenu du quartier et l'immigration récente, d'une part, et la naissance avant terme, le faible poids à la naissance et le faible poids de naissance chez l'enfant à terme, d'autre part. Ces résultats ont été modélisés en utilisant la régression logistique multiple. Lorsque

la variabilité selon la grappe est plus élevée que celle supposée par le modèle probabiliste binomial, les données sont dites surdispersées et le modèle peut donner lieu à une sous-estimation de la variance. Par conséquent, les erreurs-types ont été corrigées pour tenir compte de cette surdispersion[18,19]. Comme il se peut que l'hypothèse d'indépendance des observations ne se vérifie pas pour des données mises en grappes avec une variable d'exposition contextuelle, des méthodes à équations d'estimation généralisées ont été employées pour tenir compte de toute corrélation entre observations à l'intérieur des secteurs de recensement[19,20]. Toutefois, étant donné que les résultats de ces analyses-là étaient pratiquement identiques, ce sont les estimations ordinaires qui sont présentées. Afin de déterminer si le gradient selon le revenu du quartier pour les issues non fatales de la grossesse différait selon la situation à l'égard de l'immigration récente, un terme d'interaction a été inclus dans les modèles corrigés. Ainsi, les résultats d'analyses stratifiées selon la situation à l'égard de l'immigration récente sont présentés. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de la version 9.1 de SAS pour UNIX (SAS Institute, Cary, NC), à l'Institut de recherche en services de santé à Toronto.

Définitions

Issues

L'âge gestationnel en semaines révolues n'a pas été inscrit dans les registres des sorties des hôpitaux en Ontario au cours de la période à l'étude. Par conséquent, les codes de morbidité de la neuvième révision de la Classification internationale des maladies[21] ont servi à établir de façon approximative les catégories d'âge gestationnel d'intérêt qui manquaient : naissance très prématurée (CIM-765.0 : « *Immaturité extrême.* Concerne généralement un poids à la naissance inférieur à 1 000 grammes et/ou un âge gestationnel de moins de 28 semaines révolues »); naissance modérément prématurée (CIM-9 765.1 : « *Autres enfants nés avant terme.* Prématurité ou petite taille, ne pouvant être classée à 765.0 ni comme " léger pour l'âge gestationnel " à 764.– : concerne généralement un poids à la naissance allant de 1 000 à 2 499 grammes et/ou une gestation de 28 à 37 semaines révolues »); naissance après terme (CIM-9 766.2 : « *Enfant né après terme, mais qui n'est pas " gros " pour l'âge gestationnel*, ayant une période de gestation de 42 semaines révolues ou plus »); et naissance à terme (catégorie résiduelle non classée ci-dessus, gestation d'environ 38 à 41 semaines révolues).

On a défini la *naissance avant terme* en fonction des codes 765.0 ou 765.1 de la CIM-9.

On a défini le *faible poids à la naissance* comme étant moins de 2 500 grammes. Les enfants dont le poids de naissance déclaré était inférieur à 500 grammes ou supérieur à 6 000 grammes ont été exclus des analyses[21].

Le *faible poids de naissance chez l'enfant à terme* s'entend du faible poids à la naissance des enfants non prématurés. Cette catégorie remplaçait celle du retard de croissance intra-utérin lorsque des données sur l'âge gestationnel en semaines n'étaient pas disponibles pour permettre de construire une catégorie « petit pour l'âge gestationnel » d'après les centiles[22].

Revenu du quartier et immigration récente

Au moyen d'un logiciel de conversion de codes postaux (FCCP+, versions 3G et 4D)[23,24], les codes postaux du lieu de résidence de la mère au moment de l'accouchement ont été attribués au secteur de recensement correspondant à l'année de recensement la plus rapprochée (Recensement de 1996 pour les naissances survenues en 1996-1997 et en 1997-1998; Recensement de 2001 pour les naissances survenues de 1998-1999 à 2000-2001). Les secteurs de recensement sont des quartiers urbains relativement stables qui comptent habituellement de 2 500 à 8 000 habitants. En se fondant sur le pourcentage de la population à domicile ayant un revenu familial inférieur au seuil de faible revenu de Statistique Canada, on a classé, puis regroupé[25], les secteurs de recensement d'après des quintiles de naissance approximatifs.. À chaque enregistrement de naissance on a attribué le quintile de revenu du quartier correspondant au secteur de recensement du lieu de résidence de la mère au moment de l'accouchement. Pour les ratios de mesure des effets, la catégorie de référence était le quintile de revenu le plus élevé.

Lorsque les nouveaux résidents de l'Ontario sont inscrits au régime provincial d'assurance-santé, leurs données d'inscription et d'identification sont saisies dans les bases de données du programme. Pour les besoins de la présente étude, la première inscription au programme provincial d'assurance-santé dans les cinq ans suivant la naissance a été utilisée en remplacement de la situation à l'égard de l'immigration récente (oui/non).

Caractéristiques infantiles, maternelles et des naissances

Les caractéristiques pertinentes infantiles, maternelles et des naissances provenant des registres des sorties des hôpitaux comprennent le sexe du nouveau-né (masculin, féminin), l'âge de la mère (moins de 20 ans, de 20 à 34 ans, 35 ans ou plus), le mode d'accouchement (césarienne ou non), et la morbidité maternelle d'après les codes de la CIM-9 correspondant à quelconque état parmi 14 (oui/non)[21] : diabète sucré, anomalie de l'épreuve de tolérance au glucose, épilepsie, asthme maternelle, hypertension préexistante, anémie, dysfonction thyroïdienne, troubles rénaux et hépatiques, infection de l'appareil génito-urinaire, béance du col utérin, prééclampsie, éclampsie, placenta praevia et décollement prématuré du placenta.

Résultats

Désavantages socioéconomiques

En 1996 comme en 2001, on observe, sur l'ensemble des quintiles de revenu du quartier à Toronto, un gradient net du pourcentage de la population dont le revenu familial est inférieur au seuil de faible revenu de Statistique Canada (tableau 1). Même si, dans l'ensemble et dans chaque quintile, la proportion de la population se situant sous le seuil de faible revenu a diminué de 1996 à 2001, le rapport entre le quintile inférieur et le quintile supérieur a légèrement augmenté.

Chacune des issues défavorables de la grossesse dont il est fait état dans la présente analyse, à savoir la naissance avant terme, le faible poids à la naissance et l'enfant né à terme avec un faible poids de naissance, est plus répandue à mesure que le pourcentage de la population se situant sous le seuil de faible revenu du quartier augmente (tableau 2). En effet, comparativement aux mères du quintile supérieur de revenu du quartier, celles du quintile inférieur étaient plus susceptibles d'avoir moins de 20 ans, d'avoir eu au moins une maladie durant la grossesse et d'avoir donné naissance à un enfant bien avant terme. Les mères plus âgées étaient plus fortement représentées dans le quintile supérieur que dans le quintile inférieur. De même, la cote exprimant les chances que les mères se situant dans le quintile de revenu inférieur soient de nouvelles immigrantes était deux fois et demie plus élevée que celle calculée pour les mères du quintile supérieure. Dans le cas des césariennes, les écarts entre les quintiles de revenu sont moins le reflet de différences importantes entre ceux-ci que celui d'une forte puissance de déceler des petites différences en raison de la grande taille de l'échantillon.

Même après correction pour tenir compte du sexe du nouveau-né, du groupe d'âge de la mère et de la situation à l'égard de l'immigration récente (ainsi que du groupe d'âge gestationnel dans le modèle du faible poids à la naissance), toutes les issues défavorables de la grossesse demeuraient plus fréquentes chez les femmes dans le quintile inférieur de revenu du quartier (tableau 3). Même si ces corrections ont donné lieu à des tailles de l'effet légèrement réduites dans le cas du faible poids à la naissance et de celui de l'enfant né à terme avec un faible poids de naissance, elles ont fait en sorte que

Tableau 1
Pourcentage de la population dont le revenu familial est inférieur au seuil de faible revenu de Statistique Canada, selon le quintile de revenu du quartier, Toronto, 1976 et 2001

	Inférieur au seuil de faible revenu	
	1996	2001
	%	%
Tous les quintiles	**27,6**	**16,6**
Q1 (supérieur)	11,9	9,4
Q2	21,3	17,2
Q3	29,2	24,3
Q4	35,7	28,8
Q5 (inférieur)	47,9	41,8
Ratio (Q5/Q1)	4,0	4,4

Source : Recensements de la population de 1996 et 2001.

Tableau 2
Issues de la grossesse et caractéristiques infantiles et maternelles, selon le quintile de revenu du quartier et l'immigration récente, Toronto, 1996-1997 à 2000-2001

	Total	Quintile de revenu du quartier					Immigration récente†	
		Q1 (supérieur)	Q2	Q3	Q4	Q5 (inférieur)	Oui	Non
Naissances vivantes simples (nombre)	143 030	28 512	28 367	28 789	28 698	28 664	44 977	98 053
Issues	%	%	%	%	%	%	%	%
Naissance avant terme	5,3	4,7	5,3	5,3	5,4	5,6**	4,9	5,4**
Faible poids à la naissance	5,0	4,0	4,9	5,1	5,2	5,8**	5,2	4,9*
Enfant à terme de faible poids de naissance	1,9	1,4	1,9	1,9	1,9	2,3**	2,2	1,7**
Caractéristiques maternelles et infantiles								
Immigrante de date récente	31,5	17,3	27,4	31,9	36,7	43,8**	100,0	0,0
Âge de la mère								
Moins de 20 ans	3,6	1,8	3,4	3,8	4,3	4,7**	2,5	4,1**
De 20 à 34 ans	74,3	68,2	74,1	74,8	76,5	77,8**	82,9	70,3**
35 ans et plus	22,1	30,0	22,5	21,4	19,2	17,5**	14,5	25,6**
Maladie maternelle	12,5	11,6	12,3	12,5	12,8	13,5**	11,5	13,0**
Césarienne	20,2	19,6	20,3	20,3	20,2	20,6*	19,3	20,6**
Âge gestationnel (en semaines)								
Moins de 28	0,4	0,2	0,4	0,3	0,4	0,5**	0,4	0,4**
De 28 à 37	4,9	4,5	4,9	5,0	5,0	5,1**	4,5	5,1**
De 38 à 41	94,2	94,8	94,3	94,2	94,1	93,8	94,6	94,1**
42 et plus	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6*	0,6	0,5**
Sexe de l'enfant : masculin	51,3	51,3	50,8	51,3	50,6	51,5*	51,3	51,3

† au cours des 5 dernières années
* $p < 0,05$
** $p < 0,01$
Nota : Des tests chi carré ont été utilisés pour déterminer les différences dans les proportions et le test Cochran-Armitage a été utilisé pour déterminer la tendance des proportions binomiales sur l'ensemble des cinq quintiles de revenu du quartier.
Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 3
Rapports de cotes bruts et corrigés comparant les quintiles de revenu du quartier Q2, Q3, Q4 et Q5 avec Q1, et les immigrantes de date récente avec les résidentes de plus longue date, Toronto, 1996-1997 à 2000-2001

	Naissance avant terme				Faible poids à la naissance				Enfant à terme de faible poids de naissance			
Quintiles de revenu du quartier	Rapport de cotes brut	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé‡	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes brut	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé§	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes brut	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé§	Intervalle de confiance de 95 %
Q1 (supérieur)†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Q2	1,12*	1,03 à 1,20	1,14*	1,05 à 1,25	1,26*	1,16 à 1,37	1,23*	1,11 à 1,36	1,37*	1,20 à 1,56	1,33*	1,15 à 1,52
Q3	1,12*	1,04 à 1,21	1,16*	1,06 à 1,27	1,29*	1,19 à 1,40	1,28*	1,16 à 1,41	1,36*	1,19 à 1,55	1,30*	1,13 à 1,49
Q4	1,15*	1,06 à 1,23	1,19*	1,09 à 1,30	1,33*	1,23 à 1,44	1,28*	1,16 à 1,41	1,38*	1,21 à 1,57	1,29*	1,12 à 1,49
Q5 (inférieur)	1,19*	1,11 à 1,28	1,25*	1,15 à 1,37	1,50*	1,39 à 1,62	1,46*	1,32 à 1,61	1,66*	1,46 à 1,88	1,53*	1,34 à 1,76
Immigrante de date récente												
Non†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Oui	0,89*	0,84 à 0,93	0,89*	0,84 à 0,95	1,06*	1,01 à 1,12	1,18*	1,10 à 1,26	1,30*	1,20 à 1,40	1,24*	1,14 à 1,35

† catégorie de référence
‡ corrigé également pour tenir compte du sexe de l'enfant, du groupe d'âge de la mère, du quintile de revenu du quartier et de l'immigration récente.
§ corrigé également pour tenir compte du groupe d'âge gestationnel.
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).
Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

la taille de l'effet dans le cas des naissances avant terme s'accentue. Tous les rapports de cote sont demeurés statistiquement significatifs après correction. Comparativement aux femmes du quintile supérieur de revenu du quartier, la cote exprimant le risque d'une naissance prématurée était de 25 % plus élevée, celle exprimant le risque d'un faible poids à la naissance, de 46 % plus élevée, et celle exprimant le risque d'avoir un enfant né à terme avec un faible poids de naissance, de 53 % plus élevée chez les femmes du quintile inférieur.

Immigration récente

Les naissances vivantes simples chez les immigrantes de date récente représentaient 31,5 % de toutes les naissances survenues au sein de la population étudiée. Les naissances chez les nouvelles immigrantes étaient moins susceptibles d'être survenues prématurément que chez les résidentes de plus longue date; toutefois, ces premières avaient de plus grandes chances de mettre au monde un enfant de faible poids de naissance et d'avoir un enfant né à terme présentant un faible poids de naissance (tableau 2). De même, les mères ayant immigré récemment étaient plus susceptibles d'habiter un quartier à faible revenu et moins susceptibles d'avoir moins de 20 ans, ou 35 ans et plus. En comparaison, les résidentes établies depuis plus longtemps étaient plus susceptibles d'avoir eu au moins une maladie durant la grossesse et d'avoir accouché par césarienne.

La correction pour tenir compte du sexe du nouveau-né, du groupe d'âge de la mère et du quintile de revenu du quartier n'a révélé aucun changement dans l'association entre la situation à l'égard de l'immigration récente et la naissance avant terme. Par rapport à la cote observée chez les résidentes de plus longue date, la cote corrigée exprimant le risque d'une naissance avant terme chez les nouvelles immigrantes ne représentaient que 89 % (tableau 3). Toutefois, les cotes corrigées exprimant le risque d'avoir un enfant de faible poids de naissance et d'avoir un enfant né à terme présentant un faible poids de naissance étaient de 18 % et de 24 % supérieurs, respectivement, chez les nouvelles immigrantes.

Revenu du quartier et immigration récente

Un terme du produit du quintile de revenu du quartier et de la situation à l'égard de l'immigration récente a été ajouté aux modèles corrigés pour tester l'interaction. Comme les termes d'interaction étaient statistiquement significatifs ($p < 0,05$) dans les modèles corrigés pour toutes les issues de la

Tableau 4
Rapports de cotes corrigés comparant les quintiles de revenu du quartier Q2, Q3, Q4 et Q5 avec Q1, selon l'immigration récente, Toronto, 1996-1997 à 2000-2001

	Naissance avant terme‡				Faible poids à la naissance§				Enfant à terme de faible poids de naissance‡			
	Résidentes de plus longue date		Immigrantes de date récente		Résidentes de plus longue date		Immigrantes de date récente		Résidentes de plus longue date		Immigrantes de date récente	
Quintiles de revenu du quartier	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Q1 (supérieur)†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Q2	1,15*	1,05 à 1,26	1,05	0,88 à 1,27	1,32*	1,18 à 1,48	0,98	0,82 à 1,17	1,49*	1,28 à 1,74	0,94	0,72 à 1,22
Q3	1,19*	1,09 à 1,30	1,01	0,85 à 1,21	1,36*	1,21 à 1,53	1,04	0,88 à 1,23	1,41*	1,21 à 1,65	1,00	0,78 à 1,28
Q4	1,24*	1,13 à 1,35	1,02	0,85 à 1,21	1,30*	1,16 à 1,47	1,15	0,97 à 1,35	1,37*	1,17 à 1,60	1,05	0,82 à 1,33
Q5 (inférieur)	1,34*	1,22 à 1,46	1,03	0,87 à 1,22	1,48*	1,31 à 1,67	1,30*	1,11 à 1,53	1,66*	1,42 à 1,94	1,21	0,96 à 1,52
Valeur P††	0,0221				0,0497				0,0419			

† catégorie de référence
‡ corrigé pour tenir compte du sexe de l'enfant et du groupe d'âge de la mère.
§ corrigé également pour tenir compte du groupe d'âge gestationnel.
†† pour l'interaction entre les quintiles de revenu du quartier et l'immigration récente.
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
Source : Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé.

grossesse, on a procédé à des analyses stratifiées des effets du revenu du quartier sur les issues de la grossesse selon la situation à l'égard de l'immigration récente (tableau 4). Lorsqu'on a tenu compte du sexe du nouveau-né, du groupe d'âge de la mère et du groupe d'âge gestationnel (dans le modèle du faible poids à la naissance), les rapports de cotes corrigés comparant le quintile inférieur de revenu du quartier au quintile supérieur étaient systématiquement plus élevés chez les résidentes de longue date que chez les immigrantes de date récente, et ce, pour toutes les issues de la grossesse. En outre, chez ces dernières, l'effet des désavantages socioéconomiques liés au quartier disparaissait pour les naissances avant terme et l'enfant à terme de faible poids de naissance.

Discussion

Conclusion

Malgré l'accès universel à la plupart des services de santé fournis par les médecins et les hôpitaux, et conformément aux résultats d'études antérieures sur les régions urbaines[6-8], on observe des disparités socioéconomiques dans les issues défavorables de la grossesse à Toronto durant la période allant de 1996-1997 à 2000-2001. En effet, les nouvelles immigrantes semblaient être moins à risque d'une naissance avant terme, mais plus à risque d'accoucher d'un bébé de faible poids à la naissance. Toutefois, les taux de naissance avant terme et d'enfants nés à terme avec un faible poids de naissance ne révèlent pratiquement aucune disparité entre les quintiles de revenu du quartier. Les résidentes des quartiers à faible revenu établies depuis plus longtemps constituaient clairement le sous-groupe chez qui le risque d'issues défavorables de la grossesse était le plus élevé, sans doute à cause des effets de désavantages socioéconomiques prolongés[26].

La naissance avant terme et un faible poids de naissance constituent des issues défavorables de la grossesse qui sont généralement perçues comme allant de pair. Par exemple, un faible poids à la naissance peut tenir à une naissance prématurée (avant terme), à une petite taille par rapport à l'âge gestationnel (en remplacement du retard de croissance intra-utérine), ou à une combinaison des deux. Pourtant, paradoxalement, le risque d'une naissance prématurée chez les nouvelles immigrantes à Toronto étaient moins élevé, mais celui que la grossesse se solde par un faible poids à la naissance et par un enfant à terme de faible poids de naissance était plus élevé. Dans une certaine mesure, cela est peut-être attribuable à l'« effet de l'immigrant en bonne santé » selon lequel les immigrantes de date récente sont moins vulnérables aux troubles de santé pouvant mener à une naissance avant terme, et au fait que la ventilation des causes du faible poids de naissance varie entre les nouvelles immigrantes et les résidentes de plus longue date.

La prévalence de la maladie chez la mère, comme l'infection de l'appareil génito-urinaire, l'hypertension liée à la grossesse, la béance du col utérin et le décollement prématuré du placenta, qui est un important prédicteur de la naissance avant terme, était un peu plus faible chez les immigrantes récentes que chez les résidentes de plus longue date. Les taux moins élevés de naissance avant terme chez les nouvelles immigrantes s'expliquent peut-être également par l'« effet de l'immigrant en bonne santé », dû à une exposition moins prolongée à des comportements nuisibles pour la santé, notamment le tabagisme et la consommation d'alcool, comparativement aux résidentes établies depuis plus longtemps[11,27]. De même, il est très peu probable que l'on puisse attribuer un faible poids de naissance chez les enfants de nouvelles immigrantes à une consommation plus élevée de tabac et d'alcool, bien que ces comportements entrent en cause dans les cas de faible poids de naissance des enfants des résidentes de plus longue date. Il est plus probable que les différences anthropométriques et de régime alimentaire chez les mères nouvellement immigrées soient à l'origine des taux plus élevés de faible poids à la naissance, étant donné que la faible prise de poids durant la grossesse, le faible indice de masse corporelle et la petite taille sont d'importants prédicteurs d'une croissance intra-utérine ralentie[5,28]. La Base de données sur les congés des patients ne contient pas de renseignements sur le pays d'origine des mères ayant immigré récemment mais, selon le

Recensement de 2001, les cinq principaux pays d'origine des immigrants s'étant établis à Toronto de 1996 à 2001 étaient la Chine, l'Inde, le Pakistan, les Philippines et le Sri Lanka. Comparativement à leurs homologues nées au Canada, les femmes nées en Asie du Sud et en Asie de l'Est ont tendance à être de taille plus petite, à peser moins et à consommer un nombre moins élevé de calories, autant de facteurs qui expliquent la plus petite taille et, par conséquent, le plus faible poids à la naissance chez leurs nouveau-nés[28].

Limites

Les résultats présentés comportent certaines limites. Par exemple, l'inscription récente au régime provincial d'assurance-santé en remplacement de la situation à l'égard de l'immigration récente n'a pas été validée. Cela étant dit, selon les données du recensement, 81,2 % des personnes qui se sont installées dans la RMR de Toronto entre 1996 et 2001 et qui ne venaient pas d'une autre partie de la province sont venues directement d'autres pays. Aussi, pour une bonne partie de la population restante (c'est-à-dire les migrants interprovinciaux), il s'agissait peut-être de nouveaux immigrants au Canada venus s'installer en Ontario d'autres provinces. Par contre, si un nombre importants de nouveaux inscrits n'étaient pas des immigrants de date récente, les mesures de l'effet présentées comporteraient vraisemblablement un biais tendant vers zéro.

L'absence de renseignements sur le pays d'origine des nouveaux immigrants laisse supposer que les résultats portent uniquement sur cette population dans son ensemble, telle que visée par la période étudiée, et qu'ils ne peuvent être extrapolés à d'autres nationalités ou groupes ethniques. Il faudrait mener d'autres recherches afin de tirer des conclusions sur les variations dans les issues de la grossesse en fonction du groupe ethnique.

L'impossibilité d'obtenir une mesure individuelle de la situation socioéconomique constituait une autre limite. L'analyse repose plutôt sur une mesure propre au quartier qui, habituellement[29], mais pas toujours[7,30,31], produit des estimations d'effets plus sobres (et donc prudentes). Néanmoins, les mesures fondées sur la région peuvent être conceptualisées comme d'importants indicateurs socioéconomiques en soi, puisqu'ils renseignent sur des influences contextuelles qui ne peuvent être décomposées au niveau des particuliers (c'est-à-dire les milieux physique et social)[9]. Mais sans données sur le revenu des particuliers, il est impossible de distinguer les effets du revenu de la personne de ceux du revenu du quartier en ce qui a trait aux issues de la grossesse.

L'utilisation des codes de la CIM dans l'estimation des chiffres sur la naissance avant terme et sur l'enfant né à terme présentant un faible poids de naissance introduit un certain degré d'erreur de mesure, puisque les catégories ne correspondent pas à l'âge gestationnel de manière absolue. Cependant, il est peu probable que cela a entraîné un biais important, puisqu'un cinquième chiffre dans la CIM-9 sert à indiquer la catégorie de poids à la naissance et que l'important chevauchement que l'on observe dans la répartition du poids à la naissance entre les groupes d'âge gestationnel (données non présentées) donne à penser que la catégorisation est principalement axée sur les seuils d'âge gestationnel. Des mesures imparfaites de l'âge gestationnel ont également contribué à réduire quelque peu l'efficacité de la correction apportée pour tenir compte de ce facteur, ce qui a entraîné un certain effet confusionnel résiduel. D'un autre côté, la variable de contrôle de l'âge gestationnel n'a été appliquée que dans le modèle du faible poids à la naissance.

Les analyses visant à évaluer le biais éventuel dû aux caractéristiques relatives à la majorité des naissances exclues (données non présentées) ont révélé qu'il y avait un risque élevé que ces naissances se soldent par l'une des issues défavorables de la grossesse étudiées et que la répartition des naissances exclues tendait vers les quintiles de revenu inférieurs. Il semble donc que, sans ce biais, le revenu du quartier aurait vraisemblablement eu un effet un peu plus marqué. Dans l'ensemble, toutefois, les tailles des effets s'inscrivaient à l'intérieur des limites de celles déclarées antérieurement au Canada[6-8,10].

S'ajoutent à ces limites des renseignements manquants sur l'état matrimonial de la mère, les modalités de vie, le lieu de naissance, la profession,

le revenu du ménage, la scolarité, l'usage du tabac et l'identité autochtone, ainsi que l'absence totale de renseignements sur les caractéristiques paternelles. Des données sur certaines de ces variables auraient pu être tirées des bases de données de l'état civil (enregistrements de naissance). Par ailleurs, le lieu actuel de résidence consigné dans les registres des sorties des hôpitaux pouvait être différent du lieu habituel de résidence figurant dans les registres de l'état civil (données sur les naissances). Enfin, étant donné que les données présentées sur les naissances vivantes n'étaient pas couplées à celles sur les décès infantiles, les données sur les issues fatales ne sont pas disponibles (sauf pour les décès survenus lors de l'hospitalisation initiale).

Répercussions

L'un des principaux défis de la santé périnatale demeure la réduction des naissances prématurées. D'autres recherches sur les différences dans l'état de santé de la mère et l'état de santé général entre les nouvelles immigrantes et les résidentes de plus longue date feront peut-être état d'interventions susceptibles de réduire les naissances avant terme et les inégalités socioéconomiques liées à celles-ci.

Les quintiles inférieurs de revenu du quartier étaient associés à des taux plus élevés de naissance avant terme, de faible poids à la naissance et d'enfants nés à terme présentant un faible poids de naissance chez les résidentes de plus longue date (dont la plupart n'étaient pas des immigrantes). Il est possible que l'on considère la population des résidentes de plus longue date comme la principale population cible, non seulement d'interventions visant à favoriser la croissance fœtale, mais aussi pour la prévention des naissances avant terme.

En effet, pour la population étudiée dans son ensemble, les issues relativement positives chez les immigrantes récentes semblent masquer, du moins en partie, les effets néfastes du faible revenu du quartier sur la situation quant aux naissances prématurées chez les résidentes de plus longue date. Les études sur le lien entre les disparités socioéconomiques et les issues de la grossesse doivent être conçues de manière à tenir compte de l'ampleur de ces répercussions.

D'autres recherches permettraient d'apprécier pleinement la Base de données sur les congés des patients à titre de source de remplacement de données sur les issues de la grossesse, particulièrement depuis l'exercice 2001-2002. À cette époque, la base de données avait fait l'objet d'une réélaboration importante, notamment afin de tenir compte de l'âge gestationnel en semaines et des antécédents obstétriques, et de permettre un couplage simple des enregistrements mère–nouveau-né[32], autant d'innovations qui ont fait de cette source de renseignements un outil attirant aux fins d'études supplémentaires sur les issues de la grossesse. Le couplage de la Base de données sur les congés des patients aux dossiers de l'état civil de l'Ontario permet de tirer parti des propriétés de l'une et l'autre source de données, de manière à pouvoir brosser un tableau plus complet des issues de la grossesse et des déterminants de celles-ci au niveau de la population. En outre, une comparaison côte à côte de leurs résultats respectifs permettrait de mieux comprendre les avantages et les points faibles de chacune, et vraisemblablement de proposer des mesures en vue de régler les problèmes en matière de qualité des données.

En l'absence de données exhaustives sur les naissances dans les dossiers de l'état civil de l'Ontario, les registres des sorties des hôpitaux pour la période allant de 1996-1997 à 2000-2001 représentent une source de données de rechange sur les issues non fatales de la grossesse, malgré d'importantes limites au niveau des variables offertes. Il n'en demeure pas moins que des données exhaustives sur les naissances s'imposent dans les dossiers de l'état civil de l'Ontario, ainsi qu'un

couplage systématique des enregistrements sur les naissances vivantes aux enregistrements concordants sur les décès infantiles, afin de pouvoir évaluer la situation quant aux issues fatales de la grossesse liées au poids à la naissance et à l'âge gestationnel.

Remerciements

La présente étude a été financée par l'Institut de recherche en services de santé, à Toronto (Ontario) Canada, et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les opinions, résultats et conclusions qui s'en dégagent sont ceux des auteurs et ne doivent être perçus comme étant sanctionnés par le Ministère. Marcelo Urquia a bénéficié d'une subvention de recherche personnelle (ICIS, Programme de possibilités internationales - 4497) reçue de la part de M. John Frank, directeur scientifique de l'Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada.

Références

1. R.L. Goldenberg et D. J. Rouse, « Prevention of premature birth », *New England Journal of Medicine*, 339, 1998, p. 313-320.
2. M. Hack et A. Fanaroff. « Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age in the 1990s », *Early Human Development,* 53, 1999, p. 193-218.
3. A.T. Bhutta, M.A. Cleves, P.H. Casey *et al.,* « Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis », *Journal of the American Medical Association,* 288(6), 2002, p. 728-737.
4. J. Villar et J.M. Belizan, « The relative contribution of prematurity and fetal growth retardation to low birth weight in developing and developed societies », *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 143(7), 1982, p. 793-798.
5. M.S. Kramer, L. Seguin, J. Lydon *et al.*, « Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? », *Paediatric and Perinatal Epidemiology,* 14(3), 2000, p. 194-210.
6. R. Wilkins, G. Sherman et P. Best, « Issues de grossesse et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986 », *Rapports sur la santé,* 3(1), 1991, p. 7-31 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
7. C.A. Mustard et N.P. Roos, « The relationship of prenatal care and pregnancy complications to birthweight in Winnipeg, Canada », *American Journal of Public Health,* 84(9), 1994, p. 1450-1457.
8. Z.C. Luo, W.J. Kierans, R. Wilkins *et al.,* « Disparities in birth outcomes by neighborhood income: temporal trends in rural and urban areas, British Columbia », *Epidemiology,* 15(6), 2004, p. 679-686.
9. N. Krieger, J. Chen, P. Waterman *et al.*, « Choosing area based socioeconomic measures to monitor social inequalities in low birth weight and child lead poisoning: The Public Health Disparities Geocoding Project (US) », *Journal of Epidemiology and Community Health,* 57, 2003, p. 186-199.
10. Z.C. Luo, R. Wilkins, M.S. Kramer *et al.*, « Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 174(10), 2006, p. 1415-1420.
11. J.T. McDonald et S. Kennedy, « Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada », *Social Science and Medicine,* 59(8), 2004, p. 1613-1627.
12. S.W. Wen et M.S. Kramer, « A comparison of perinatal mortality between ethnic Chinese and ethnic whites: why the Chinese rate was lower », *Ethnicity and Health,* 2(3), 1997, p. 177-182.
13. H. Doucet, M. Baumgarten et C. Infante-Rivard, « Risk of low birthweight and prematurity among foreign-born mothers », *Canadian Journal of Public Health/La Revue canadienne de santé publique,* 83(3), 1992, p. 192-195.
14. I. Hyman et G. Dussault, « The effect of acculturation on low birthweight in immigrant women », *Canadian Journal of Public Health/La Revue canadienne de santé publique,* 87(3), 1996, p. 158-162.
15. Santé Canada, *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2003.
16. G.L. Woodward, M.K. Bienefeld et S. Ardal, « Under-reporting of live births in Ontario: 1991-1997 », *Canadian Journal of Public Health/La Revue canadienne de santé publique*, 94(6), 2003, p. 463-467.
17. S. Wen, S. Liu, S. Marcoux *et al.,* « Utilité et limites des dossiers d'hospitalisation courants pour la surveillance périnatale », *Chronic Diseases in Canada / Maladies chroniques au Canada*, 18(3), 1997, p. 125-132.
18. A. Agresti, *Categorical Data Analysis, Deuxième édition,* New York, Wiley, 2002.
19. P.D. Allison, *Logistic Regression Using the SAS System: Theory and Application,* Cary, NC, SAS Institute Inc., 1999.

20. P.J. Diggle, K.Y. Liang et S.L. Zeger, *Analysis of Longitudinal Data*, Oxford, Oxford University Press, 2002.

21. Organisation mondiale de la Santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès,* fondé sur les recommandations de la Conférence pour la neuvième révision, 1975, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1977.

22. J. Kiely, S. Yu, K. Brett et D. Rowley, « Low birth weight and intrauterine growth retardation », dans *From Data to Action. CDC's Public Health Surveillance for Women, Infants, and Children,* CDC's Maternal & Child Health Monograph, 1994, disponibe à l'adresse : http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Products&Pubs/DatatoAction/pdf/birout3.pdf (document consulté le 9 avril 2007).

23. R. Wilkins, *FCCP+ Version 3J : Guide de l'ultilisateur (Géocodes/FCCP), Logiciel de codage géographique basé sur les Fichiers de conversion des codes postaux de Statistique Canada mises à jour en mai 2002,* Ottawa, Statistique Canada, Groupe d'analyse et de mesure de la santé, juillet 2002 (nº 82F0086-XDB au catalogue).

24. R. Wilkins, *FCCP+ Version 4D : Guide de l'ultilisateur (Géocodes/FCCP), Logiciel de codage géographique basé sur les Fichiers de conversion des codes postaux de Statistique Canada mises à jour en décembre 2003,* Ottawa, Statistique Canada, Groupe d'analyse et de mesure de la santé, juillet 2004 (nº 82F0086-XDB au catalogue).

25. Statistique Canada, *Dictionaire du Recensement de 2001,* Ottawa, Ministre de l'Industrie, 2002, disponible à l'adresse : URL: http://www.statcan.ca/francais/census01/dict/index_f.htm

26. A.T. Geronimus, « Black/white differences in the relationship of maternal age to birthweight: a population-based test of the weathering hypothesis », *Social Science & Medicine,* 42(4), 1996, p. 589-597.

27. W.J. Millar et G. Hill, « Grossesse et usage du tabac », *Rapports sur la santé,* 15(4), 2004, p. 55-58 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).

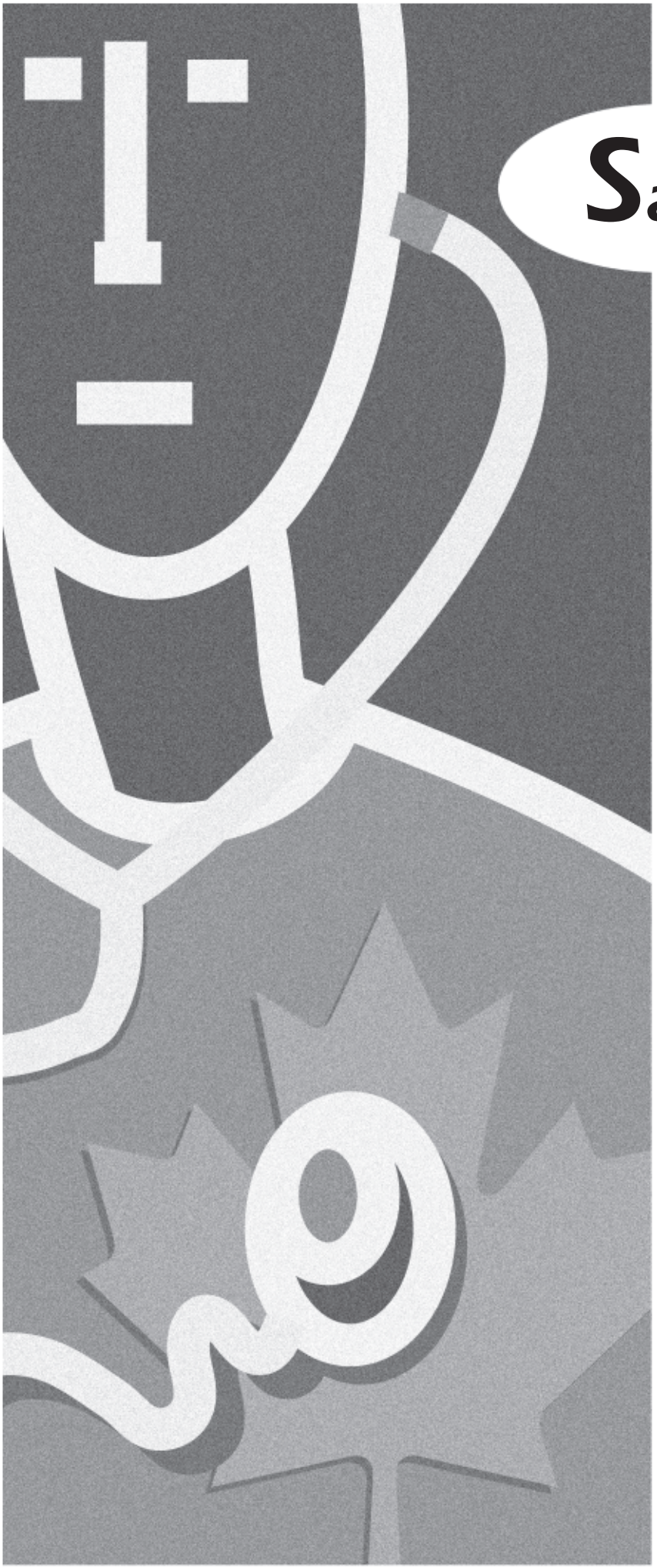
28. M.S. Kramer, « Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis », *Bulletin of the World Health Organization / Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 65(5), 1987, p. 663-737.

29. K. Demissie, J.A. Hanley, D. Menzies D *et al.,* « Concordance des mesures du statut socio-économique : mesures par région et mesures individuelles », *Maladies chroniques au Canada,* 21(1), 2000, p. 1-7.

30. C.A. Mustard, S. Derksen, J.-M. Berthelot *et al.,* « Assessing ecologic proxies for household income: a comparison of household and neighbourhood level income measures in the study of population health status », *Health and Place,* 5(2), 1999, p. 157-171.

31. N. Spencer, S. Bambang, S. Logan *et al.,* « Socioeconomic status and birth weight: comparison of an area-based measure with the Registrar General's social class », *Journal of Epidemiology and Community Health,* 53(8), 1999, p. 495-498.

32. Institut canadien d'information sur la santé, *Qualité des données : Base de données sur les congés des patients, 2001–2002,* Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2003.



Santé en bref

De courts articles descriptifs qui présentent de l'information récente tirée d'enquêtes sur la santé ou de bases de données administratives

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca

Le stress au travail chez les prestateurs de soins de santé

par Kathryn Wilkins

Mots-clés : santé au travail, charge de travail, professions du domaine de la santé

Dans le texte qui suit, le nom féminin « infirmière » n'exclut pas pour autant le personnel infirmier de sexe masculin.

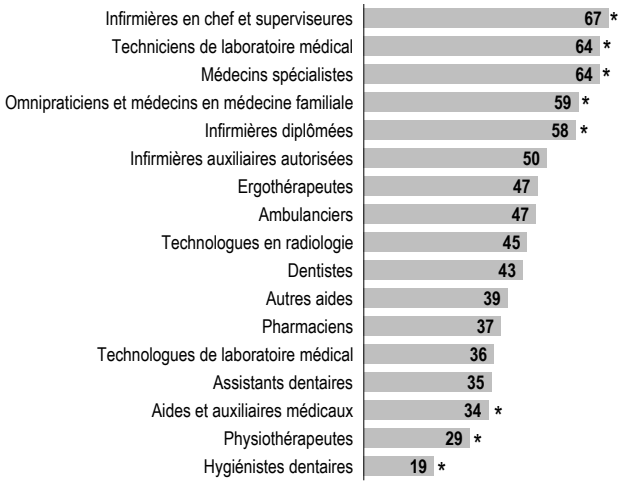
Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003, près d'un Canadien occupé sur trois, soit environ 5,1 millions de personnes, a indiqué que la plupart de ses journées de travail étaient « assez » ou « extrêmement » stressantes.

Le présent article porte plus précisément sur les travailleurs chargés de dispenser des soins de santé aux Canadiens. Il est clair que le bien-être des travailleurs de ce groupe (comprend non seulement les médecins et les infirmières, mais aussi d'autres professionnels, comme les ambulanciers, les techniciens et les thérapeutes) représente un enjeu important. L'analyse a pour but de comparer les niveaux de stress au travail – facteur qui a été associé à une mauvaise santé physique et mentale ainsi qu'aux accidents du travail – entre différents groupes professionnels du domaine de la santé[1,2]. On y examine également les associations entre le stress et certaines caractéristiques professionnelles, sociodémographiques et personnelles choisies.

Les prestateurs de soins de santé subissent un stress élevé

En 2003, au Canada, les prestateurs de soins de santé représentaient 6 % de la population active âgée de 18 à 75 ans (données non présentées). Près de la moitié (45 %), soit 413 000 personnes, ont indiqué que la plupart de leurs journées de travail étaient « assez » ou « extrêmement » stressantes (correspond ci-après à un niveau « élevé » de stress). En comparaison, la proportion était de 31 % pour toutes les autres personnes actives regroupées (données non présentées).

Graphique 1
Pourcentage des prestateurs de soins de santé ayant déclaré un niveau élevé de stress au travail, selon la profession, population à domicile âgée de 18 à 75 ans, Canada, 2003



* valeur significativement différente de l'estimation observée pour tous les autres prestateurs de soins de santé ($p < 0,05$)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

La probabilité de subir un niveau élevé de stress au travail variait chez les prestateurs de soins de santé, les hygiénistes dentaires affichant le taux le plus faible, soit 19 %, ou une personne sur cinq, et les infirmières en chef et superviseures, le taux le plus élevé, soit 67 %, ou les deux tiers de l'effectif de ce groupe (graphique 1). Parmi les autres professionnels de la santé présentant un niveau élevé de stress au travail figuraient les techniciens de laboratoire médical, les médecins spécialistes, les omnipraticiens et médecins en médecine familiale,

et les infirmières diplômées (autres que les infirmières en chef et superviseures). La proportion de personnes oeuvrant au sein de ces professions qui ont indiqué subir beaucoup de stress au travail variait de 58 % à 64 %.

Outre les hygiénistes dentaires, les physiothérapeutes ainsi que les aides et auxiliaires médicaux comptaient parmi les prestateurs de soins de santé qui étaient relativement *moins* susceptibles d'indiquer des niveaux élevés de stress au travail, ceux-ci ayant montré des taux de 29 % et de 34 %, respectivement.

Facteurs liés au travail

La probabilité d'éprouver un stress élevé au travail était corrélée positivement avec le revenu. Ainsi, environ la moitié des prestateurs de soins de santé dont le revenu personnel était égal ou supérieur à 40 000 $ ont déclaré un niveau élevé de stress au travail, comparativement à 28 % de ceux ayant un revenu inférieur à 20 000 $ et à 42 % de ceux dont le revenu variait de 20 000 $ à 39 999 $ (tableau 1).

Le niveau de stress au travail variait aussi selon les caractéristiques logistiques de l'emploi, comme le fait de travailler ou non par quarts et le nombre d'heures travaillées. À titre d'exemple, les prestateurs de soins de santé travaillant un quart autre que le quart normal de travail de jour étaient plus susceptibles que les autres de mentionner un niveau élevé de stress. Quant au nombre d'heures travaillées, les personnes qui travaillaient moins de 35 heures par semaine étaient moins portées à déclarer un stress élevé que celles dont la semaine de travail était plus longue. Enfin, les prestateurs de soins de santé travaillant à leur propre compte étaient moins enclins à déclarer un niveau élevé de stress que ceux qui n'étaient pas autonomes.

Facteurs personnels

Un niveau élevé de stress au travail a été déclaré par 42 % des prestateurs de soins de santé de sexe masculin et par 46 % de leurs homologues de sexe féminin, différence qui n'est pas significative sur le plan statistique (tableau 1). On note cependant des différences selon l'âge. Par exemple, les travailleurs de moins de 25 ans étaient moins enclins à éprouver beaucoup de stress au travail (31 %) que ceux âgés de 25 ans ou plus. Cela tient peut-être à la nature de l'emploi chez les personnes plus jeunes, en particulier

Tableau 1

Pourcentage des prestateurs de soins de santé ayant déclaré un niveau élevé de stress au travail, selon certaines caractéristiques professionnelles et personnelles choisies, population à domicile âgée de 18 à 75 ans, Canada, 2003

	%
Total des prestateurs de soins de santé	**45,0**
Facteurs liés au travail	
Revenu personnel	
Moins de 20 000 $	27,8*
De 20 000 $ à 39 999 $	41,8*
De 40 000 $ à 59 999 $†	54,0
60 000 $ et plus	49,8
Travail par quarts	
Travailleurs par quarts	47,7*
Quart normal de travail de jour†	42,4
Employeur	
À son propre compte†	36,8
Pas à son propre compte	46,3*
Nombre d'heures de travail par semaine	
Moins de 35†	36,9
De 35 à 44	44,5*
De 45 à 79	60,3*
80 et plus	56,8*
Facteurs personnels	
Sexe	
Hommes†	42,4
Femme	45,6
Groupe d'âge	
18 à 24 ans†	31,0
25 à 34 ans	42,4*
35 à 44 ans	48,0*
45 à 54 ans	49,9*
55 à 75 ans	40,9*
Stress général quotidien	
Faible (journées pas du tout/pas tellement/ un peu stressantes)†	28,7
Élevé (journées assez/extrêmement stressantes)	78,3*
Satisfaction face à la vie	
Satisfait†	44,4
Insatisfait	75,2*
État de santé général	
Bon/très bon/excellent†	42,7
Passable/mauvais	54,7*

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de l'estimation observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

au fait qu'elles ont moins de responsabilités. Le stress lié au travail a atteint son sommet chez les personnes de 35 à 54 ans, celles-ci ayant déclaré un stress élevé dans une proportion d'environ 50 %. Cette proportion avait diminué chez les personnes de 55 à 75 ans, pour s'établir à 41 %.

En plus d'interroger les participants sur le stress éprouvé au travail, les intervieweurs de l'ESCC leur ont posé des questions au sujet du stress quotidien en général. Près de quatre prestateurs de soins de santé sur cinq (78 %) qui avaient déclaré trouver leur vie « assez » ou « extrêmement » stressante ont aussi déclaré un niveau élevé de stress au travail. Cette situation reflète peut-être en partie l'influence du stress au travail sur la vie personnelle, ou peut-être une tendance chez les gens qui ressentent du stress au travail à percevoir un niveau élevé de stress dans d'autres situations.

Les questions

La *profession* a été définie d'après la Classification type des professions (CTP) 1991 – Canada. Le « secteur de la santé » forme l'une des 10 grandes catégories professionnelles de la CTP.

L'estimation du *stress au travail* est fondée sur les réponses à la question : « La question suivante porte sur votre entreprise ou emploi principal au cours des derniers [12] mois. Diriez-vous que la plupart de vos journées étaient : pas du tout stressantes? pas tellement stressantes? un peu stressantes? assez stressantes? ou extrêmement stressantes? » Les personnes qui ont répondu « assez stressantes » ou « extrêmement stressantes » ont été classées comme éprouvant un niveau élevé de stress au travail.

Pour évaluer le *stress général quotidien,* on a posé la question suivante : « En pensant à la quantité de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont : pas du tout stressantes? pas tellement stressantes? un peu stressantes? assez stressantes? extrêmement stressantes? » Les personnes qui ont répondu « assez stressantes » ou « extrêmement stressantes » ont été classées comme ayant un niveau élevé de stress au travail.

La *satisfaction face à la vie* a été mesurée d'après la question suivante : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre vie en général? Très satisfait, satisfait, ni satisfait ni insatisfait, insatisfait, très insatisfait? »

L'*autoévaluation de l'état de santé général* a été mesurée au moyen de la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé physique est : excellente? très bonne? bonne? passable? mauvaise? »

Source des données et limites

Les estimations sont fondées sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 (cycle 2.1). L'ESCC est une enquête-santé générale qui permet de recueillir des renseignements transversaux sur la santé des Canadiens tous les deux ans. Elle a pour champ d'observation la population à domicile de 12 ans et plus des provinces et des territoires, sauf les personnes vivant en établissement, les membres réguliers des Forces armées canadiennes, et les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées. Le taux de réponse global au cycle 2.1 a été de 80,6 %; la taille totale de l'échantillon était de 135 573 personnes. Parmi celles-ci, 75 184 personnes étaient âgées de 18 à 75 ans et avaient travaillé au moins une partie de l'année, et 4 551 personnes ont indiqué avoir travaillé dans le secteur de la santé. Les catégories d'emploi du secteur de la santé dont la taille de l'échantillon était suffisante ont été incluses dans l'analyse. L'analyse est fondée sur des données, pondérées, recueillies auprès de cette population.

Afin de tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés par la méthode du *bootstrap*[3-5].

Les données autodéclarées sur lesquelles se fonde l'analyse n'ont pas été validées en fonction d'une source externe. La perception du stress au travail peut varier selon des facteurs qui n'ont pas été mesurés dans le cadre de l'ESCC, comme la capacité d'adaptation ou la perspective d'une personne ou tout autre trait de caractère personnel ou socioculturel.

Comme la présente étude est fondée sur des données transversales, il est impossible d'établir une relation de cause à effet entre la catégorie d'emploi et le stress. Bien qu'il soit probable que certains emplois comportent un niveau de stress plus élevé que d'autres, il se pourrait aussi que les personnes les plus susceptibles de déclarer un niveau élevé de stress au travail soient également plus susceptibles d'occuper certains emplois.

Liens avec l'insatisfaction

Tout comme le stress dans la vie quotidienne est lié au stress au travail, l'insatisfaction face à la vie est fortement corrélée avec le stress au travail. Ainsi, les trois quarts (75 %) des participants qui ont mentionné être « insatisfaits » ou « très insatisfaits » face à la vie ont déclaré un niveau élevé de stress au travail.

Le stress au travail variait dans une mesure moindre mais tout de même significative selon l'état de santé général. Par exemple, les prestateurs de soins de santé qui avaient jugé leur état de santé « bon », « très bon » ou « excellent » étaient moins susceptibles de déclarer un niveau élevé de stress au travail (43 %) que ceux qui l'avaient qualifié de « passable » ou « mauvais » (55 %). Or, il est raisonnable de penser que le fait d'avoir à composer avec une santé précaire peut aggraver le stress au travail.

Bref, les résultats des analyses bivariées démontrent que la proportion des prestateurs de soins de santé qui ont déclaré un niveau élevé de stress au travail variait selon le poste occupé et les conditions inhérentes à celui-ci, comme le fait de travailler ou non par quarts et le nombre d'heures travaillées. Cela étant dit, la probabilité de percevoir du stress au travail variait également, en fonction des caractéristiques personnelles.

Les médecins, les infirmières : les plus stressés

On a recouru à l'analyse multivariée pour étudier le rapport entre l'emploi et le stress perçu au travail, en contrôlant toutefois en fonction des caractéristiques personnelles et d'autres influences. L'association entre le stress au travail et chacune des catégories d'emploi a été analysée à l'aide de modèles de régression logistique distincts qui permettaient de neutraliser l'effet de certaines variables confusionnelles éventuelles, à savoir le stress général quotidien, la satisfaction face à la vie, l'état de santé général, le sexe et l'âge.

Même après avoir tenu compte de l'effet de facteurs extérieurs au milieu de travail, la probabilité que les médecins spécialistes, les omnipraticiens et médecins en médecine familiale, et les infirmières diplômées (autres que les infirmières en chef et superviseures) soient davantage exposés au stress au travail que d'autres de leurs homologues professionnels demeurait statistiquement élevée (tableau 2). Conformément aux résultats de l'analyse bivariée, le rapport de cotes calculé pour les infirmières superviseures et les infirmières en chef était élevé en apparence, mais se situait tout juste en deçà du seuil de signification statistique ($p = 0{,}053$), vraisemblablement par manque d'efficacité statistique. Chez les techniciens de laboratoire médical, la forte probabilité de connaître un niveau élevé de stress au travail disparaissait après

Tableau 2

Rapports de cotes corrigés reliant la profession à un niveau élevé de stress chez les prestateurs de soins de santé, population à domicile âgée de 18 à 75 ans, Canada, 2003

	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Médecin spécialiste	2,8*	1,4 à 5,5
Infirmière diplômée†	2,1*	1,6 à 2,8
Infirmière en chef et superviseure	2,1	1,0 à 4,3
Omnipraticien et médecin en médecine familiale	2,0*	1,1 à 3,7
Dentiste	1,5	0,5 à 4,5
Infirmière auxiliaire autorisée	1,3	0,7 à 2,4
Technicien de laboratoire médical	1,2	0,6 à 2,5
Technologue en radiologie	1,2	0,5 à 2,8
Ergothérapeute	0,9	0,4 à 2,1
Ambulancier et autre personnel paramédical	0,9	0,3 à 2,4
Pharmacien	0,8	0,4 à 1,8
Physiothérapeute	0,7	0,4 à 1,2
Autre aide	0,7	0,3 à 1,5
Assistant dentaire	0,6	0,3 à 1,3
Aide et auxiliaire médicaux	0,5*	0,4 à 0,7
Hygiéniste dentaire	0,4*	0,2 à 0,8
Technologue de laboratoire médical et assistant en pathologie	0,4*	0,2 à 0,9

† autre qu'infirmière en chef ou superviseure

* valeur significativement différente de l'estimation observée pour tous les autres prestateurs de soins de santé ($p < 0{,}05$)

Nota : Un modèle distinct ayant été établi pour chaque profession, les rapports de cotes ne peuvent être comparés les uns aux autres. Chaque modèle a été contrôlé en fonction du sexe, de l'âge, de l'état de santé général, du stress général quotidien, de la satisfaction face à la vie et de l'emploi à son propre compte (ou non).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

ajustement pour tenir compte de l'effet d'autres facteurs, ce qui porte à croire que dans l'analyse bivariée cette association était, du moins en partie, attribuable à des facteurs extérieurs au milieu de travail.

L'analyse multivariée a en outre permis de constater que, comparativement à la cote observée chez tous les autres professionnels du domaine de la santé, la cote exprimant le risque d'éprouver un niveau élevé de stress au travail était significativement plus faible pour les technologues de laboratoire, les hygiénistes dentaires, et les aides et auxiliaires médicaux.

Enfin, les résultats de l'analyse multivariée démontrent que comparativement aux personnes occupées en général, les prestateurs de soins de santé sont largement plus susceptibles de percevoir leur emploi comme comportant un niveau élevé de stress. Parmi ceux-ci, les médecins et les infirmières mentionnent le plus de stress au travail, même après ajustement pour tenir compte des influences non liées à l'emploi. Compte tenu du rôle de premier plan des médecins et du personnel infirmier dans la prestation de soins de santé, voilà qui doit retenir l'intérêt de tous les Canadiens.

Kathryn Wilkins (613-951-1769; Kathryn.Wilkins@statcan.ca) travaille à la Division de l'information et de la recherche sur la santé de Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6

Références

1. K. Wilkins et M.P. Beaudet, « Le stress au travail et la santé », *Rapports sur la santé,* 10(3), 1998, p. 49-66 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
2. K. Wilkins et S. G. Mackenzie, « Les blessures au travail », *Rapports sur la santé,* 18(3), 2007, p. 27-45 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
3. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête,* 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, nº 12-001 au catalogue).
4. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
5. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, Survey Research Methods Section*, 1999, Baltimore, American Statistical Association.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca

Résultats des fractures de la hanche chez la population à domicile

par Gisèle Carrière

Mots-clés : fracture de la hanche, accident vasculaire cérébral, résultats, autoévaluation de l'état de santé, état de santé, soins à domicile.

Selon les données nationales fondées sur les dossiers des hôpitaux (voir *Sources des données*), durant l'exercice 2003-2004, 23 621 Canadiens de 60 ans et plus ont reçu leur congé d'un hôpital de soins de courte durée après avoir été traités au moins une fois pour une fracture de la hanche (données non présentées). Ceux-ci représentaient 3 % de tous les patients dans ce groupe d'âge sortis d'un hôpital de ce genre au cours de la même période.

Outre les frais liés à la première hospitalisation, les soins continus en matière de services sociaux et de santé aux personnes ayant subi une fracture de la hanche sont très coûteux; selon une étude, la facture s'élèverait à 650 millions de dollars par année[1]. Pour de nombreuses personnes, une fracture de la hanche entraîne des limitations fonctionnelles permanentes, une dépendance à l'égard d'autrui ou l'abandon de la communauté locale pour aller vivre en établissement. Toutefois, selon une étude canadienne récente, 59 % des patients ayant subi une fracture de la hanche vivaient toujours à domicile un an plus tard[1]. En effet, bien que l'on ait observé chez ces personnes une perte d'autonomie assez importante et une plus grande dépendance à l'égard des autres, elles ont réussi à réintégrer la population à domicile[1].

Le présent article offre un profil des Canadiens de 60 ans et plus qui avaient subi une fracture de la hanche et qui vivaient à domicile dans l'année qui a suivi la fracture. Les estimations sont fondées sur des données représentatives à l'échelle nationale tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (voir *Sources des données*).

La plupart des fractures de la hanche surviennent à domicile ou à proximité du domicile

Pour évaluer le fardeau applicable aux fractures de la hanche, on compare les résultats se rapportant aux personnes de 60 ans et plus qui ont subi une fracture de la hanche et ceux obtenus pour quatre autres groupes d'individus du même groupe d'âge (tableau 1). Sur ces quatre groupes, deux sont composés de personnes ayant subi un autre type de fracture susceptible de réduire leur mobilité et leurs activités. Un troisième groupe est formé des personnes qui souffraient des séquelles d'un accident vasculaire cérébral survenu à un moment quelconque dans le passé, ces accidents représentant eux aussi une source importante d'incapacité chez les personnes plus âgées. Enfin, un « groupe témoin » regroupe les personnes ayant déclaré ne pas avoir subi de fracture de la hanche au cours de la dernière année et ne pas avoir de séquelles d'un accident vasculaire cérébral.

Tableau 1

Nombre estimatif et âge médian des adultes de 60 ans et plus, selon la présence ou non d'une fracture et de séquelles d'un accident vasculaire cérébral, population à domicile, Canada, 2003

	Nombre estimatif (en milliers)	Âge médian (en années)
Fracture au cours de la dernière année et/ou séquelles d'un accident vasculaire cérébral		
Fracture de la hanche, pas d'accident vasculaire cérébral†	12	80
Fracture de la cuisse, du genou, de la partie inférieure de la jambe, de la cheville ou du pied, pas d'accident vasculaire cérébral	25	70*
Fracture de l'épaule, du bras, du poignet ou de la main, pas d'accident vasculaire cérébral	44	71*
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral, pas de fracture	175	75*
Pas de fracture, pas de séquelles d'un accident vasculaire cérébral	4 575	69*

* valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
† catégorie de référence
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

L'âge médian des adultes ayant subi une fracture de la hanche était de 80 ans, soit plus élevé que celui observé dans n'importe lequel des autres groupes de référence. Plus du tiers des personnes âgées (37 %) ayant subi une fracture de la hanche au cours de l'année précédente vivaient seules au moment de l'enquête (données non présentées). (L'ESCC ne fournit pas de renseignements sur les modalités de vie des personnes au moment de la fracture.) La plupart de ces fractures (53 %) avaient eu lieu à domicile ou à proximité, souvent alors que la personne vaquait à des tâches ménagères ou faisait un autre travail non rémunéré (38 %; données non présentées). Dans presque tous les cas (93 %), elles étaient le résultat d'une chute, et dans à peine plus de la moitié des cas (53 %), la personne avait trébuché, glissé ou fait un faux pas sur une surface autre que la neige ou la glace. Ces résultats sont conformes à ceux d'une étude antérieure sur les blessures chez les personnes âgées[2].

Les fractures et les problèmes de santé chroniques

Les deux tiers des personnes de 60 ans et plus (66 %) qui avaient subi une fracture de la hanche, de même qu'environ la moitié de celles qui ont déclaré s'être fracturé un autre membre (tableau 2), ont également déclaré souffrir d'arthrite ou de rhumatisme. La

Tableau 2

Pourcentage d'adultes de 60 ans et plus ayant un ou des problèmes de santé chroniques, selon la présence ou non d'une fracture et de séquelles d'un accident vasculaire cérébral, population à domicile, Canada, 2003

	Arthrite/ rhumatisme	Problème(s) de santé chronique(s)	
		1 et plus	2 et plus
Fracture au cours de la dernière année et/ou séquelles d'un accident vasculaire cérébral			
Fracture de la hanche, pas d'accident vasculaire cérébral†	66	71	37E
Fracture de la cuisse, du genou, de la partie inférieure de la jambe, de la cheville ou du pied, pas d'accident vasculaire cérébral	54	65	40
Fracture de l'épaule, du bras, du poignet ou de la main, pas d'accident vasculaire cérébral	51	74	47
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral, pas de fracture	51*	91*	64*
Pas de fracture, pas de séquelles d'un accident vasculaire cérébral	43*	66	34

*valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
† catégorie de référence
E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

Sources des données

Le nombre de patients dans les hôpitaux de soins de courte durée pour l'exercice 2003-2004 est fondé sur des renseignements tirés de *l'Information-santé orientée vers la personne (ISOP)*, qui est tenue à jour par Statistique Canada. Les dossiers de patients ont été couplés pour produire des données axées sur le patient. L'ISOP représente un sous-ensemble de données d'une base de données nationales tirées des dossiers des sorties des hôpitaux, soit la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH). La BDMH est construite annuellement et tenue à jour par l'Institut canadien d'information sur la santé. Le nombre déclaré de patients ayant subi une fracture de la hanche exclut ceux qui ont été admis dans d'autres établissements que les hôpitaux de soins de courte durée ou dans des établissements de soins de courte durée qui ne faisaient pas partie de la base de sondage pour l'établissement de la Base de données sur les congés des patients (DAD) en 2003-2004 (p. ex., les hôpitaux psychiatriques). Dans la présente analyse, seuls les enregistrements de l'ISOP comprenant des identificateurs de personne valides qui ont été construits partiellement à partir des numéros d'assurance-maladie (NAM) ont été utilisés. Pour l'exercice 2003-2004, moins de 2 % des enregistrements de l'ISOP concernant les sorties des hôpitaux de soins de courte durée de patients de 60 ans et plus ne portaient pas un identificateur de personne valide.

Les renseignements sur les membres de la population à domicile ayant subi une fracture de la hanche ou d'autres fractures sont tirés des données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2003, cycle 2.1. L'ESCC couvre la population à domicile de 12 ans et plus de toutes les provinces et de tous les territoires, sauf les personnes qui vivent en établissement, tous les membres des Forces canadiennes régulières, les habitants des réserves indiennes et de certaines régions éloignées, et les civils vivant dans les bases militaires. Le cycle 2.1 a débuté en janvier 2003 et s'est terminé en décembre de cette année-là. Le taux de réponse a été de 80,6 %, ce qui a produit un échantillon de 135 573 personnes. Des renseignements supplémentaires sur l'ESCC figurent dans un rapport déjà publié[3].

L'analyse porte sur 34 743 personnes de 60 ans et plus qui ont fourni des renseignements sur leur blessure la plus grave et sur la présence ou l'absence de séquelles d'un accident vasculaire cérébral; elles représentent environ 4,8 millions de personnes. Selon des études antérieures, le risque d'une fracture de la hanche commence à augmenter sensiblement à 60 ans (données non présentées). Dans la présente analyse, plusieurs facteurs éventuellement confusionnels susceptibles d'influer sur la santé ou l'utilisation de soins de santé ont été pris en compte. Des aspects du modèle comportemental de la santé et de l'utilisation des services de santé d'Andersen[4] ont été utilisés pour déterminer les variables disponibles dans l'ESCC, soit le sexe, l'âge, le niveau de scolarité et les modalités de vie, ainsi que la présence de problèmes de santé chroniques.

La variance des estimations et des écarts entre les estimations a été calculée par la méthode du *bootstrap*, qui tient compte du plan d'échantillonnage complexe de l'enquête[5,6].

présence de l'arthrite n'est pas surprenante, ni dans l'un, ni dans l'autre groupe, puisqu'il s'agit d'un problème de santé relativement courant chez les personnes plus âgées et d'un facteur de risque associé aux fractures causées par une chute chez les personnes âgées[7]. En comparaison, les personnes vivant avec les séquelles d'un accident vasculaire cérébral et celles ayant déclaré n'avoir subi aucune blessure grave ou fracture étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir déclaré souffrir d'arthrite ou de rhumatisme que celles qui s'étaient fracturé une hanche.

Tableau 3

Rapports de cotes reliant la présence ou non d'une fracture et de séquelles d'un accident vasculaire cérébral et certaines autres caractéristiques à l'autoévaluation de la santé et la satisfaction face à la vie, population à domicile de 60 ans et plus, Canada, 2003

	Santé mentale autoévaluée comme excellente ou très bonne		Plutôt à très satisfait(e) de la vie		Santé générale passable ou mauvaise		Santé un peu ou beaucoup moins bonne qu'il y a un an	
	Rapports de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapports de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapports de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapports de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Fracture au cours de la dernière année et/ou séquelles d'un accident vasculaire cérébral								
Fracture de la hanche, pas d'accident vasculaire cérébral	0,6	0,3 à 1,1	0,4	0,2 à 1,0	2,9*	1,6 à 5,3	5,3*	2,9 à 9,8
Fracture de la cuisse, du genou, de la partie inférieure de la jambe, de la cheville ou du pied, pas d'accident vasculaire cérébral	0,8	0,6 à 1,3	0,7	0,4 à 1,4	0,9	0,5 à 1,6	1,8*	1,2 à 3,0
Fracture de l'épaule, du bras, du poignet ou de la main, pas d'accident vasculaire cérébral	1,2	0,8 à 2,0	0,5	0,3 à 1,0	1,1	0,7 à 1,8	1,2	0,8 à 1,9
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral, pas de fracture	0,5*	0,4 à 0,6	0,3*	0,3 à 0,5	3,5*	2,8 à 4,4	1,7*	1,4 à 2,2
Pas de fracture, pas de séquelles d'un accident vasculaire cérébral†	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Âge‡	1,0*	1,0 à 1,0	1,0*	1,0 à 1,0	1,0*	1,0 à 1,0	1,0*	1,0 à 1,0
Sexe								
Hommes	0,9	0,9 à 1,0	1,0	0,9 à 1,2	1,1	1,0 à 1,2	0,8*	0,7 à 0,9
Femmes†	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Modalités de vie								
Vit avec des membres de sa famille	1,1	1,0 à 1,2	1,8*	1,6 à 2,1	1,0	0,9 à 1,0	1,0	0,9 à 1,1
Vit avec d'autres personnes, autres modalités de vie	0,9	0,8 à 1,1	1,4*	1,0 à 1,8	1,2	0,9 à 1,4	1,0	0,8 à 1,3
Vit seul†	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Très fort sentiment d'appartenance à la communauté								
Oui	1,8*	1,6 à 1,9	2,1*	1,8 à 2,5	0,7*	0,6 à 0,8	0,7*	0,6 à 0,8
Non†	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Niveau de scolarité								
Diplôme d'études postsecondaires†	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Études postsecondaires partielles	1,1	0,9 à 1,3	0,8	0,6 à 1,1	1,0	0,8 à 1,3	1,1	0,9 à 1,4
Diplôme d'études secondaires	0,9	0,8 à 1,0	0,8*	0,7 à 1,0	1,2*	1,0 à 1,3	1,0	0,9 à 1,2
Pas de diplôme d'études secondaires	0,5*	0,5 à 0,6	0,6*	0,6 à 0,8	1,9*	1,7 à 2,2	1,3*	1,2 à 1,5
Problème(s) de santé chronique(s)								
Aucun ou un†	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Deux et plus	0,6*	0,6 à 0,7	0,4*	0,4 à 0,5	4,4*	4,0 à 4,8	2,2*	2,0 à 2,5

* valeur significativement différente de l'estimation observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
† catégorie de référence
‡ variable continue
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la limite de confiance inférieure ou supérieure est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

Les questions

On a demandé aux participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (CCHS) de 2003 s'ils avaient subi une blessure durant les 12 derniers mois. On a ensuite posé à ceux qui ont répondu dans l'affirmative des questions sur la nature de la blessure la plus grave. Puis, on a demandé aux personnes dont la blessure la plus grave comprenait une fracture ou une cassure quelle partie du corps avait été atteinte. Trois groupes de fractures ont été utilisés aux fins de la présente analyse, soit *fracture de la hanche*, *fracture de la cuisse, du genou, de la partie inférieure de la jambe, de la cheville ou du pied,* et *fracture de l'épaule, du bras, du poignet ou de la main*.

Une variable dichotomique a été créée pour les *séquelles d'un accident vasculaire cérébral* à partir des réponses à une question demandant si la personne interrogée avait de tels problèmes actuellement. Les personnes dont c'était le cas et qui appartenaient en outre à l'un des groupes témoins des personnes ayant subi l'une des fractures en question ont été exclues de l'analyse; ainsi, les groupes de fractures représentaient les personnes ayant subi ces blessures mais ne souffrant pas en plus de séquelles d'un accident vasculaire cérébral. Les personnes interrogées pour lesquelles des données sur les blessures ou l'accident vasculaire cérébral étaient manquantes ont été exclues de l'analyse; ces personnes représentaient 241 participants à l'enquête, ou 1 % de l'échantillon pondéré de participants de 60 ans et plus.

Problème(s) de santé chronique(s) indique la présence autodéclarée de l'un ou de plusieurs des problèmes de santé suivants, en réponse à une question posée aux participants à l'ESCC : asthme, hypertension artérielle, bronchite chronique, emphysème, diabète, maladie du cœur, crise cardiaque (jamais), angine, insuffisance cardiaque congestive, cancer, ulcères, troubles intestinaux, démence, maladie thyroïdienne, schizophrénie, trouble de l'humeur ou anxiété.

Pour les *modalités de vie*, les participants à l'enquête ont été classés comme vivant avec des membres de leur famille s'ils vivaient avec leur conjoint ou partenaire avec ou sans leurs enfants, avec leurs enfants seulement ou avec un parent. « Vit avec d'autres personnes » saisit les personnes qui étaient seules mais vivaient avec d'autres personnes ou dont les modalités étaient autres que « vit seul » ou « vit avec des membres de sa famille ».

A eu besoin d'aide pour les AVQ ou AIVQ était fondé sur les réponses à plusieurs questions posées dans le cadre de l'ESCC. Deux questions portaient sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) : « À cause d'un état physique ou d'un état mental ou d'un problème de santé, avez-vous besoin d'aide d'une autre personne pour vos soins personnels comme vous laver, vous habiller, manger ou prendre des médicaments? » et « À cause d'un état physique ou d'un état mental ou d'un problème de santé, avez-vous besoin d'aide d'une autre personne pour vous déplacer dans la maison? ». Au sujet des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), on a posé la question suivante : « À cause d'un état physique ou d'un état mental ou d'un problème de santé, avez-vous besoin d'aide d'une autre personne pour préparer les repas?... vous rendre à des rendez-vous ou faire des commissions comme l'épicerie?... accomplir les tâches ménagères quotidiennes?... faire des gros travaux d'entretien comme faire le ménage du printemps ou travailler dans la cour?... vous occuper de vos finances personnelles comme faire des transactions bancaires ou des paiements de factures? ». Avoir besoin d'aide était une variable dichotomique codée « 1 » si la personne avait répondu « oui » à l'une quelconque de ces questions. Si une réponse n'était pas fournie, la personne était exclue de l'analyse de cette variable de besoins.

Ont été classées comme ayant un très fort sentiment *d'appartenance à la communauté* les personnes qui ont sélectionné la première réponse à la question « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est très fort, plutôt fort, plutôt faible, très faible? »

Reçu des soins à domicile subventionnés par l'État a été déterminé en demandant aux participants à l'enquête s'ils avaient « reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois dont le coût a été assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement? »

Environ 7 personnes sur 10, soit 71 %, du groupe des personnes ayant subi une fracture de la hanche souffraient également d'au moins un des 17 problèmes de santé chroniques identifiés aux fins de l'ESCC. Plus du tiers d'entre elles (37 %) ont déclaré souffrir de deux ou plus de ces problèmes de santé. La prévalence de problèmes de santé chroniques était comparable dans les autres groupes, sauf dans celui des personnes ayant survécu à un accident vasculaire cérébral, leurs résultats ayant démontré qu'elles étaient plus susceptibles d'être atteintes d'au moins un, ainsi que de plus d'un, problème de santé chronique.

Importance de la santé mentale

Selon toute vraisemblance, les personnes qui ont habité à domicile après s'être fracturé la hanche avaient conservé une mobilité et une résilience suffisantes et avaient le soutien qu'il leur fallait. En effet, la cote exprimant les chances que les personnes âgées de 60 ans et plus faisant partie de la population

Limites

Les interviews pour les 1 300 participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) âgés de 60 ans et plus (5,6 % du total pondéré utilisé) ont été menées par personne interposée; par conséquent, l'exactitude des réponses au sujet de l'autoévaluation de la santé générale et de l'état de santé comparativement à un an plus tôt ne peut être déterminée. Les questions sur la santé mentale, la satisfaction à l'égard de la vie et le sentiment d'appartenance à la communauté n'ont pas été posées dans les interviews menées par personne interposée et ont été codées comme « non déclaré ».

L'information fournie dans le cadre de l'ESCC était autodéclarée et les réponses n'ont pas été validées à l'externe. Aucun renseignement n'était disponible sur la chronologie des blessures ou tout accident vasculaire cérébral subi dans le passé. Les données sont transversales; aucune inférence ne peut être faite quant à la séquence temporelle d'événements ou aux relations de cause à effet. Même si les modalités de vie peuvent laisser supposer un certain soutien social, cette variable ne mesure pas la fréquence ou la qualité des contacts ni si un soutien ou de l'aide ont été fournis.

à domicile et ayant subi une fracture de la hanche évaluent leur santé mentale comme « très bonne » ou « excellente » était semblable à celle observée chez les personnes n'ayant pas subi de blessure grave et ne souffrant pas des séquelles d'un accident vasculaire cérébral (tableau 3). Un profil semblable se dégage en ce qui a trait au fait d'être « plutôt » à « très satisfait » face à la vie en général, ce qui est peut-être attribuable au sentiment d'appartenance à la communauté, même si bon nombre des personnes s'étant fracturé la hanche vivaient seules. La cote exprimant les chances de déclarer une bonne ou une excellente santé mentale était de 80 % plus élevée pour les personnes ayant déclaré avoir un « très fort »

Tableau 4

Rapports de cotes reliant la présence ou non d'une fracture et de séquelles d'un accident vasculaire cérébral et certaines autres caractéristiques au fait d'avoir eu besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, et pour les activités instrumentales de la vie quotidienne, et d'avoir reçu des soins à domicile subventionnés par l'État, population à domicile de 60 ans et plus, Canada, 2003

	A eu besoin d'aide pour les tâches entrant dans la catégorie des AVQ ou AIVQ		A eu besoin d'aide pour les tâches entrant dans la catégorie des AVQ		A reçu des soins à domicile subventionnés par l'État	
	Rapports de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapports de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapports de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Fracture au cours de la dernière année et/ou séquelles d'un accident vasculaire cérébral						
Fracture de la hanche, pas d'accident vasculaire cérébral	4,1*	2,0 à 8,5	7,9*	3,6 à 17,5	10,1*	5,2 à 19,5
Fracture de la cuisse, du genou, de la partie inférieure de la jambe, de la cheville ou du pied, pas d'accident vasculaire cérébral	1,3	0,8 à 2,0	1,8	0,8 à 4,2	2,6*	1,5 à 4,4
Fracture de l'épaule, du bras, du poignet ou de la main, pas d'accident vasculaire cérébral	1,4	1,0 à 2,1	1,4	0,8 à 2,5	2,8*	1,8 à 4,5
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral, pas de fracture	4,1	3,2 à 5,2	4,9*	3,4 à 7,0	2,9*	2,2 à 3,8
Pas de fracture, pas de séquelles d'un accident vasculaire cérébral†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Âge‡	1,1*	1,1 à 1,1	1,1*	1,1 à 1,1	1,1*	1,1 à 1,1
Sexe						
Hommes	0,4*	0,4 à 0,4	0,8	0,6 à 1,1	0,9	0,8 à 1,0
Femmes†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Modalités de vie						
Vit avec des membres de sa famille	0,8*	0,7 à 0,9	1,0	0,8 à 1,3	0,6*	0,5 à 0,7
Vit avec d'autres personnes, autres modalités de vie	1,2	1,0 à 1,5	1,9*	1,3 à 2,8	0,8	0,6 à 1,1
Vit seul†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Très fort sentiment d'appartenance à la communauté						
Oui	0,8*	0,8 à 0,9	0,8*	0,6 à 1,0	1,0	0,9 à 1,2
Non†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Niveau de scolarité						
Diplôme d'études postsecondaires†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Études postsecondaires partielles	0,9	0,7 à 1,1	1,0	0,6 à 1,6	0,9	0,6 à 1,2
Diplôme d'études secondaires	0,9	0,8 à 1,0	1,3	1,0 à 1,9	1,1	0,9 à 1,4
Pas de diplôme d'études secondaires	1,2*	1,1 à 1,3	1,6*	1,3 à 2,1	1,3*	1,1 à 1,6
Problème(s) de santé chronique(s)						
Aucun ou un†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Deux ou plus	2,8*	2,6 à 3,1	2,0*	1,6 à 2,5	2,2*	2,0 à 2,6

* valeur significativement différente de l'estimation observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
† catégorie de référence
‡ variable continue
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la limite de confiance inférieure ou supérieure est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

sentiment d'appartenance à la communauté que pour celles chez qui ce sentiment était plus faible.

Bien que les personnes âgées qui avaient subi une fracture de la hanche avaient une perception favorable de leur santé mentale et une satisfaction à l'égard de la vie en général, la cote exprimant les chances qu'elles évaluent leur santé générale comme « passable » ou « mauvaise » était près de trois fois plus élevée que la cote calculée pour les membres du groupe témoin (sans fracture et sans séquelles d'un accident vasculaire cérébral), et la cote exprimant la possibilité qu'elles trouvent leur santé « un peu/beaucoup moins bonne qu'il y a un an » était cinq fois plus élevée, même après que l'on ait contrôlé pour d'autres variables de confusion éventuelles.

Besoin d'aide

Parmi le groupe ayant subi une fracture de la hanche, la perte d'autonomie jouait vraisemblablement un rôle dans l'idée négative que se faisaient les participants de leur état de santé. Chez les adultes de 60 ans et plus qui avaient subi une telle blessure, la cote exprimant les chances d'avoir besoin d'aide pour accomplir différentes activités de la vie quotidienne (AVQ) ou d'autres activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) était quatre fois plus élevée que pour leurs homologues non blessés. Dans le cas d'AVQ ayant trait aux soins personnels comme prendre un bain ou s'habiller, la cote correspondante était huit fois plus élevée (tableau 4).

Résultat qui vient corroborer cette dépendance à l'égard d'autrui, la cote exprimant la possibilité que les personnes ayant subi une fracture de la hanche reçoivent des soins à domicile subventionnés par l'État était dix fois plus élevée que pour le groupe des non blessés et plus de trois fois plus élevée que pour celui des personnes ayant survécu à un accident vasculaire cérébral. Il y a peut-être lieu de croire que les adultes qui avaient subi une fracture de la hanche au cours des 12 mois ayant précédé l'interview de l'ESCC entretenaient des liens plus étroits avec les fournisseurs de soins de santé et d'aide sociale que ne le faisaient les personnes chez qui était survenu un accident vasculaire cérébral à un moment quelconque dans le passé.

Défis

Si l'on perçoit les fractures de la hanche comme faisant partie d'un continuum dont les efforts pour les prévenir représentent le point de départ, alors l'observation actuelle des participants à l'ESCC révèle les effets à plus long terme de la blessure, mais non la fin de l'histoire. Pour certains Canadiens plus âgés, éviter d'aller vivre en établissement constitue un objectif valable.

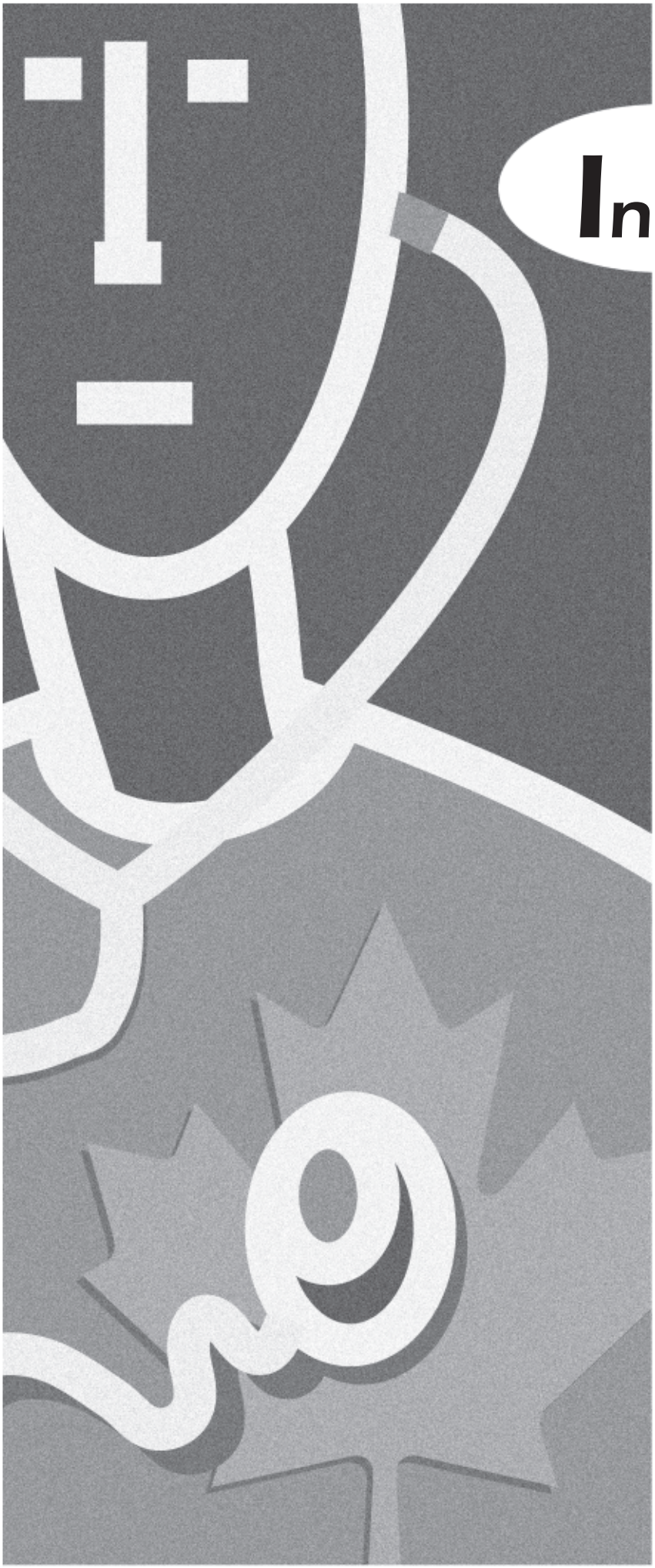
La population de 60 ans et plus sur laquelle porte l'analyse présente vraisemblablement les « meilleurs » cas de fractures de la hanche mis en congé d'un hôpital de soins de courte durée, puisqu'il s'agit de personnes qui ont par la suite réintégré la population à domicile. Malgré une propension relativement plus grande chez elles à évaluer leur santé comme mauvaise et à sentir une dépendance à l'égard d'autrui, ces personnes étaient tout aussi susceptibles que d'autres dans les mêmes âges n'ayant pas subi de fracture de déclarer une très bonne ou une excellente santé mentale et de se dire plutôt ou très satisfaites de la vie. Il s'agit là d'un détail important, car les résultats d'études donnent à penser qu'une bonne santé mentale peut prémunir contre le placement en établissement [8]. Or, on peut se demander si, dans cette relation, le commun dénominateur ne réside pas dans le très fort sentiment d'appartenance à la communauté évoqué par les personnes ayant subi une fracture de la hanche.

Gisèle Carrière (604-666-5907; Gisele.Carrière@statcan.ca) travaille à la Division de l'information et de la recherche sur la santé à Statistique Canada. Elle est rattachée au Bureau de la région de l'Ouest et des Territoires du Nord à Vancouver, en Colombie-Britannique.

Références

1. W.E. Wiktorowicz, R. Goeree, A. Papaioannou *et al.,* « Economic implications of hip fracture: Health service use, institutional care and cost in Canada », *Osteoporosis International*, 12, 2001, p. 271-278.
2. K. Wilkins, « Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 11(1), 1999, p. 49-58 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
3. Y. Béland, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie, *Rapports sur la santé,* 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
4. R. Andersen et J.F. Newman, « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 1973, p. 95-124.
5. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête,* 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, nº 12-001 au catalogue).
6. K. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
7. K. Wilkins, « Blessures », *Rapports sur la santé*, 15(3), 2004, p. 47-52 (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue).
8. R.A. Marottoli, L.F. Berkman, M.P.H. Leo-Summers *et al.,* « Predictors of mortality and institutionalization after hip fracture: The New Haven EPESE Cohort », *American Journal of Public Health,* 84(11), 1994, p. 1807-12.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Index par sujet

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca

Index par sujet, volumes 1 à 18

A

Abus conjugaux

Voir Violence familiale

Accessibilité aux services de santé

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

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

Aller chez le médecin. A. Nabalamba et W.J. Millar, 18(1), 2007, p. 25-39.

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaire. W.J. Millar et D. Locker, 11(1), 1999, p. 59-72.

Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. C. Sanmartin, C. Houle, S. Tremblay *et al.*, 13(3), 2002, p. 17-24.

Consultation des médecins et des infirmières. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 49-52.

Disparités des régimes d'assurance-médicaments. W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 9-30.

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen *et al.*, 17(2), 2006, p. 35-45.

Hôpitaux de l'Ontario – fusions, séjours abrégés et réhospitalisations. C.E. Pérez, 14(1), 2002, p. 29-41.

Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein. C.I. Neutel, R. Gao, L. Gaudette *et al.,* 16(1), 2004, p. 19-33.

Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation. W.J. Millar, 13(1), 2001, p. 9-24.

Le recours aux soins de santé non traditionnels. J. Park, 16(2), 2005, p. 41-44.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement. K. Wilkins, 17(4), 2006, p. 41-45.

Soins de santé: besoins non satisfaits. J. Chen et F. Hou, 13(2), 2002, p. 27-40.

Tendances de la vaccination contre la grippe au Canada, 1996-1997 à 2005. J.C. Kwong, L.C. Rosella et H. Johansen, 18(4), 2007, p. 9-20.

Utilisation des salles d'urgence. G. Carrière, 16(1), 2004, p. 37-42.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 16(supplément), 2006, p. 35-50.

Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. G. Carrière, 17(4), 2006, p. 47-51.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al*., 15(2), 2004, p. 35-46.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. H. Johansen, C. Sambell et W. Zhao, 17(2), 2006, p. 49-55.

Accidents

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

Les accidents au Canada : décès et hospitalisation. R. Riley et P. Paddon, 1(1), 1989, p. 23-50.

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

Blessures au travail. K. Wilkins et S.G. Mackenzie, 18(3), 2007, p. 27-45.

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Chutes, gens âgés et recours aux services de santé. K. Wilkins, 10(4), 1999, p. 47-57.

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

Décès liés aux armes à feu. K. Wilkins, 16(4), 2005, p. 41-47.

Les noyades : recoupement des codes de causes extérieures et de la nature du traumatisme. A. Brancker, 1(2), 1989, p. 225-228.

Stress et bien-être dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Accident cérébrovasculaire

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

Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute. H. Johansen, M. Nargundkar, C. Nair *et al.,* 9(4), 1997, p. 19-30.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Adolescent(e)

Voir Jeunesse

Aînés

Voir aussi Vieillissement

Des aînés en bonne santé. M. Shields et L. Martel, 16(supplément), 2006, p. 7-21.

Aller chez le médecin. A. Nabalamba et W.J. Millar, 18(1), 2007, p. 25-39.

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

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

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

Chutes, gens âgés et recours aux services de santé. K. Wilkins, 10(4), 1999, p. 47-57.

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

Les conducteurs âgés — un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

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

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

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

L'état de santé des personnes âgées. M. Shields et J. Chen, 11(3), 2000, p. 53-69.

Fauteuils roulants et autres appareils d'aide à la mobilité. M. Shields, 15(3), 2004, p. 41-46.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées. K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

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

Les persones âgées : bilan de santé et entraide familiale. L. Lapierre, 2(3), 1990, p. 253-268.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S.A. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, 14(4), 2003, p. 33-43.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

La polymédication chez les personnes âgées, W.J. Millar, 9(4), 1998, p. 11-18.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

Problèmes d'audition chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(4), 2005, p. 53-56.

Problèmes de vision chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 49-54.

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

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

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

Résultats des fractures de la hanche chez la population à domicile. G. Carrière, 18(4), 2007, p. 41-47.

Les soins à domicile au Canada. K. Wilkins et E. Park, 10(1), 1998, p. 31-40.

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement. K. Wilkins, 17(4), 2006, p. 41-45.

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

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Soutien social et mortalité chez les personnes âgées. K. Wilkins, 14(3), 2003, p. 23-37.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 16(supplément), 2006, p. 35-50.

Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. G. Carrière, 17(4), 2006, p. 47-51.

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il ? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Alcool

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

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

Consommation modérée d'alcool et maladie cardiaque. K. Wilkins, 14(1), 2002, p. 9-28.

Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. M. Tjepkema, 15(supplément), 2004, p. 9-21.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. C. Pérez, 11(3), 2000, p. 93-101.

Heures de travail et santé des élèves à temps plein. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 11-23.

Les passagers de conducteurs en état d'ivresse. C.E. Pérez, 16(2), 2005, p. 37-40.

Vers de meilleures habitudes de vie. W.J. Millar, 3(4), 1991, p. 363-370.

Allaitement

L'allaitement maternel. W. Millar et H. Maclean, 16(2), 2005, p. 25-34.

Anévrismes de l'aorte, abdominale

Chirurgie des anérismes de l'aorte abdominale : différence selon le sexe. G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, 9(1), 1997, p. 9-18.

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

Arthrite

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids. K. Wilkins, 15(1), 2004, p. 43-54.

Assurance-maladie

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaire. W.J. Millar et D. Locker, 11(1), 1999, p. 59-72.

Disparités des régimes d'assurance-médicaments. W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 9-30.

Le programme national d'assurance-maladie et la pratique privée de la psychiatrie. A. Richman, 3(3), 1991, p. 221-227.

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments. P. Grootendorst, E.C. Newman et M.A.H. Levine, 14(2), 2003, p. 37-51.

Asthme

L'asthme. Y. Chen, H. Johansen, S. Thillaiampalam *et al.,* 16(2), 2005, p. 45-49.

L'asthme chez l'enfant. W.J. Millar et G.B. Hill, 10(3), 1998, p. 9-22.

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

Avortements

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

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

Les avortements thérapeutiques au Canada pour l'année, 1987. S. Wadhera, 1(2), 1989, p. 229-245.

Les avortements thérapeutiques au Canada de 1970 à 1988. S. Wadhera, 2(3), 1990, p. 229-252.

Avortements thérapeutiques, Canada et provinces, 1989. S. Wadhera et J. Strachan, 3(2), 1991, p. 182-188.

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

État matrimonial et avortements. S. Wadhera et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 19-27.

Grossesse chez les adolescents. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. S. Wadhera et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 9-17.

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

Avortements spontanés
Voir aussi Avortements

Grossesse chez les adolescents. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. S. Wadhera et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 9-17.

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

B

Bases de données

Base de données sur les principaux indicateurs de santé. J.L. Menic, 2(2), 1990, p. 127-139.

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

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

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

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

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

Blessures
Voir aussi Accidents

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

Blessures au travail. K. Wilkins et S.G. Mackenzie, 18(3), 2007, p. 27-45.

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Facteurs liés au port du casque à vélo. W.J. Millar et I.B. Pless, 9(2), 1997, p. 33-42.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Résultats des fractures de la hanche chez la population à domicile. G. Carrière, 18(4), 2007, p. 41-47.

Utilisation des salles d'urgence. G. Carrière, 16(1), 2004, p. 37-42.

C

Cancer

Cancer du côlon et du rectum : incidence et mortalité. L. Gibbons, C. Waters, Y. Mao *et al*., 12(2), 2001, p. 47-62.

Cancer : incidence, mortalité et morbidité hospitalière au Canada. A. Brancker, 1(1), 1989, p. 51-67.

Le cancer au Canada en 1984. L. Gaudette, 1(2), 1989, p. 189-209.

Cancer de la prostate: dépistage, incidence, chirurgie et mortalité. L. Gibbons et C. Waters, 14(3), 2003, p. 9-21.

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

Cancer du poumon et usage du tabac au Canada. A. Brancker, 2(1), 1989, p. 67-83.

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

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

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

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

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

Évolution des tendances de l'incidence du mélanome et de la mortalité par ce cancer. L.A. Gaudette et R.-N. Gao, 10(2), 1998, p. 33-46.

Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein. C.I. Neutel, R.-N Gao, L. Gaudette *et al.,* 16(1), 2004, p. 19-33.

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

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

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

L'incidence du cancer et de la mortalité par cancer au Canada. L.A. Gaudette, C.A. Altmayer, M. Wysocki *et al*., 10(1), 1998, p. 55-72.

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

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

Le non-respect des lignes directrices quant au test de Papanicolaou. J. Lee, G.F. Parsons et J. Gentleman, 10(1), 1998, p. 9-21.

Le point sur la mortalité par cancer du sein, 1995. L.A. Gaudette, R.-N. Gao, M. Wysocki *et al*., 9(1), 1997, p. 33-36.

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. L.D. Marrett et E. Weir, 5(1), 1993, p. 11-16.

Les principaux cancers – évolution de la survie relative à cinq ans. L.F. Ellison et L. Gibbons, 15(2), 2004, p. 19-33.

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

Qui ne se fait pas mammographier? J.F. Gentleman et J. Lee, 9(1), 1997, p. 19-29.

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

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

Statistiques canadiennes sur le cancer, 1990. L.A. Gaudette et G.B. Hill, 2(2), 1989, p. 103-126.

Statistiques canadiennes du cancer, 1991. L.A. Gaudette, M. Illing et G.B. Hill, 3(2), 1991, p. 107-135.

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

Survie au cancer – prévisions mises à jour d'après l'analyse par période. L.F. Ellison et L. Gibbons, 17(2), 2006, p. 21-34.

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

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

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

Taux relatifs de survie à cinq ans – cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon. L.F. Ellison, L. Gibbons et le Groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada, 13(1), 2001, p. 25-38.

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

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

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

Tendances relatives à l'utilisation de la mammographie, 1981 à 1994. L. Gaudette, C.A. Altmayer et K. Nobrega, 8(3), 1997, p. 19-30.

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

Causes de décès

Voir Décès
Suicide

Césariennes

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

Risques de la maternité à un âge avancé. Y.C. MacNab, J. Macdonald et T.A. Tuk, 9(2), 1997, p. 43-53.

Tendances qui se dégagent des données sur les césariennes au Canada. C. Nair, 3(3), 1991, p. 203-219.

Chirurgie

Analyse de la fréquence des interventions chirurgicales au Canada. J.F. Gentleman, R. Wilkins, C. Nair *et al.,* 3(4), 1991, p. 291-309.

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Cancer de la prostate: dépistage, incidence, chirurgie et mortalité. L. Gibbons et C. Waters, 14(3), 2003, p. 9-21.

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différence selon le sexe. G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, 9(1), 1997, p. 9-18.

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

Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein. C.I. Neutel, R.Gao, L. Gaudette *et al.,* 16(1), 2004, p. 19-33.

Hystérectomie, 1981-1982 à 1996-1997. W.J. Millar, 12(2), 2001, p. 9-24.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Pontages aorto-coronariens au Canada. S. Peters, K, Chagani, P. Paddon *et al.,* 2(1), 1989, p. 9-26.

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

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

Collecte de données

Voir aussi Enquêtes sur la santé

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

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

Enquête canadienne sur les mesures de la santé : aperçu de la stratégie d'échantillonnage. S. Giroux, 18(supplément), 2007, p. 35-40.

Enquête canadienne sur les mesures de la santé : aspects opérationnels et logistiques de la clinique. S. Bryan, M. St-Denis et D. Wojtas, 18(supplément), 2007, p. 59-78.

Enquête canadienne sur les mesures de la santé : questions éthiques, juridiques et sociales. B. Day, R. Langlois, M. Tremblay et B.-M. Knoppers, 18(supplément), 2007, p. 41-58.

Enquête canadienne sur les mesures de la santé : raison d'être, contexte et aperçu. M. Tremblay, M. Wolfson et S. Connor Gorber, 18(supplément), 2007, p. 7-21.

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

Enquête natonale sur la santé de la population – déclaration par procuration. M. Shields, 12(1), 2000, p. 23-44.

Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale. L. Swain, G. Catlin et Marie P. Beaudet, 10(4), 1999, p. 73-89.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie. Y. Béland, 13(3), 2002, p. 9-15.

Étude des exploitants agricoles canadiens : Méthodologie. D.A. Jordan-Simpson, M.E. Fair et C. Poliquin, 2(2), 1989, p. 141-155.

Information sur la santé : déclaration par procuration. M. Shields, 15(3), 2004, p. 23-37.

Prétest de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé : conception, méthodologie, résultats. M. Tremblay, R. Langlois, S. Bryan *et al.,* 18(supplément), 2007, p. 23-34.

Résumé du groupe de travail national sur l'information en matière de santé - un sommaire. J.W. Coombs, 3(4), 1991, p. 349-361.

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

Trousse de collecte de données pour les études de suivi médical. M. Carpenter et M.E. Fair, 2(2), 1989, p. 157-173.

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

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

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments. P. Grootendorst, E.C. Newman et M.A.H. Levine, 14(2), 2003, p. 37-51.

Vers une meilleure utilisation des enregistrements sur la santé à des fins statistiques. R. Lussier et D.F. Bray, 3(3), 1991, p. 259-268.

Comportement de l'adolescent(e)

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

Deuxièmes naissances ou naissances subséquentes chez les adolescents. M. Rotermann, 18(1), 2007, p. 43-47.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. M. Shields, 17(3), 2006, p. 27-43.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

Heures de travail et santé des élèves à temps plein. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 11-23.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

Les passagers de conducteurs en état d'ivresse. C.E. Pérez, 16(2), 2005, p. 37-40.

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes. M. Rotermann, 16(3), 2005, p. 47-53.

Relations sexuelles précoces. D. Garriguet, 16(3), 2005, p. 11-21.

Usage du tabac chez les jeunes. M. Shields, 16(3), 2005, p. 61-66.

Comportement sexuel

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes. M. Rotermann, 16(3), 2005, p. 47-53.

Relations sexuelles précoces. D. Garriguet, 16(3), 2005, p. 11-21.

Conducteurs

Les conducteurs âgés — un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

Les passagers de conducteurs en état d'ivresse. C.E. Pérez, 16(2), 2005, p. 37-40.

Consommation de drogues

Voir aussi Usage de médicaments

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. M. Tjepkema, 15(supplément), 2004, p. 9-21.

Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicites. M. Tjepkema, 15(4), 2004, p. 45-50.

Contraception

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet *et al.*, 11(4), 2000, p. 27-41.

Coroners et médecins légistes

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

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

D

Décès

Voir aussi Causes de décès
Suicide

Les accidents au Canada : décès et hospitalisation. R. Riley et P. Paddon, 1(1), 1989, p. 23-50.

Cancer : incidence, hospitalisations et décès au Canada. A. Brancker, 1(1), 1989, p. 51-67.

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

Causes multiples de décès. K. Wilkins, M. Wysocki, C. Morin *et al.,* 9(2), 1997, p. 21-32.

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

Décès liés aux armes à feu. K. Wilkins, 16(4), 2005, p. 41-47.

Diminution des écarts de mortalité, de 1978 à 1995. F. Nault, 9(1), 1997, p. 37-43.

Espérence de vie. J. St-Arnaud, M.P. Beaudet et P. Tully, 17(1), 2005, p. 45-49.

L'espérance de vie. J. Gilmore et B. Wannell, 11(3), 2000, p. 9-26.

Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986. R. Wilkins, O. Adams et A. Brancker, 1(2), 1989, p. 137-174.

Évolution des tendances de l'incidence du mélanome et de la mortalité par ce cancer. L.A. Gaudette et R.-N. Gao, 10(2), 1998, p. 33-46.

L'incidence du cancer et de la mortalité par cancer au Canada. L.A. Gaudette, C.A. Altmayer, M. Wysocki *et al.*, 10(1), 1998, p. 55-72.

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. M. Wolfson, 11(3), 2000, p. 85-91.

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

Maladie de Crohn et colite ulcéreuse : Morbidité et mortalité. R. Riley, 2(4), 1990, p. 343-359.

Maladies de l'appareil circulatoire – hospitalisation et mortalité. H. Johansen, S. Thillaiampalam, D. Nguyen *et al.*, 17(1), 2005, p. 51-55.

Mortalité –Tendances dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

Mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires au Canada: Première génération d'immigrants et personnes nées au Canda. C. Nair, M. Nargundkar, H. Johansen *et al.,* 2(3), 1990, p. 203-228.

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

La mortalité dans les régions métropolitaines. H. Gilmour et J.F. Gentleman, 11(1), 1999, p. 9-20.

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

Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995. F. Nault, 9(3), 1998, p. 43-51.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Mortalité–Tendances dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2000, p. 45-51.

Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins *et al.*, 10(2), 1998, p. 57-70.

Les noyades : recoupement des codes de causes extérieures et de la nature du traumatisme. A. Brancker, 1(2), 1989, p. 225-228.

Le point sur la mortalité par cancer du sein, 1995. L.A. Gaudette, R.-N. Gao, M. Wysocki *et al.*, 9(1), 1997, p. 33-36.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

Les principaux cancers – évolution de la survie relative à cinq ans. L.F. Ellison et L. Gibbons, 15(2), 2004, p. 19-33.

Profils mensuels et quotidiens des décès. R. Trudeau, 9(1), 1997, p. 45-53.

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

Le suicide chez les immigrants au Canada. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

Survie au cancer – prévisions mises à jour d'après l'analyse par période. L.F. Ellison et L. Gibbons, 17(2), 2006, p. 21-34.

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

Soutien social et mortalité chez les personnes âgées. K. Wilkins, 14(3), 2003, p. 23-37.

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

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13(supplément), 2002, p. 51-79.

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

Ulcère gastro-duodénal : mortalité et hospitalisation. R. Riley, 3(3), 1991, p. 245-257.

Démence

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

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il ? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Dépendance

Voir aussi Limitations d'activités
Soutien social

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

Espérance de santé selon la statut d'immigrant, 1986 et 1991. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, 8(3), 1997, p. 31-41.

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

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, 14(4), 2003, p. 33-43.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

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

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il ? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Dépression

Voir aussi Santé mentale

Les conséquences de l'activité physique sur la santé. J. Chen et W.J. Millar, 11(1), 1999, p. 21-31.

Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. M. Tjepkema, 15(supplément), 2004, p. 9-21.

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

La dépression et les problèmes au travail. H. Gilmour et S.B. Patten, 18(1), 2007, p. 9-24.

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

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Rupture conjugale et dépression subséquente. M. Rotermann, 18(2), 2007, p. 35-46.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13(supplément), 2002, p. 113-124.

Santé psychologique—la dépression. M.P. Beaudet, 11(3), 2000, p. 71-84.

Le stress et la dépression au sein de la population occupée. M. Shields, 17(4), 2006, p. 11-31.

Trouble d'anxiété sociale – plus que de la timidité. M. Shields, 15(supplément), 2004, p. 49-67.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Trouble panique et comportements d'adaptation. P.L. Ramage-Morin, 15(supplément), 2004, p. 35-48.

Diabète sucré

Évolution du diabète: prévalence, incidence et facteurs de risque. W.J. Millar et T.K. Young, 14(3), 2003, p. 39-52.

La santé des diabétiques au Canada. R. James, T. K. Young, C. A. Mustard *et al.,* 9(3), 1998, p. 53-9.

Divorce

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

Les divorces au Canada, 1988. O. Adams, 2(1), 1989, p. 57-66.

Divorces des années 1990. J.F. Gentleman et E. Park, 9(2), 1997, p. 57-62.

Rupture conjugale et dépression subséquente. M. Rotermann, 18(2), 2007, p. 35-46.

Douleur

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

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

Insomnie. M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

Migraine. H. Gilmour et K. Wilkins, 12(2), 2001, p. 25-45.

Stress et bien-être dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

E

Emploi

Blessures au travail. K. Wilkins et S.G. Mackenzie, 18(3), 2007, p. 27-45.

La dépression et les problèmes au travail. H. Gilmour et S.B. Patten, 18(1), 2007, p. 9-24.

Heures de travail et santé des élèves à temps plein. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 11-23.

L'insatisfaction au travail. M. Shields, 17(4), 2006, p. 35-40.

Interdictions de fumer : leur incidence sur la prévalence de l'usage de la cigarette. M. Shields, 18(3), 2007, p. 9-26.

Le stress au travail chez les prestateurs de soins de santé. K. Wilkins, 18(4), 2007, p. 35-39.

Le stress et la dépression au sein de la population occupée. M. Shields, 17(4), 2006, p. 11-31.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Enfants

Voir aussi Jeunesse

L'asthme chez l'enfant. W.J. Millar et G.B. Hill, 10(3), 1998, p. 9-22.

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

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

Deuxièmes naissances ou naissances subséquentes chez les adolescents. M. Rotermann, 18(1), 2007, p. 43-47.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. M. Shields, 17(3), 2006, p. 27-43.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14(supplément), 2003, p. 19-32.

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

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

L'état de santé des enfants. R. Wilkins et C. Houle, 11(3), 2000, p. 27-38.

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

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995. F. Nault, 9(3), 1997, p. 43-50.

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

Relations sexuelles précoces. D. Garriguet, 16(3), 2005, p. 11-21.

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

Témoins de violence – l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants. K. Moss, 14(supplément), 2003, p. 59-73.

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

Usage du tabac chez les jeunes. M. Shields, 16(3), 2005, p. 61-66.

Enquêtes sur la santé

Voir aussi Collecte de données

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

Enquête canadienne sur les mesures de la santé : aperçu de la stratégie d'échantillonnage. S. Giroux, 18(supplément), 2007, p. 35-40.

Enquête canadienne sur les mesures de la santé : aspects opérationnels et logistiques de la clinique. S. Bryan, M. St-Denis et D. Wojtas, 18(supplément), 2007, p. 59-78.

Enquête canadienne sur les mesures de la santé : questions éthiques, juridiques et sociales. B. Day, R. Langlois, M. Tremblay et B.-M. Knoppers, 18(supplément), 2007, p. 41-58.

Enquête canadienne sur les mesures de la santé : raison d'être, contexte et aperçu. M. Tremblay, M. Wolfson et S. Connor Gorber, 18(supplément), 2007, p. 7-21.

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

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

Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale. L. Swain, G. Catlin et Marie P. Beaudet, 10(4), 1999, p. 73-89.

Enquête natonale sur la santé de la population – déclaration par procuration. M. Shields, 12(1), 2000, p. 23-44.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie. Y. Béland, 13(3), 2002, p. 9-15.

Enquête sur la santé et les limitations d'activités. M.K. Hamilton, 1(2), 1989, p. 175-209.

Information sur la santé: déclaration par procuration. M. Shields, 15(3), 2004, p. 23-37.

La mesure de l'état de santé des Canadiens : un programme en vue de l'établissement d'enquêtes sur la santé. T. Stephens, 3(2), 1991, p. 137-148.

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

Prétest de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé : conception, méthodologie, résultats. M. Tremblay, R. Langlois, S. Bryan *et al.,* 18(supplément), 2007, p. 23-34.

Espérance de vie

Voir aussi Statistiques de l'état civil

Diminution des écarts de mortalité de 1978 à 1995. F. Nault, 9(1), 1997, p. 37-43.

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

Espérance de vie. J. St-Arnaud, M.P. Beaudet et P. Tully, 17(1), 2005, p. 45-49.

L'espérance de vie. J. Gilmore et B. Wannell, 11(3), 2000, p. 9-26.

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

Espérance de vie au Canada : un aperçu. O. Adams, 2(4), 1990, p. 361-376.

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

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot *et al.,* 13(4), 2002, p. 53-66.

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

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. M. Wolfson, 11(3), 2000, p. 85-91.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Mortalité – Tendances dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13(supplément), 2002, p. 51-79.

Établissements de soins de santé

Voir aussi Hôpitaux

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

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

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

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

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il ? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Exercice

Les Canadiens physiquement actifs. H. Gilmour, 18(3), 2007, p. 49-70.

Commencer et continuer à faire de l'exercice. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 35-47.

Les conséquences de l'activité physique sur la santé. J. Chen et W.J. Millar, 11(1), 1999, p. 21-31.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14(supplément), 2003, p. 19-32.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. C. Pérez, 11(3), 2000, p. 93-101.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 25-34.

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

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

La santé : à prendre ou à laisser dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2000, p. 11-21.

F

Familles monoparentales

Rupture conjugale et dépression subséquente. M. Rotermann, 18(2), 2007, p. 35-46.

La santé des mères seules. C. Pérez et M.P. Beaudet, 11(2), 1999, p. 23-36.

Fertilité

Voir aussi Grossesse
Naissances

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

Évolution de la fécondité au Canada, 1971-1988 : premières naissances après 30 ans. S. Wadhera et W.J. Millar, 3(2), 1991, p. 149-162.

La grossesse chez les adolescentes de 1974 à 1994. S. Wadhera et W.J. Millar, 9(3), 1997, p. 9-18.

Risques de la maternité à un âge avancé. Y.C. MacNab, J. Macdonald et T.A. Tuk, 9(2), 1997, p. 43-53.

Tendances observées dans les taux de natalité et de fécondité, au Canada, 1921 à 1987. S. Wadhera, 1(2), 1989, p. 211-223.

Fractures

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

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

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées. K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

Résultats des fractures de la hanche chez la population à domicile. G. Carrière, 18(4), 2007, p. 41-47.

G

Grossesse

Voir aussi Fertilité
Naissances

Consommation de médicaments par les femmes enceintes. D. Garriguet, 17(2), 2006, p. 9-20.

L'état de santé des enfants. R. Wilkins et C. Houle, 11(3), 2000, p. 27-38.

La grossesse à l'adolescence, Canada, 1975-1989. S. Wadhera et J. Strachan, 3(4), 1990, p. 327-347.

Grossesse chez les adolescentes. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

La grossesse chez les adolescentes de 1974 à 1994. S. Wadhera et W.J. Millar, 9(3), 1997, p. 9-17.

Grossesse et usage du tabac. W.J. Millar et G. Hill, 15(4), 2004, p. 55-58.

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

L'issue de la grossesse, le milieu social et la santé de l'enfant. J. Chen et W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 59-71.

Issues de la grossesse selon le revenu du quartier et l'immigration récente à Toronto. M.L. Urquia, J.W. Frank, R.H. Glazier et R. Moineddin, 18(4), 2007, p. 21-32.

Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin. W.J. Millar et J. Chen, 10(2), 1998, p. 47-56.

Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins *et al*., 10(2), 1998, p. 57-70.

Risques de la maternité à un âge avancé. Y.C. MacNab, J. Macdonald et T.A. Tuk, 9(2), 1997, p. 43-53.

Supplément d'acide folique. W.J. Millar, 15(3), 2004, p. 53-56.

L'utilisation des services hospitaliers et la grossesse. T. Werschler, 10(1), 1998, p. 23-30.

H

Hôpitaux

Voir aussi Établissements de soins de santé

Les hôpitaux généraux publics – tendances chronologiques. P. Mix, 3(1), 1991, p. 59-78.

Mesures des extrants et de la productivité des hôpitaux : omission des soins aux malades externes. M.B. MacLean et P. Mix, 3(3), 1991, p. 229-244.

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

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

Hormonothérapie substitutive

Caractéristiques des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive. M.P. Beaudet, W. Walop et C. Le Petit, 9(2), 1997, p. 9-19.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Hospitalisation

Les accidents au Canada : décès et hospitalisation. R. Riley et P. Paddon, 1(1), 1989, p. 23-50.

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Cancer : incidence, mortalité et morbidité hospitalière au Canada. A. Brancker, 1(1), 1989, p. 51-67.

Caractéristiques des utilisateurs des services hospitaliers. K. Wilkins, et E. Park, 9(3), 1998, p. 29-39.

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

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

Hôpitaux de l'Ontario – fusions, séjours abrégés et réhospitalisations. C.E. Pérez, 14(1), 2002, p. 29-41.

Les hôpitaux généraux publics – tendances chronologiques. P. Mix, 3(1), 1991, p. 59-78.

Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein. C.I. Neutel, R.Gao, L. Gaudette *et al.,* 16(1), 2004, p. 19-33.

Hystérectomie, 1981-1982 à 1996-1997. W.J. Millar, 12(2), 2001, p. 9-24.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair, L. Mao *et al.,* 13(2), 2002, p. 41-55.

Maladie de Crohn et colite ulcéreuse : morbidité et mortalité. R. Riley, 2(4), 1990, p. 343-359.

Maladies de l'appareil circulatoire – hospitalisation et mortalité. H. Johansen, S. Thillaiampalam, D. Nguyen *et al.*, 17(1), 2005, p. 51-55.

Maladies inflammatoires de l'intestin : hospitalisation. A. Nabalamba, C.N. Bernstein et C. Seko, 15(4), 2004, p. 25-41.

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

Services de santé/Autotraitement dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

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

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

Tendances actuelles et futures en matière d'hospitalisation après une crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair et G. Taylor, 10(2), 1998, p. 23-31.

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

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

Le traitement des troubles mentaux dans les hôpitaux. R. Riley et A. Richman, 2(1), 1990, p. 37-56.

Ulcère gastro-duodénal : mortalité et hospitalisation. R. Riley, 3(3), 1991, p. 245-257.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 2006, 16(supplément), p. 35-50.

L'utilisation des services hospitaliers et la grossesse. T. Werschler, 10(1), 1998, p. 23-30.

Hypertension

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

Consommation de sodium à tous les âges. D. Garriguet, 18(2), 2007, p. 49-55.

Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute. H. Johansen, M. Nargundkar, C. Nair *et al.*, 9(4), 1997, p. 19-30.

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

Maladie du coeur et population en âge de travailler. H. Johansen, 10(4), 1999, p. 31-45.

Hystérectomie

Hystérectomie, 1981-1982 à 1996-1997. W.J. Millar, 12(2), 2001, p. 9-24.

I

Immigrants

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

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Issues de la grossesse selon le revenu du quartier et l'immigration récente à Toronto. M.L. Urquia, J.W. Frank, R.H. Glazier et R. Moineddin, 18(4), 2007, p. 21-32.

Mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires au Canada : première génération d'immigrants et personnes nées au Canada. C. Nair, M. Nargundkar, H. Johansen *et al.*, 2(3), 1990, p. 203-228.

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

Obésité, embonpoint et origine ethnique. M.S. Tremblay, C.E. Pérez, C.I Ardern *et al.*, 16(4), 2005, p. 25-37.

Le suicide chez les immigrants au Canada. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

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

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13(supplément), 2002, p. 113-124.

Taux de mortalité par suicide au Canada : première génération d'immigrants et personnes nées au Canada. J. Strachan, H. Johansen, C. Nair *et al.*, 2(4), 1990, p. 327-341.

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

Incapacité

Voir Limitations d'activités

Indicateurs de l'état de santé

Voir aussi Espérance de vie

Appartenance à la collectivité et santé. N. Ross, 13(3), 2002, p. 35-42.

Base de données sur les principaux indicateurs de santé. J.L. Menic, 2(2), 1990, p. 127-139.

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

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13(supplément), 2002, p. 37-50.

Déterminants de l'autoévaluation de la santé. M. Shields et S. Shooshtari, 13(1), 2001, p. 39-63.

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

Effet des problèmes de santé chroniques. S.E. Schultz et J.A. Kopec, 14(4), 2003, p. 45-58.

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

Espérence de vie. J. St-Arnaud, M.P. Beaudet et P. Tully, 17(1), 2005, p. 45-49.

L'espérance de vie. J. Gilmore et B. Wannell, 11(3), 2000, p. 9-26.

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

L'état de santé à l'âge mûr. J. Chen et M. Shields, 11(3), 2000, p. 39-52.

L'état de santé des enfants. R. Wilkins et C. Houle, 11(3), 2000, p. 27-38.

L'état de santé des personnes âgées. M. Shields et J. Chen, 11(3), 2000, p. 53-69.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

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

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

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

La santé des résidents du Nord. B. Diverty et C. Pérez, 9(4), 1997, p. 51-61.

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

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

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

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13(supplément), 2002, p. 51-79.

J

Jeunesse

Voir aussi Comportement de l'adolescent(e)
Enfants

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

Deuxièmes naissances ou naissances subséquentes chez les adolescents. M. Rotermann, 18(1), 2007, p. 43-47.

Différences régionales en matière d'obésité. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 65-71.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. M. Shields, 17(3), 2006, p. 27-43.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14(supplément), 2003, p. 19-32.

État de santé des enfants. R. Wilkins et C. Houle, 11(3), 1999, p. 27-38.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

Facteurs liés au port du casque à vélo. W.J. Millar et I.B. Pless, 9(2), 1997, p. 33-42.

Grossesse chez les adolescentes. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

La grossesse à l'adolescence, Canada, 1975-1989. S. Wadhera et J. Strachan, 3(4), 1990, p. 327-347.

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. S. Wadhera et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 9-17.

Heures de travail et santé des élèves à temps plein. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 11-23.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes. M. Rotermann, 16(3), 2005, p. 47-53.

Relations sexuelles précoces. D. Garriguet, 16(3), 2005, p. 11-21.

Usage du tabac chez les jeunes. M. Shields, 16(3), 2005, p. 61-66.

L

Limitations d'activités

Des aînés en bonne santé. M. Shields et L. Martel, 16(supplément), 2006, p. 7-21.

Les canadiens ayant une incapacité et vivant en établissement. J.M. Dowler et D.A. Jordan-Simpson, 2(1), 1989, p. 27-36.

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

Enquête sur la santé et les limitations d'activités. M.K. Hamilton, 1(2), 1989, p. 175-209.

Enquête sur la santé et les limitations d'activités : l'incapacité et les autochtones au Canada. M.K. Hamilton, 2(3), 1990, p. 279-287.

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

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot *et al.,* 13(4), 2002, p. 53-66.

L'état de santé à l'âge mûr. J. Chen et M. Shields, 11(3), 2000, p. 39-52.

L'état de santé des personnes âgées. M. Shields et J. Chen, 11(3), 2000, p. 53-69.

Fauteuils roulants et autres appareils d'aide à la mobilité. M. Shields, 15(3), 2004, p. 41-46.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

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

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

Les personnes ayant une incapacité et leur participation aux loisirs. J.M. Dowler et D.A. Jordan-Simpson, 2(3), 1990, p. 269-277.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

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

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement. K. Wilkins, 17(4), 2006, p. 41-45.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. G. Carrière, 17(4), 2006, p. 47-51.

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il ? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

M

Maisons de santé

Voir Établissements de soins de santé

Maladie d'Alzheimer

Voir Démence

Maladies du système circulatoire

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

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

Consommation modérée d'alcool et maladie cardiaque. K. Wilkins, 14(1), 2002, p. 9-28.

Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute. H. Johansen, M. Nargunkar, C. Nair *et al.*, 9(4), 1998, p. 19-30.

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

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

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

L'infarctus myocardique aigu. H. Johansen, P. Paddon, K. Chagani *et al.,* 2(4), 1990, p. 305-325.

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

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair, L. Mao *et al.,* 13(2), 2002, p. 41-55.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 25-34.

Maladies cardio-vasculaires au Canada. C. Nair, H. Colburn, D. McLean *et al.,* 1(1), 1989, p. 1-20.

Maladies de l'appareil circulatoire – hospitalisation et mortalité. H. Johansen, S. Thillaiampalam, D. Nguyen *et al.*, 17(1), 2005, p. 51-55.

Maladie du coeur et population en âge de travailler. H. Johansen, 10(4), 1999, p. 31-45.

Mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires au Canada : première génération d'immigrants et personnes nées au Canda. C. Nair, M. Nargundkar, H. Johansen *et al.,* 2(3), 1990, p. 203-228.

Pontages aortocoronariens au Canada. S. Peters, K. Chagani, P. Paddon *et al.,* 2(1), 1989, p. 9-26.

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

Tendances actuelles et futures en matière d'hospitalisation après une crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair et G. Taylor, 10(2), 1998, p. 23-31.

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

Variations ayant trait à l'angioplastie et au pontage. H. Johansen, C. Nair et G. Taylor, 10(3), 1998, p. 67-81.

Maladies du système digestif

Maladie de Crohn et colite ulcéreuse : morbidité et mortalité. R. Riley, 2(4), 1990, p. 343-359.

Maladies inflammatoires de l'intestin: hospitalisation. A. Nabalamba, C.N. Bernstein et C. Seko, 15(4), 2004, p. 25-41.

Ulcère gastro-duodénal : mortalité et hospitalisation. R. Riley, 3(3), 1991, p. 245-257.

Maladies transmissibles

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen *et al.*, 17(2), 2006, p. 35-45.

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes. M. Rotermann, 16(3), 2005, p. 47-53.

Tendances de la vaccination contre la grippe au Canada, 1996-1997 à 2005. J.C. Kwong, L.C. Rosella et H. Johansen, 18(4), 2007, p. 9-20.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.*, 15(2), 2004, p. 35-46.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. H. Johansen, C. Sambell et W. Zhao, 17(2), 2006, p. 49-55.

Mammographie

Qui ne se fait pas mammographier? J.F. Gentleman et J. Lee, 9(1), 1997, p. 19-29.

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

Mariage

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

État matrimonial et avortement. S. Wadhera et W.J. Millar, 9(3), 1997, p. 19-27.

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

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

Médecins

Aller chez le médecin. A. Nabalamba et W.J. Millar, 18(1), 2007, p. 25-39.

Consultation des médecins et des infirmières. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 49-52.

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

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

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

Le stress au travail chez les prestateurs de soins de santé. K. Wilkins, 18(4), 2007, p. 35-39.

Ménopause

Caractéristiques des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive. M.P. Beaudet, W. Walop et C. Le Petit, 9(2), 1997, p. 9-19.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Migraine

Migraine. H. Gilmour et K. Wilkins, 12(2), 2001, p. 25-45.

Mortalité

Voir Décès

N

Naissances

Voir aussi Fertilité
Grossesse

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

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

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

Deuxièmes naissances ou naissances subséquentes chez les adolescents. M. Rotermann, 18(1), 2007, p. 43-47.

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

Grossesse chez les adolescentes. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. S. Wadhera et W.J. Millar, 9(3), 1997, p. 9-18.

Grossesse et usage du tabac. W.J. Millar et G. Hill, 15(4), 2004, p. 55-58.

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

L'issue de la grossesse, le milieu social et la santé de l'enfant. J. Chen et W.J. Millar, 10(4), 1999 p. 59-71.

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

Issues de la grossesse selon le revenu du quartier et l'immigration récente à Toronto. M.L. Urquia, J.W. Frank, R.H. Glazier et R. Moineddin, 18(4), 2007, p. 21-32.

Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin. W.J. Millar et J. Chen, 10(2), 1998, p. 47-56.

Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins *et al*., 10(2), 1998, p. 57-70.

Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995. F. Nault, 9(3), 1997, p. 43-52.

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

Nouveau-nés ayant un poids faible à la naissance : tendances Canada, 1971 à 1989. W.J. Millar, S. Wadhera et J. Strachan, 3(4), 1991, p. 311-325.

Risques de la maternité à un âge avancé. Y.C. MacNab, J. Macdonald et T.A. Tuk, 9(2), 1997, p. 43-53.

Supplément d'acide folique. W.J. Millar, 15(3), 2004, p. 53-56.

Tendances observées dans les taux de natalité et de fécondité, au Canada, 1921 à 1987. S. Wadhera, 1(2), 1989, p. 211-223.

Tendances qui se dégagent des données sur les césariennes au Canada. C. Nair, 3(3), 1991, p. 203-219.

Néoplasme

Voir Cancer

Nutrition

L'allaitement maternel. W. Millar et H. Maclean, 16(2), 2005, p. 25-34.

Consommation de fruits et de légumes. C.E. Pérez, 13(3), 2002, p. 25-34.

Consommation de sodium à tous les âges. D. Garriguet, 18(2), 2007, p. 49-55.

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

Les habitudes alimentaires des Canadiens. D. Garriguet, 18(2), 2007, p. 17-33.

Insécurité alimentaire. I. Ledrou et J. Gervais, 16(3), 2005, p. 55-59.

L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens. J. Che et J. Chen, 12(4), 2001, p. 11-24.

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

La santé : à prendre ou à laisser! dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

Supplément d'acide folique. W.J. Millar, 15(3), 2004, p. 53-56.

O

Obésité

Voir aussi Poids

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Différences régionales en matière d'obésité. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 65-71.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. M. Shields, 17(3), 2006, p. 27-43.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14(supplément), 2003, p. 19-32.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Évolution du diabète: prévalence, incidence et facteurs de risque. W.J. Millar et T.K. Young, 14(3), 2003, p. 39-52.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. C. Pérez, 11(3), 1999, p. 93-101.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids. K. Wilkins, 15(1), 2004, p. 43-54.

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

Obésité chez les adultes. M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 9-26.

L'obésité : un enjeu en croissance. C. Le Petit et J.-M. Berthelot, 17(3), 2006, p. 45-53.

Obésité, embonpoint et origine ethnique. M.S. Tremblay, C.E. Pérez, C.I Ardern *et al*., 16(4), 2005, p. 25-37.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Tendances du changement de poids chez les Canadiens adultes. H.M. Orpana, M.S. Tremblay et P. Finès, 18(2), 2007, p. 9-16.

Tendances de l'obésité chez l'adulte. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 57-64.

P

Personnel infirmier

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

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

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

Perte d'audition

Problèmes d'audition chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(4), 2005, p. 53-56.

Peuples autochtones

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Enquête sur la santé et les limitations d'activités: l'incapacité et les autochtones au Canada. M.K. Hamilton, 2(3), 1990, p. 279-287.

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

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

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Obésité, embonpoint et origine ethnique. M.S. Tremblay, C.E. Pérez, C.I Ardern *et al*., 16(4), 2005, p. 25-37.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

La santé des résidents du Nord. B. Diverty et C. Pérez, 9(4), 1998, p. 51-61.

Poids

Voir aussi Obésité

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Commencer et continuer à faire de l'exercice. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 35-47.

Différences régionales en matière d'obésité. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 65-71.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. M. Shields, 17(3), 2006, p. 27-43.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14(supplément), 2003, p. 19-32.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. C. Pérez, 11(3), 2000, p. 93-101.

Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids. K. Wilkins, 15(1), 2004, p. 43-54.

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

Obésité chez les adultes. M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 9-26.

Obésité, embonpoint et origine ethnique. M.S. Tremblay, C.E. Pérez, C.I Ardern *et al.*, 16(4), 2005, p. 25-37.

L'obésité : un enjeu en croissance. C. Le Petit et J.-M. Berthelot, 17(3), 2006, p. 45-53.

La santé : à prendre ou à laisser! dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

Tendances du changement de poids chez les Canadiens adultes. H.M. Orpana, M.S. Tremblay et P. Finès, 18(2), 2007, p. 9 16.

Tendances de l'obésité chez l'adulte. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 57-64.

Poids faible à la naissance

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

L'état de santé des enfants. R. Wilkins et C. Houle, 11(3), 2000, p. 27-38.

L'issue de la grossesse, le milieu social et la santé de l'enfant. J. Chen et W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 59-71.

Issues de la grossesse selon le revenu du quartier et l'immigration récente à Toronto. M.L. Urquia, J.W. Frank, R.H. Glazier et R. Moineddin, 18(4), 2007, p. 21-32.

Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995. F. Nault, 9(3), 1997, p. 43-51.

Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin. W.J. Millar et J. Chen, 10(2), 1998, p. 47-56.

Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins *et al.*, 10(2), 1998, p. 57-70.

Nouveau-nés ayant un poids faible à la naissance : tendances, Canada, 1971 à 1989. W.J. Millar, S. Wadhera et J. Strachan, 3(4), 1991, p. 311-325.

Risques de la maternité à un âge avancé. Y.C. MacNab, J. Macdonald et T.A. Tuk, 9(2), 1997, p. 43-53.

Problèmes de santé chroniques

Voir aussi Accident cérébrovasculaire
Arthrite
Asthme
Cancer
Dépression
Diabète sucré
Hypertension
Maladies du système circulatoire

L'asthme. Y. Chen, H. Johansen, S. Thillaiampalam *et al.*, 16(2), 2005, p. 45-49.

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

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

Effet des problèmes de santé chroniques. S.E. Schultz et J.A. Kopec, 14(4), 2003, p. 45-58.

L'état de santé à l'âge mûr. J. Chen et M. Shields, 11(3), 2000, p. 39-52.

Évolution du diabète: prévalence, incidence et facteurs de risque. W.J. Millar et T.K. Young, 14(3), 2003, p. 39-52.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

Insomnie. M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair, L. Mao *et al.*, 13(2), 2002, p. 41-55.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Maladies de l'appareil circulatoire – hospitalisation et mortalité. H. Johansen, S. Thillaiampalam, D. Nguyen *et al.*, 17(1), 2005, p. 51-55.

Maladie de Creutzfeldt-Jakob. P.L. Ramage-Morin, 15(4), 2004, p. 51-54.

Maladies inflammatoires de l'intestin: hospitalisation. A. Nabalamba, C.N. Bernstein et C. Seko, 15(4), 2004, p. 25-41.

Migraine. H. Gilmour et K. Wilkins, 12(2), 2001, p. 25-45.

Les principaux cancers – évolution de la survie relative à cinq ans. L.F. Ellison et L. Gibbons, 15(2), 2004, p. 19-33.

Problèmes d'audition chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(4), 2005, p. 53-56.

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

Problèmes de vision chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 49-54.

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes. M. Rotermann, 16(3), 2005, p. 47-53.

Stress et bien-être dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Survie au cancer – prévisions mises à jour d'après l'analyse par période. L.F. Ellison et L. Gibbons, 17(2), 2006, p. 21-34.

Symptômes physiques médicalement inexpliqués. J. Park et S. Knudson, 18(1), 2007, p. 49-54.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

R

Revenu

Voir aussi Statut socioéconomique

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto. F. Hou et J. Chen, 14(2), 2003, p. 21-36.

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. M. Wolfson, 11(3), 2000, p. 85-91.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13(supplément), 2002, p. 51-79.

S

Santé mentale

Voir aussi Dépression
Stress, psychologique

La dépression et les problèmes au travail. H. Gilmour et S.B. Patten, 18(1), 2007, p. 9-24.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

L'insatisfaction au travail. M. Shields, 17(4), 2006, p. 35-40.

Insomnie. M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.

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

Le programme national d'assurance-maladie et la pratique privée de la psychiatrie. A. Richman, 3(3), 1991, p. 221-227.

Rupture conjugale et dépression subséquente. M. Rotermann, 18(2), 2007, p. 35-46.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13(supplément), 2002, p. 113-124.

Santé psychologique—la dépression. M.P. Beaudet, 11(3), 2000, p. 71-84.

Services de santé/Autotraitement dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

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

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

Le stress au travail chez les prestateurs de soins de santé. K. Wilkins, 18(4), 2007, p. 35-39.

Le stress au travail et la santé. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 10(3), 1998, p. 49-66.

Le stress et la dépression au sein de la population occupée. M. Shields, 17(4), 2006, p. 11-31.

Le suicide chez les immigrants au Canada. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

Le traitement des troubles mentaux dans les hôpitaux. R. Riley et A. Richman, 2(1), 1990, p. 37-56.

Travail par quarts et santé. M. Shields, 13(4), 2002, p. 11-36.

Trouble d'anxiété sociale – plus que de la timidité. M. Shields, 15(supplément), 2004, p. 49-67.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Trouble panique et comportements d'adaptation. P.L. Ramage-Morin, 15(supplément), 2004, p. 35-48.

Santé préventive

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

Commencer et continuer à faire de l'exercice. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 35-47.

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

Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute. H. Johansen, M. Nargundkar, C. Nair *et al.*, 9(4), 1997, p. 19-30.

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen *et al.*, 17(2), 2006, p. 35-45.

Facteurs liés au port du casque à vélo. W.J. Millar et I.B. Pless, 9(2), 1997, p. 33-42.

Interdictions de fumer : leur incidence sur la prévalence de l'usage de la cigarette. M. Shields, 18(3), 2007, p. 9-26.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 25-34.

Le non-respect des lignes directrices quant au test de Papanicolaou. J. Lee, G. Parons et J. Gentleman, 10(1), 1998, p. 9-21.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La santé : à prendre ou à laisser! dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

Supplément d'acide folique. W.J. Millar, 15(3), 2004, p. 53-56.

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

Tendances de la vaccination contre la grippe au Canada, 1996-1997 à 2005. J.C. Kwong, L.C. Rosella et H. Johansen, 18(4), 2007, p. 9-20.

Usage du tabac – Prévalence, interdictions et exposition à la fumée secondaire. M. Shields, 18(3), 2007, p. 71-90.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.*, 15(2), 2004, p. 35-46.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. H. Johansen, C. Sambell et W. Zhao, 17(2), 2006, p. 49-55.

Santé professionnelle

Blessures au travail. K. Wilkins et S.G. Mackenzie, 18(3), 2007, p. 27-45.

La dépression et les problèmes au travail. H. Gilmour et S.B. Patten, 18(1), 2007, p. 9-24.

L'insatisfaction au travail. M. Shields, 17(4), 2006, p. 35-40.

Interdictions de fumer : leur incidence sur la prévalence de l'usage de la cigarette. M. Shields, 18(3), 2007, p. 9-26.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

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

Quels sont les travailleurs qui fument? L.A. Gaudette, R. Richardson et S. Huang, 10(3), 1998, p. 35-47.

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

Le stress au travail chez les prestateurs de soins de santé. K. Wilkins, 18(4), 2007, p. 35-39.

Le stress au travail et la santé. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 10(3), 1998, p. 49-66.

Le stress et la dépression au sein de la population occupée. M. Shields, 17(4), 2006, p. 11-31.

Travail par quarts et santé. M. Shields, 13(4), 2002, p. 11-36.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Santé régionale

Voir aussi Soins de santé

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

Les Canadiens physiquement actifs. H. Gilmour, 18(3), 2007, p. 49-70.

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13(supplément), 2002, p. 37-50.

Différences régionales en matière d'obésité. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 65-71.

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen *et al.*, 17(2), 2006, p. 35-45.

L'espérance de vie. J. Gilmore et B. Wannell, 11(3), 2000, p. 9-26.

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot *et al.,* 13(4), 2002, p. 53-66.

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

La mortalité dans les régions métropolitaines. H. Gilmour et J.F. Gentleman, 11(1), 1999, p. 9-20.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

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

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

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

Tendances de l'obésité chez l'adulte. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 57-64.

Tendances de la vaccination contre la grippe au Canada, 1996-1997 à 2005. J.C. Kwong, L.C. Rosella et H. Johansen, 18(4), 2007, p. 9-20.

Usage du tabac— Prévalence, interdictions et exposition à la fumée secondaire. M. Shields, 18(3), 2007, p. 71-90.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. H. Johansen, C. Sambell et W. Zhao, 17(2), 2006, p. 49-55.

Soins alternatifs

Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation. W.J. Millar, 13(1), 2001, p. 9-24.

Le recours aux soins de santé non traditionnels. J. Park, 16(2), 2005, p. 41-44.

Soins à domicile

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.,* 14(4), 2003, p. 33-43.

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement. K. Wilkins, 17(4), 2005, p. 41-45.

Les soins à domicile au Canada. K. Wilkins et E. Park, 10(1), 1998, p. 31-40.

Services de santé/Autotraitement dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 16(supplément), 2006, p. 35-50.

Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. G. Carrière, 17(4), 2006, p. 47-51.

Soins de santé

Voir aussi Établissements de soins de santé
Hôpitaux
Hospitalisation
Médecins
Personnel infirmier
Soins alternatifs

Aller chez le médecin. A. Nabalamba et W.J. Millar, 18(1), 2007, p. 25-39.

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

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. C. Sanmartin, C. Houle, S. Tremblay *et al.,* 13(3), 2002, p. 17-24.

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

Caractérisques des utilisateurs des services hospitaliers. K. Wilkins, et E. Park, 9(3), 1998, p. 29-39.

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Consultation des médecins et des infirmières. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 49-52.

Dépenses des ménages en soins de santé. R. Chaplin et L. Earl, 12(1), 2000, p. 61-70.

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

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen *et al*., 17(2), 2006, p. 35-45.

Hôpitaux de l'Ontario – fusions, séjours abrégés et réhospitalisations. C.E. Pérez, 14(1), 2002, p. 29-41.

Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein. C.I. Neutel, R.Gao, L. Gaudette *et al.,* 16(1), 2004, p. 19-33.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Maladies inflammatoires de l'intestin : hospitalisation. A. Nabalamba, C.N. Bernstein et C. Seko, 15(4), 2004, p. 25-41.

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

Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation. W.J. Millar, 13(1), 2001, p. 9-24.

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

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

Le recours aux soins de santé non traditionnels. J. Park, 16(2), 2005, p. 41-44.

Services de santé/Autotraitement dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

Soins de santé : besoins non satisfaits. J. Chen et F. Hou, 13(2), 2002, p. 27-40.

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

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

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

Utilisation des salles d'urgence. G. Carrière, 16(1), 2004, p. 37-42.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 16(supplément), 2006, p. 35-50.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al*., 15(2), 2004, p. 35-46.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. H. Johansen, C. Sambell et W. Zhao, 17(2), 2006, p. 49-55.

Soins dentaire

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaire. W.J. Millar et D. Locker, 11(1), 1999, p. 59-72.

Édentement et port de prothèses dentaires. W.J. Millar et D. Locker, 17(1), 2005, p. 57-60.

Visites chez le dentiste. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 43-47.

Soins non traditionnels

Voir Soins alternatifs

Soutien social

Voir aussi Dépendance

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

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

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

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

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

Les personnes âgées : bilan de santé et entraide familiale. L. Lapierre, 2(3), 1990, p. 253-268.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.,* 14(4), 2003, p. 33-43.

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

Les soins à domicile au Canada. K. Wilkins et E. Park, 10(1), 1998, p. 31-40.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Soutien social et mortalité chez les personnes âgées. K. Wilkins, 14(3), 2003, p. 23-37.

Stress et bien-être dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Stress, santé et bienfaits du soutien social. M. Shields, 15(1), 2004, p. 9-41.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Vieillir chez soi ou en établissement : À quoi cela tient-il ? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al*., 11(4), 2000, p. 55-68.

Statistiques de l'état civil

Voir aussi Décès
Divorce
Espérance de vie
Fertilité
Indicateurs de l'état de santé
Mariage
Naissances
Taux de survie

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

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

Statut socioéconomique

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

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13(supplément), 2002, p. 37-50.

Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986. R. Wilkins, O. Adams et A. Brancker, 1(2), 1989, p. 137-174.

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

L'inégalité des revenus et las mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. M. Wolfson, 11(3), 1999, p. 85-91.

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

Issues de la grossesse selon le revenu du quartier et l'immigration récente à Toronto. M.L. Urquia, J.W. Frank, R.H. Glazier et R. Moineddin, 18(4), 2007, p. 21-32.

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

Stress, psychologique

Voir aussi Santé mentale

La dépression et les problèmes au travail. H. Gilmour et S.B. Patten, 18(1), 2007, p. 9-24.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

L'insatisfaction au travail. M. Shields, 17(4), 2006, p. 35-40.

Insomnie. M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Santé psychologique—la dépression. M.P. Beaudet, 11(3), 2000, p. 71-84.

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

Stress et bien-être dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Le stress et la dépression au sein de la population occupée. M. Shields, 17(4), 2006, p. 11-31.

Stress, santé et bienfaits du soutien social. M. Shields, 15(1), 2004, p. 9-41.

Le stress au travail chez les prestateurs de soins de santé. K. Wilkins, 18(4), 2007, p. 35-39.

Le stress au travail et la santé. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 10(3), 1998, p. 49-66.

Travail par quarts et santé. M. Shields, 13(4), 2002, p. 11-36.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60

Suicide

Voir aussi Causes de décès
Décès

Taux de mortalité par suicide au Canada : première génération d'immigrants et personnes nées au Canada. J. Strachan, H. Johansen, C. Nair *et al.,* 2(4), 1990, p. 327-341.

Décès liés aux armes à feu. K. Wilkins, 16(4), 2005, p. 41-47.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Le suicide chez les immigrants au Canada. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

T

Tabagisme

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

Attitudes à l'égard du tabac. N. Ross et C. Pérez, 10(3), 1998, p. 23-34.

Cancer du poumon et prévalence du tabac au Canada. A. Brancker, 2(1), 1989, p. 67-83.

Cesser de fumer est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune? J. Chen et W.J. Millar, 9(4), 1997, p. 39-48.

Cheminement vers l'abandon du tabac. M. Shields, 16(3), 2005, p. 23-43.

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

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

Exposition à la fumée secondaire – qui est à risque? C.E. Pérez, 16(1), 2004, p. 9-18.

Grossesse et usage du tabac. W.J. Millar et G. Hill, 15(4), 2004, p. 55-58.

L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire. M. Stephens et J. Siroonian, 9(4), 1998, p. 31-38.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. C. Pérez, 11(3), 2000, p. 93-101.

Interdictions de fumer : leur incidence sur la prévalence de l'usage de la cigarette. M. Shields, 18(3), 2007, p. 9-26.

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

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

Quels sont les travailleurs qui fument? L.A. Gaudette, A. Richardson et S. Huang, 10(3), 1998, p. 35-47.

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

Usage du tabac – Prévalence, interdictions et exposition à la fumée secondaire. M. Shields, 18(3), 2007, p. 71-90.

Usage du tabac chez les jeunes. M. Shields, 16(3), 2005, p. 61-66.

Vers de meilleures habitudes de vie. W.J. Millar, 3(4), 1991, p. 363-370.

Taux de survie

Cancer du côlon et du rectum : incidence et mortalité. L. Gibbons, C. Waters, Y. Mao *et al.*, 12(2), 2001, p. 47-62.

Mortalité – Tendances dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

Les principaux cancers – évolution de la survie relative à cinq ans. L.F. Ellison et L. Gibbons, 15(2), 2004, p. 19-33.

Survie au cancer – prévisions mises à jour d'après l'analyse par période. L.F. Ellison et L. Gibbons, 17(2), 2006, p. 21-34.

Taux relatifs de survie à cinq ans – cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon. L.F. Ellison, L. Gibbons et le Groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada, 13(1), 2001, p. 25-38.

Tuberculose

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

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

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

La tuberculose au Canada, 1987. L. Gaudette, 1(1), 1989, p. 69-79.

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

U

Usage de médicaments

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

Caractéristiques des femmes utilisant l'hormothérapie substitutive. M.P. Beaudet, W. Walop et C. Le Petit, 9(2), 1997, p. 9-19.

Consommation de médicaments par les femmes enceintes. D. Garriguet, 17(2), 2006, p. 9-20.

La consommation de nooleptiques au Canada. N. Rawson et C. D'Arcy, 3(1), 1991, p. 33-57.

Disparités des régimes d'assurance-médicaments. W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 9-30.

La polymédication chez les personnes âgées. W.J. Millar, 9(4), 1997, p. 11-18.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées. K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

Services de santé/Autotraitement dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2000, p. 37-44.

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet *et al.*, 11(4), 2000, p. 27-41.

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments. P. Grootendorst, E.C. Newman et M.A.H. Levine, 14(2), 2003, p. 37-51.

V

Vieillissement

Voir Aînés

Violence familiale

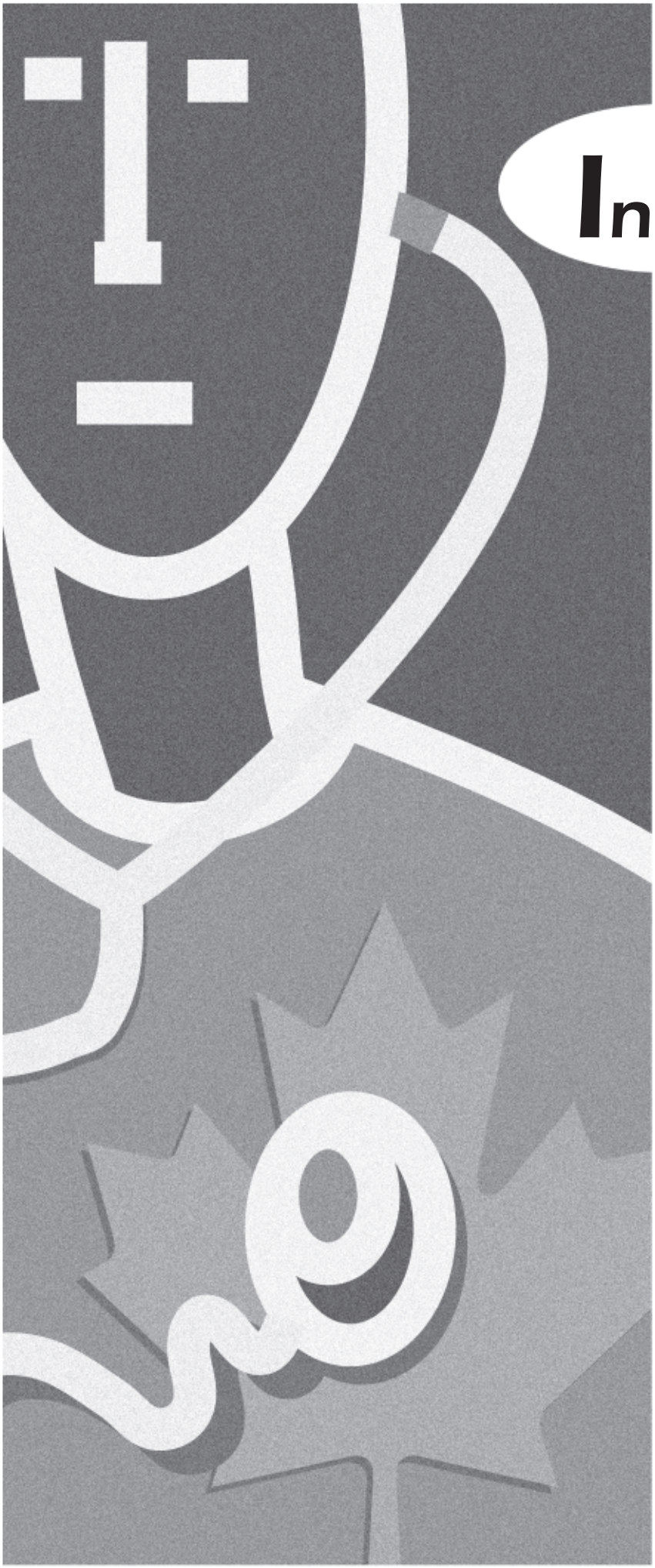
Maisons d'hébergement pour femmes violentées. R. Trudeau, 7(3), 1995, p. 31-35.

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

Témoins de violence – l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants. K. Moss, 14(supplément), 2003, p. 59-73.

Vision

Problèmes de vision chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 49-54.



Index des auteurs

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca

Index des auteurs volumes 7 à 18

Ali, Jennifer

La santé mental des immigrants au Canada, 13(supplément), 2002, p. 113-125.

Allard, Yvon E.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone (avec Russell Wilkins et Jean-Marie Berthelot), 15(1), 2004, p. 55-66.

Beaudet, Marie P.

Caractéristiques des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive (avec Wikke Walop et Christel Le Petit), 9(2), 1997, p. 9-19.

Dépression, 7(4), 1996, p. 11-25.

Santé psychologique — la dépression, 11(3), 1999, p. 71-84.

Béland, Yves

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie, 13(3), 2002, p. 9-15.

Bender, Rosemary

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

Bryan, Shirley

Enquête canadienne sur les mesures de la santé : aspects opérationnels et logistiques de la clinique (avec M. St-Denis et D. Wojtas), 18(supplément), 2007, p. 59-78.

Burr, K.F.

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

Caron Malenfant, Éric

Le suicide chez les immigrants au Canada, 15(2), 2004, p. 9-18.

Carrière, Gisèle

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Consultation des médecins et des infirmières, 16(4), 2005, p. 49-52.

Heures de travail et santé des élèves à temps plein, 16(4), 2005, p. 11-23.

Résultats des fractures de la hanche chez la population à domicile, 18(4), 2007, p. 41-47.

Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées, 17(4), 2006, p. 47-51.

Utilisation des salles d'urgence, 16(1), 2004, p. 37-42.

Chaplin, Robin

Dépenses des ménages en soins de santé (avec Louise Earl), 12(1), 2000, p. 61-70.

Che, Janet

L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens (avec Jiajian Chen), 12(4), 2001, p. 11-24.

Chen, Jiajian

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac, 14(2), 2003, p. 9-20.

L'âge mûr (avec Margiot Shields), 11(3), 1999, p. 39-52.

Les besoins des personnes âgées an matière d'aide personnelle (avec Russell Wilkins), 10(1), 1998, p. 41-53.

Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune? (avec Wayne J. Millar), 9(4), 1998, 39-48.

Commencer et continuer à faire de l'exercice (avec Wayne J. Millar), 12(4), 2001, p. 35-47.

Les conséquences de l'activité physique sur la santé (avec Wayne J. Millar), 11(1), 1999, p. 21-31.

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991 (avec Russell Wilkins et Edward Ng), 8(3), 1996, p. 31-41.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? (avec Wayne J. Millar), 11(4), 2000, p. 9-26.

Issue de la grossesse, milieu social et santé de l'enfant (avec Wayne J. Millar), 10(4), 1999, p. 59-71.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique (avec Wayne J. Millar), 12(4), 2001, 25-34.

Niveau de scolarité de la mère et mortalité foetale et infantile au Québec (avec Martha Fair, Russell Wilkins, Margaret Cyr et le Groupe d'études de la mortalité feotale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale), 10(2), 1998, p. 57-70.

La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 (avec Edward Ng et Russell Wilkins), 7(4), 1996, p. 37-50.

Soins de santé : besoins non satisfaits (avec Feng Hou), 13(2), 2002, p. 27-40.

Chen, Yue

L'asthme (avec Helen Johansen, Satha Thillaiampalam and Christie Sambell), 16(2), 2005, p. 45-49.

Le comité directeur des statistiques canadiennes sur le cancer

Incidence du cancer et mortalité due au cancer, 1997 (John R. McLaughlin, Anthony L.A. Fields, Jane F. Gentleman, Isra Levy, Barbara Whylie, Heather Whittaker, Rod Riley et Judy Lee, avec B. Ann Coombs et Leslie A. Gaudette), 8(4), 1997, p. 43-54.

Connors, Cathy

Changements dans l'hospitalisation des enfants (avec Wayne J. Millar), 11(2), 1999, p. 9-21.

Day, Brent

Enquête canadienne sur les mesures de la santé : questions éthiques, juridiques et sociales (avec R. Langlois, M. Tremblay et B.-M. Knoppers), 18(supplément), 2007, p. 41-58.

Diverty, Brent

La dépression : un trouble partiellement traité? (avec Marie P. Beaudet), 8(4), 1997, p. 9-19.

La santé des résidents du Nord (avec Claudio Pérez), 9(4), 1998, p. 51-61.

Dryburgh, Heather

Grossesse chez les adolescentes, 12(1), 2000, p. 9-21.

Ellison, Larry F.

Les principaux cancers – évolution da la survie relative à cinq ans (avec Laurie Gibbons), 15(2), 2004, p. 19-33.

Survie au cancer – prévisions mises à jour d'après l'analyse par période (avec Laurie Gibbons), 17(2), 2006, p. 21-34.

Taux relatifs de survie à cinq ans – cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon (avec Laurie Gibbons et le Groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada), 13(1), 2001, p. 25-38.

Ford, David

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

Galambos, Nancy L.

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes (avec Lauree C. Tilton-Weaver), 10(2), 1998, p. 9-21.

Garriguet, Didier

Consommation de médicaments par les femmes enceintes, 17(2), 2005, p. 9-20.

Consommation de sodium à tous les âges, 18(2), 2007, p. 49-55.

Les habitudes alimentaires des Canadiens, 18(2), 2007, p. 17-33.

Relations sexuelles précoces, 16(3), 2005, p. 11-21.

Gaudette, Leslie A.

Évolution des tendances de l'incidence du mélanome et de la mortalité par ce cancer (avec Ru-Nie Gao), 10(2), 1998, p. 33-46.

L'incidence du cancer et de la mortalité par cancer au Canada (avec Christopher A. Altmayer, Marek Wysocki et Ru-Nie Gao), 10(1), 1998, p. 55-72.

Le point sur la mortalité par cancer du sein, 1995 (avec Ru-Nie Gao, Marek Wysocki et François Nault), 9(1), 1997, p. 33-36.

Quels sont les travailleurs qui fument? (avec Anne Richardson et Sara Huang), 10(3), 1998, p. 35-47.

Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer (avec Carol Silberberger, Chris A. Altmayer et Ru-Nie Gao), 8(2), 1996, p. 31-40.

Tendances relatives à l'utilisation de la mammographie, 1981 à 1994 (avec Chris A. Altmayer, Karla M.P. Nobrega et Judy Lee), 8(3), 1996, p. 19-30.

Gentleman, Jane F.

Divorces des années 1990 (avec Evelyn Park), 9(2), 1997, p. 57-62.

Qui ne se fait pas mammographier? (avec Judy Lee), 9(1), 1997, p. 19-29.

Gibbons, Laurie

Cancer de la prostate : dépistage, incidence, chirurgie et mortalité (avec Chris Waters), 14(3), 2003, p. 9-21.

Cancer du côlon et du rectum : incidence et mortalité (avec Chris Waters, Yang Mao et Larry Ellison), 12(2), 2001, p. 47-62.

Gilmour, Heather

Les Canadiens physiquement actifs, 18(3), 2007, p. 49-70.

Dèpendence, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées (avec Jungwee Park), 16(supplément), 2006, p. 23-34.

La dépression et les problèmes au travail (avec Scott B. Patten), 18(1), 2007, p. 9-24.

Migraine (avec Kathryn Wilkins), 12(2), 2001, p. 25-45.

La mortalité dans les régions métropolitaines (avec Jane F. Gentleman), 11(1), 1999, p. 9-20.

Gilmore, Jason

Espérance de vie (avec Brenda Wannell), 11(3), 1999, p. 9-26.

L'indice de masse corporelle et la santé, 11(1), 1999, p. 33-47.

Giroux, Suzelle

Enquête canadienne sur les mesures de la santé : aperçu de la stratégie d'échantillonnage, 18(supplément), 2007, p. 35-40.

Grootendorst, Paul

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments (avec Edward C. Newman et Mitchell A.H. Levine), 14(2), 2003, p. 37-51.

Hill, Gerry

Démence chez les personnes âgées (avec William Forbes, Jean-Marie Berthelot, Joan Lindsay et Ian McDowell), 8(2), 1996, p. 7-11.

Hood, Sheila C.

La santé : une question d'attitude (avec Marie P. Beaudet et Gary Catlin), 7(4), 1996, p. 27-35.

Hou, Feng

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto (avec Jiajian Chen), 14(2), 2003, p. 21-36.

Hotton, Tina

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence (avec Dave Haans), 15(3), 2004, p. 9-21.

James, Robert

La santé des diabétiques au Canada (avec T. Kue Young, Cameron A. Mustard et Jamie Blanchard), 9(3), 1997, p. 53-59.

Johansen, Helen

Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute (avec Mukund Nargundkar, Cyril Nair, Greg Taylor et Susie ElSaadany), 9(4), 1998, p. 19-30.

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque (avec Cyril Nair, Luling Mao et Michael Wolfson), 13(2), 2002, p. 41-55.

Maladie du coeur et population en âge de travailler, 10(4), 1999, p. 31-45.

Maladies de l'appareil circulatoire – hospitalisation et mortalité (avec Satha Thillaiampalam, Denis Nguyen et Christie Sambell), 17(1), 2005, p. 51-55.

Tendances actuelles et futures en matière d'hospitalisation après une crise cardiaque (avec Cyril Nair et Gregory Taylor), 10(2), 1998, p. 23-31.

La vaccination contre la grippe (avec Kathy Nguyen, Luling Mao, Richard Marcoux, Ru-Nie Gao et Cyril Nair), 15(2), 2004, p. 35-46.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales (avec Christie Sambell and Wenxia Zhao), 17(2), 2006, p. 49-55.

Variations ayant trait à l'angioplastie et au pontage (avec Cyril Nair et Gregory Taylor), 10(3), 1998, p. 67-81.

Kwong, Jeff C.

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario (avec Christie Sambell, Helen Johansen, Thérèse A. Stukel et Douglas G. Manuel), 17(2), 2006, p. 35-45.

Tendances de la vaccination contre la grippe au Canada, 1996-1997 à 2005 (avec L.C. Rosella et H. Johansen), 18(4), 2007, p. 9-20.

Lafrenière, Sylvie A.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide (avec Yves Carrière, Laurent Martel et Alain Bélanger), 14(4), 2003, p. 33-43.

Langlois, Stéphanie

Suicides et tentatives de suicide (avec Peter Morrison), 13(2), 2002, p. 9-25.

Le Petit

L'obésité : un enjeu en croissance (avec Jean-Marie Berthelot), 17(3), 2006, p. 45-53.

Ledrou, Ingrid

Insécurité alimentaire (avec Jean Gervais), 16(3), 2005, p. 55-59.

Lee, Judy

Le non-respect des lignes directrices quant au test de Papanicolaou (avec Greg F. Parsons et Jane F. Gentleman), 10(1), 1998, p. 9-21.

MacNab, Ying C.

Risques de la maternité à un âge avancé (avec Julie Macdonald et Terry A. Tuk), 9(2), 1997, p. 43-53.

Martel, Laurent

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées (avec Alain Bélanger et Jean-Marie Berthelot), 13(4), 2002, p. 37-52.

Mayer, Francine

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire (avec Nancy Ross, Jean-Marie Berthelot et Russell Wilkins), 13(4), 2002, p. 53-66.

Millar, Wayne J.

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

L'allaitement maternel (avec Heather Maclean), 16(2), 2005, p. 25-34.

Arthroplastie de la hanche et du genou, 14(1), 2002, p. 43-58.

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaires (avec David Locker), 11(1), 1999, p. 59-72.

L'asthme chez l'enfant (avec Gerry B. Hill), 10(3), 1998, p. 9-22.

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

Les conducteurs âgés – un dossier de santé publique compliqué, 11(2), 1999, p. 67-82.

Diminution du taux de césariennes : la tendance va-t-elle se poursuivre ? (avec Cyril Nair et Surinder Wadhera), 8(1), 1996, p. 17-24.

Disparités des régimes d'assurance-médicaments, 10(4), 1999, p. 9-30.

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

Édentement et port de prothèses dentaires (avec David Locker), 17(1), 2005, p. 57-60.

L'éradication de la maladie : pas toujours une bénédiction (avec Gerry B. Hill), 7(3), 1995, p. 7-14.

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

Évolution du diabète : prévalence, incidence et facteurs de risque (avec T. Kue Young), 14(3), 2003, p. 39-52.

Facteurs liés au port du casque à vélo (avec Ivan B. Pless), 9(2), 1997, p. 33-42.

Grossesse et usage du tabac (avec Gerry Hill), 15(4), 2004, p. 55-58.

Hystérectomie, 1981-1982 à 1996-1997, 12(2), 2001, p. 9-24.

Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin (avec Jiajian Chen), 10(2), 1998, p. 47-56.

La polymédication chez les personnes âgées, 9(4), 1998, p. 11-18.

Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation, 13(1), 2001, p. 9-24.

Problèmes d'audition chez les personnes âgées, 16(4), 2005, p. 53-56.

Problèmes de vision chez les personnes âgées, 16(1), 2004, p. 49-54.

Les services de santé — tendances récentes (avec Helen Johansen) , 11(3), 1999, p. 103-123.

Supplément d'acide folique, 15(3), 2004, p. 53-56.

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

Visites chez le dentiste, 16(1), 2004, p. 43-47.

Moss, Kathleen

Témoins de violence – l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants, 14(supplément), 2003, p. 59-73.

Nabalamba, Alice

Aller chez le médecin (avec Wayne J. Millar), 18(1), 2007, p. 25-39.

Maladies inflammatoires de l'intestin : hospitalisation (avec Charles N. Bernstein et Craig Seko), 15(4), 2004, p. 25-41.

Nault, François

Décès 1993 (avec Kathryn Wilkins), 7(1), 1995, p. 55-64.

Diminution des écarts de mortalité, de 1978 à 1995, 9(1), 1997, p. 37-43.

Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995, 9(3), 1997, p. 43-51.

Vingt ans de mariages, 8(2), 1996, p. 41-50.

Neutel, C. Ineke

Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein (avec Ru-Nie Gao, Leslie Gaudette et Helen Johansen), 16(1), 2004, p. 19-33.

Ng, Edward

À quelle distance se trouve le plus proche médecin? (avec Russell Wilkins, Jason Pole et Owen B. Adams), 8(4), 1997, p. 21-34.

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

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

Orpana, Heather

Tendances du changement de poids chez les Canadiens adultes (avec Mark S. Tremblay et Philippe Finès), 18(2), 2007, p. 9-16.

Park, Jungwee

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

Le recours aux soins de santé non traditionnels, 16(2), 2005, p. 41-44.

Symptômes physiques médicalement inexpliqués (avec Sarah Knudson), 18(1), 2007, p. 49-54.

Parsons, Greg F.

Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différences selon le sexe (avec Jane F. Gentleman et K. Wayne Johnston), 9(1), 1997, p. 9-18.

Pérez, Claudio E.

Consommation de fruits et de légumes, 13(3), 2002, p. 25-34.

Les enfants qui deviennent actifs, 14(supplément), 2003, p. 19-32.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Exposition à la fumée secondaire – qui est à risque ? 16(1), 2004, p. 9-18.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids, 11(3), 1999, p. 93-101.

Hôpitaux de l'Ontario – fusions, séjours abrégés et réhospitalisations, 14(1), 2002, p. 29-41.

Les passagers de conducteurs en état d'ivresse, 16(2), 2005, p. 37-40.

La santé des mères seules (avec Marie P. Beaudet), 11(2), 1999, p. 23-36.

Travailleurs et maux de dos chroniques, 12(1), 2000, p. 45-60.

Ramage-Morin, Pamela L.

Bien vieillir en établissement de santé, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

Maladie de Creutzfeldt-Jakob, 15(4), 2004, p. 51-54.

Trouble panique et comportements d'adaptation, 15(supplément), 2004, p. 35-48.

Randhawa, Jean

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

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

Roberge, Roger

Indice de l'état de santé : mesurer les écarts dans l'état de santé en Ontario, selon la situation socioéconomique (avec Jean-Marie Berthelot et Michael Wolfson), 7(4), 1996, p. 59-65.

Ross, Nancy

Appartenance à la collectivité et santé, 13(3), 2002, p. 35-42.

Attitudes à l'égard du tabac (avec Claudio Pérez), 10(3), 1998, p. 23-34.

Rotermann, Michelle

Deuxièmes naissances ou naissances subséquentes chez les adolescents, 18(1), 2007, p. 43-47.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie, 15(4), 2004, p. 11-24.

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes, 16(3), 2005, p. 47-53.

Rupture conjugale et dépression subséquente, 18(2), 2007, p. 35-46.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées, 16(supplément), 2006, p. 35-50.

Sanmartin, Claudia

Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution (avec Christian Houle, Stéphane Tremblay et Jean-Marie Berthelot), 13(3), 2002, p. 17-24.

Schultz, Susan E.

Effet des problèmes de santé chroniques (avec Jacek A. Kopec), 14(4), 2003, p. 45-58.

Shields, Margot

Des aînés en bonne santé (avec Laurent Martel), 16(supplément), 2006, p. 7-21.

Cheminement vers l'abandon du tabac, 16(3), 2005, p. 23-43.

Déterminants de l'autoévaluation de la santé (avec Shahin Shooshtari), 13(1), 2001, p. 39-63.

Différences régionales en matière d'obésité (avec Michael Tjepkema), 17(3), 2006, p. 65-71.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents, 17(3), 2006, p. 27-43.

Enquête nationale sur la santé de la population – Déclaration par procuration, 12(1), 2000, p. 23-44.

L'état de santé des personnes âgées (avec Jiajian Chen), 11(3), 1999, p. 53-69.

Fauteuils roulants et autres appareils d'aide à la mobilité, 15(3), 2004, p. 41-46.

Information sur la santé : déclaration par procuration, 15(3), 2004, p. 23-37.

L'insatisfaction au travail, 17(4), 2006, p. 35-40.

Interdictions de fumer : leur incidence sur la prévalence de l'usage de la cigarette, 18(3), 2007, p. 9-26.

Les longues heures de travail et la santé, 11(2), 1999, p. 37-55.

La santé dans les collectivités canadiennes (avec Stéphane Tremblay), 13(supplément), 2002, p. 9-35.

Le stress et la dépression au sein de la population occupée. M. Shields, 17(4), 2006, p. 11-31.

Stress, santé et bienfaits du soutien social, 15(1), 2004, p. 9-41.

Tendances de l'obésité chez l'adulte (avec Michael Tjepkema), 17(3), 2006, p. 57-64.

Travail par quarts et santé, 13(4), 2002, p. 11-36.

Trouble d'anxiété sociale – plus que de la timidité, 15(supplément), 2004, p. 49-67.

Usage du tabac—Prévalence, interdictions et exposition à la fumée secondaire, 18(3), 2007, p. 71-90.

Usage du tabac chez les jeunes, 16(3), 2005, p. 61-66.

St-Arnaud, Julie

Espérance de vie (avec Marie P. Beaudet et Patricia Tully), 17(1), 2005, p. 45-49.

Stephens, Megan

L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire (avec Jason Siroonian), 9(4), 1998, p. 31-38.

Swain, Larry

Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale (avec Gary Catlin et Marie P. Beaudet), 10(4), 1999, p. 73-89.

Tambay, Jean-Louis

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

Tjepkema, Michael

Les blessures non mortelles chez les Autochtones, 16(2), 2005, p. 9-24.

Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites, 15(supplément), 2004, p. 9-21.

Insomnie, 17(1), 2005, p. 9-27.

Lésions dues aux mouvements répétitifs, 14(4), 2003, p. 11-31.

Obésité chez les adultes, 17(3), 2006, p. 9-26.

La santé des Autochtones vivant hors réserve, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicites, 15(4), 2004, p. 45-50.

Tremblay, Mark S.

Enquête canadienne sur les mesures de la santé : raison d'être, contexte et aperçu (avec M. Wolfson et S. Connor Gorber), 18(supplément), 2007, p. 7-21.

Obésité, embonpoint et origine ethnique (avec Claudio E. Pérez, Chris I. Ardern, Shirley N. Bryan et Peter T. Katzmarzyk), 16(4), 2005, p. 25-37.

Prétest de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé : conception, méthodologie, résultats (avec R. Langlois, S. Bryan *et al.*), 18(supplément), 2007, p. 23-34.

Tremblay, Stéphane

Le contexte socioéconomique régional et la santé (avec Nancy A. Ross et Jean-Marie Berthelot), 13(supplément), 2002, p. 37-50.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents (avec Susan Dahinten et Dafna Kohen), 14(supplément), 2003, p. 7-17.

Trottier, Helen

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? (avec Laurent Martel, Christian Houle, Jean-Marie Berthelot et Jacques Légaré), 11(4), 2000, p. 55-68.

Trudeau, Richard

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

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

Profils mensuels et quotidiens des décès, 9(1), 1997, p. 45-53.

Tully, Patricia

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

Résidents âgés des établissements de santé (avec Chris Mohl), 7(3), 1995, p. 27-30.

Urquia, Marcelo

Issues de la grossesse selon le revenu du quartier et l'immigration récente à Toronto (avec J.W. Frank, R.H. Glazier et R. Moineddin), 18(4), 2007, p. 21-32.

Wadhera, Surinder

État matrimonial et avortement (avec Wayne J. Millar), 9(3), 1997, p. 19-27.

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994 (avec Wayne J. Millar), 9(3), 1997, p. 9-18.

Issues des grossesses (avec Wayne J. Millar), 8(1), 1996, p. 7-16.

Werschler, Timothy

L'utilisation des services hospitaliers et la grossesse, 10(1), 1998, p. 23-30.

Wilkins, Kathryn

Blessures (avec Evelyn Park), 15(3), 2004, p. 47-52.

Blessures au travail (avec Susan G. Mackenzie), 18(3), 2007, p. 27-45.

Caractéristiques des utilisateurs des services hospitaliers (avec Evelyn Park), 9(3), 1997, p. 29-39.

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

Causes multiples de décès (avec Marek Wysocki, Carole Morin et Patricia Wood), 9(2), 1997, p. 21-32.

Chutes, gens âgés et recours aux services de santé, 10(4), 1999, p. 47-57.

Consommation modérée d'alcool et maladie cardiaque, 14(1), 2002, p. 9-28.

Décès liés aux armes à feu, 16(4), 2005, p. 41-47.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite, 11(2), 1999, p. 57-66.

Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids, 15(1), 2004, p. 43-54.

Masse corporelle et dépendance (avec Margaret de Groh), 17(1), 2005, p. 29-42.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées, 11(1), 1999, p. 49-58.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

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

Les soins à domicile au Canada (avec Evelyn Park), 10(1), 1998, p. 31-40.

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement, 17(4), 2006, p. 41-45.

Soutien social aux aînés et soins à domicile (avec Marie P. Beaudet), 11(4), 2000, p. 43-53.

Soutien social et mortalité chez les personnes âgées, 14(3), 2003, p. 23-37.

Le stress au travail chez les prestateurs de soins de santé, 18(4), 2007, p. 35-39.

Le stress au travail et la santé (avec Marie P. Beaudet), 10(3), 1998, p. 49-66.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

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

L'utilisation des contraceptifs oraux (avec Helen Johansen, Marie P. Beaudet et C. Ineke Neutel), 11(4), 2000, p. 27-41.

Wilkins, Russell

État de santé des enfants (avec Christian Houle), 11(3), 1999, p. 27-38.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996 (avec Jean-Marie Berthelot et Edward Ng), 13(supplément), 2002, p. 51-79.

Wolfson, Michael C.

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

L'inégalité des revenus et las mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux Etats-Unis, 11(3), 1999, p. 85-91.