



N° 82-003-XIF au catalogue

Rapports sur la santé

Vol. 12, n° 1

- Grossesse chez les adolescentes
- Déclaration par procuration
- Travailleurs et maux de dos
- Dépenses des ménages en soins de santé



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 des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : (613) 951-1746).

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web.

Service national de renseignements	1 800 263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1 800 363-7629
Renseignements concernant le Programme des bibliothèques de dépôt	1 800 700-1033
Télécopieur pour le Programme des bibliothèques de dépôt	1 800 889-9734
Renseignements par courriel	infostats@statcan.ca
Site Web	www.statcan.ca

Renseignements sur les commandes et les abonnements

Le produit n° 82-003-XPB au catalogue est publié trimestriellement en version imprimée standard et est offert au prix de 35 \$ CA l'exemplaire et de 116 \$ CA 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 \$ CA	24 \$ CA
Autres pays	10 \$ CA	40 \$ CA

Ce produit est aussi disponible sous forme électronique dans le site Internet de Statistique Canada, sous le n° 82-003-XIF au catalogue, et est offert au prix de 15 \$ CA l'exemplaire et de 44 \$ CA pour un abonnement annuel. Les utilisateurs peuvent obtenir des exemplaires ou s'abonner en visitant notre site Web à **www.statcan.ca** et en choisissant la rubrique Produits et services.

Les prix ne comprennent pas les taxes de 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 **order@statcan.ca**
- Poste
Statistique Canada
Division de la diffusion
Gestion de la circulation
120, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario) K1A 0T6
- En personne au bureau régional de Statistique Canada le plus près de votre localité ou 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, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être 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.



Statistique Canada
Division des statistiques sur la santé

Rapports sur la santé

Volume 12, n° 1

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2000

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa (Ontario) Canada K1A 0T6.

Octobre 2000

N° 82-003-XPB au catalogue, vol. 12, n° 1
ISSN 0840-6529

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 12, n° 1
ISSN 1209-1375

Périodicité : trimestrielle

Ottawa

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 :

- .. nombres non disponibles
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- néant ou zéro
- nombres infimes
- ^p nombres provisoires
- ^r nombres corrigés
- x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique* relatives au secret

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 des Rapports sur la santé

Rédactrices en chef

Marie P. Beaudet
Kathryn Wilkins

Rédactrice principale

Mary Sue Devereaux

Rédactrice

Barbara Riggs

Rédacteur adjoint

Marc Saint-Laurent

Chargée de production

Renée Bourbonnais

Production et composition

Agnes Jones
Robert Pellarin
Micheline Pilon

Vérification des données

Dan Lucas

Administration

Donna Eastman

Rédacteurs associés

Owen Adams
Gary Catlin
Arun Chockalingham
Gerry Hill
Elizabeth Lin
Nazeem Muhajarine
Yves Péron
Georgia Roberts
Eugene Vayda

Comité directeur de la Division des statistiques sur la santé pour la recherche et l'analyse

Gary Catlin, président
Lorna Bailie
Larry Swain
Marie P. Beaudet
Martha Fair
Peter Morrison
Cyril Nair
Ghislaine Villeneuve

Les *Rapports sur la santé* sont produits tous les trimestres par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada. Ils s'adressent à un large public, notamment les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants. Ils visent 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. Ils traitent 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.

Les *Rapports sur la santé* contiennent des *Travaux de recherche* et des *Données disponibles*. Les *Travaux de recherche* présentent des analyses approfondies et sont soumis à un examen anonyme par des pairs. Ils sont répertoriés dans Index Medicus et MEDLINE. Les *Données disponibles* sont des résumés de données récentes sur la santé produites par la Division des statistiques sur la santé.

Vous trouverez des renseignements sur les commandes ou abonnements sous la rubrique *Pour commander les publications*. D'autres renseignements peuvent être obtenus auprès des rédacteurs, *Rapports sur la santé*, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 18^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa (Ontario), Canada, K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-7025. Télécopieur : (613) 951-0792.

Demandes de réimpression

Il est interdit de reproduire cette publication, en tout ou en partie, sans avoir reçu au préalable le consentement écrit de Statistique Canada. Pour obtenir ce consentement, on doit soumettre le formulaire *Demande d'autorisation de reproduction*. On peut se procurer ce formulaire auprès de l'agent de permission de la reproduction, Division du marketing, Statistique Canada, par télécopieur au (613) 951-1134.

Versión électronique

Les *Rapports sur la santé* sont aussi publiés sous forme électronique, fichiers PDF. Il est possible de commander des numéros à l'unité, en utilisant une carte Visa ou MasterCard, à partir du site Internet de Statistique Canada, de les télécharger et de les consulter avec l'aide d'Adobe Acrobat Reader. Pour commander un numéro récent des *Rapports sur la santé*, visitez notre site à l'adresse www.statcan.ca. Choisissez « Français » à la page d'accueil, puis « Produits et services (\$) » à la page suivante. Choisissez « Publications téléchargeables » et poursuivez jusqu'après la page d'introduction. Vous trouverez les *Rapports sur la santé* n° 82-003-XIF au catalogue à la rubrique « Publications non gratuites ».

Recommandation concernant les citations

Les *Rapports sur la santé* sont inscrits au catalogue de Statistique Canada sous un numéro unique : 82-003-XPB dans le cas de la version sur papier et 82-003-XIF dans le cas de la version électronique française. Ce numéro permet de faciliter l'entreposage et la recherche de la revue en bibliothèque, que cela se fasse manuellement ou électroniquement. Ainsi, nous demandons que les auteurs qui citent un article des *Rapports sur la santé* dans d'autres documents publiés incluent le numéro au catalogue dans la citation.

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, n° 82-003 au catalogue).

Travaux de recherche

Grossesse chez les adolescentes 9

Le Canada connaît un recul du nombre de grossesses chez les adolescentes, et la plupart de ces grossesses se terminent par un avortement.

Heather Dryburgh

Enquête nationale sur la santé de la population - déclaration par procuration 23

Selon l'analyse des données des deux premiers cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population, l'acceptation de renseignements fournis par une tierce personne pourrait sous-estimer la prévalence de certains problèmes de santé.

Margot Shields

Travailleurs et maux de dos chroniques 45

Les blessures au dos, le stress chronique, la dépression et l'appartenance au groupe des 40 à 49 ans sont tous des facteurs associés de façon significative à la manifestation subséquente de maux de dos chroniques.

Claudio E. Pérez

Dépenses des ménages en soins de santé 61

Selon les données tirées des enquêtes sur les dépenses des ménages, le montant moyen que ces derniers consacrent aux soins de santé a augmenté entre 1978 et 1998, à l'instar de la part des dépenses après impôt que représente ce même montant.

Robin Chaplin et Louise Earl



Données disponibles

Fichier de microdonnées à grande diffusion sur les résidents des établissements de santé, 1996-1997 73
Enquête nationale sur la santé de la population : enquête supplémentaire sur la précarité alimentaire, 1998-1999 73
Enquête annuelle sur les hôpitaux, 1996-1997 et 1997-1998 74
Soins de santé au Canada 74

Pour commander les publications

..... 77

Information sur les produits et services de la Division des statistiques sur la santé, y compris les prix et la façon de commander



Travaux de recherche

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

Grossesse chez les adolescentes

Heather Dryburgh

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les tendances de la grossesse chez les adolescentes (15 à 19 ans) au Canada. Il porte principalement sur les avortements provoqués, les naissances vivantes et les cas de mort fœtale enregistrés en 1997.

Sources des données

Les données proviennent de la Base de données sur la morbidité hospitalière et de la Base canadienne de données sur l'état civil de Statistique Canada, ainsi que de l'Enquête sur les avortements thérapeutiques menée chaque année par l'Institut canadien d'information sur la santé. Les données sur les avortements pratiqués aux États-Unis sur des résidentes du Canada sont tirées d'une enquête annuelle menée auprès de certains États. Les données internationales sont celles produites par *The Alan Guttmacher Institute*.

Techniques d'analyse

Les taux de grossesses, d'avortements, de naissances vivantes et de mortalité fœtale sont calculés en se fondant sur les cas dénombrés chez les jeunes filles de 15 à 17 ans, de 18 à 19 ans et de 15 à 19 ans. Les taux de grossesses qui aboutissent à chacune des trois issues étudiées sont également calculés pour ces mêmes groupes d'âge.

Principaux résultats

De 1994 à 1997, le taux de grossesses a diminué chez les adolescentes, entraînant ainsi de plus faibles taux de natalité et de mortalité fœtale. En revanche, durant cette période, le taux d'avortements est demeuré stable, si bien qu'un peu plus de la moitié des grossesses chez les adolescentes ont abouti à un avortement en 1997. Les jeunes adolescentes sont proportionnellement plus nombreuses que leurs homologues plus âgées à subir un avortement qu'à donner naissance à un enfant. Chez les adolescentes les plus âgées, la majorité des grossesses aboutissent à une naissance vivante, mais le nombre de ces naissances diminue.

Mots-clés

Grossesse chez l'adolescente, issue de la grossesse, avortement, avortement spontané.

Auteur

Heather Dryburgh (613-951-6276; heather.dryburgh@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique sociale, du logement et des familles, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Le taux de grossesses chez les adolescentes canadiennes a diminué de façon globale au cours des 25 dernières années. Ce recul témoigne peut-être de l'accès aux moyens de contraception et de la sensibilisation croissante aux risques que posent les rapports sexuels sans protection à la suite de l'épidémie de sida¹. Néanmoins, on estime qu'en 1997, 19 724 jeunes filles de 15 à 19 ans ont mis un enfant au monde et qu'un nombre un peu plus élevé, soit 21 233, ont subi un avortement.

L'opprobre que suscitait par le passé la grossesse hors mariage s'est sans doute atténuée, mais les risques de problèmes de santé graves auxquels sont exposés les bébés mis au monde par des adolescentes persistent. Ces bébés sont plus susceptibles que les autres d'avoir un faible poids à la naissance et de manifester des problèmes de santé connexes².

Les adolescentes enceintes courent, elles aussi, un risque plus élevé de souffrir de problèmes de santé, notamment d'anémie, d'hypertension, de néphropathie, d'éclampsie et de troubles dépressifs^{3,4}. En outre, celles qui ont des rapports sexuels sans protection courent le risque de contracter une maladie transmise sexuellement¹.

Méthodologie

Sources des données

Les données sur les naissances vivantes et sur les mortinaissances sont extraites de la Base canadienne de données sur l'état civil qui représente le dénombrement virtuellement complet de tous les événements démographiques survenus au Canada. Cette base de données contient les renseignements transmis par les bureaux de l'état civil de chaque province et territoire.

Depuis 1995, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille des données sur les avortements provoqués (Enquête sur les avortements thérapeutiques) et les transmet à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada où elles sont traitées et analysées. Avant 1995, ces données étaient recueillies par Statistique Canada.

Les données sur les avortements thérapeutiques utilisées dans le présent article englobent tous les avortements déclarés pratiqués sur des résidentes du Canada dans les hôpitaux et dans les cliniques du Canada.

Chaque province déclare le nombre total d'avortements pratiqués dans ses hôpitaux. Les rapports provinciaux, sauf ceux de la Colombie-Britannique et du Québec, contiennent des renseignements détaillés sur les patientes, comme l'âge, la province de résidence, la durée de la gestation, l'état matrimonial et le nombre d'avortements provoqués antérieurs. La Colombie-Britannique ne fournit que des dénombrements agrégés d'avortements selon le type d'intervention et le groupe d'âge. Le Québec fournit des renseignements détaillés dans certains cas et agrégés dans d'autres.

Les ministères de la Santé de l'Ontario et de l'Alberta fournissent des données détaillées sur les avortements pratiqués dans les cliniques spécialisées dans ces provinces. Les nombres agrégés d'avortements pratiqués par les cliniques du Québec et de la Colombie-Britannique sont déclarés par les ministères de la Santé respectifs de ces provinces. Les cliniques de la Colombie-Britannique communiquent aussi directement à l'ICIS le nombre d'avortements qu'elles pratiquent. Toutes les autres cliniques d'avortement sont observées séparément et déclarent le nombre agrégé d'avortements selon la province de résidence de la patiente.

Puisque aucun établissement ne pratique l'avortement à l'Île-du-Prince-Édouard, cette province ne déclare pas les avortements. Les données sur l'Île-du-Prince-Édouard représentent les résidentes de cette province qui ont subi un avortement en dehors de la province.

Bien que les provinces ne fournissent pas toutes des renseignements détaillés sur les cas d'avortement, les données transmises sur le nombre d'avortements et la province de résidence de la patiente sont fiables, sauf dans certains cas en Colombie-Britannique et au Québec. D'après l'analyse des données détaillées sur les avortements fournies par ces deux provinces pour 1992, on a décidé, dans tous les cas où l'on ne possédait pas de renseignements sur la province de résidence, de considérer que la patiente résidait dans la province déclarante.

Les dénombrements des avortements spontanés sont tirés de la Base de données sur la morbidité hospitalière. Cette base de données provenant des dossiers de congé des patients établis par les hôpitaux canadiens fournit le nombre de congés après une hospitalisation due à un avortement spontané ou de cause non précisée.

Les données chronologiques sont tirées de rapports publiés^{5,6}. Les chiffres de population utilisés pour calculer les taux ont été fournis par la Division de la démographie de Statistique Canada. Les chiffres utilisés sont les estimations démographiques rajustées en juillet.

Toutes ces données sont disponibles pour les jeunes filles de 15 à 19 ans, selon la province de résidence.

Les données sur les États-Unis et d'autres pays sont celles produites par *The Alan Guttmacher Institute*, y compris le nombre estimatif d'avortements spontanés.

Le présent article porte principalement sur les tendances récentes en ce qui concerne l'issue de la grossesse. (Voir aussi « La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994 » dans le volume 9, numéro 3 de *Rapports sur la santé*.)

Techniques d'analyse

On a calculé le nombre de grossesses en additionnant les nombres recensés de naissances vivantes, d'avortements provoqués, de mortinaissances et d'avortements spontanés. On a calculé les taux de grossesses, d'avortements et de mortalité fœtale en fonction du nombre de jeunes filles de 15 à 17 ans, de 18 à 19 ans et de 15 à 19 ans dans la population. Enfin, on a calculé les pourcentages de grossesses qui aboutissent à une naissance vivante, à un avortement ou à une mort fœtale.

La grossesse chez les adolescentes a également des conséquences économiques. Avoir un enfant peut compromettre les études et, par conséquent, limiter les perspectives d'emploi de la jeune fille sur un marché du travail où l'on exige un niveau de formation de plus en plus poussé^{8,9}. En outre, durant

les récessions du début des années 1980 et 1990, la rentrée de deux salaires en vue de maintenir un niveau de vie adéquat est devenue la norme pour la plupart des ménages au Canada¹⁰. Or, les adolescentes qui ont un enfant, particulièrement celles de 15 à 17 ans, sont en général célibataires.

Limites

Les taux de grossesses chez les adolescentes présentés dans l'article pourraient être sous-estimés parce qu'il n'y a aucun moyen de connaître le nombre exact d'avortements spontanés. De plus, les femmes qui subissent un avortement spontané n'ont pas toutes besoin de services médicaux et, lorsque cela est nécessaire, elles sont de plus en plus fréquemment traitées aux services de consultations externes et échappent ainsi aux enregistrements de la Base de données sur la morbidité hospitalière (voir *Estimation du nombre d'avortements spontanés*).

Les grossesses sont dénombrées à leur terme plutôt qu'au moment de la conception. Par conséquent, les quelques filles qui sont devenues enceintes quand elles avaient 14 ans, mais dont la grossesse s'est terminée quand elles en avaient 15 sont incluses, tandis que le plus grand nombre de filles de 19 ans dont la grossesse s'est terminée quand elles en avaient 20 ne le sont pas.

Les provinces ne déclarent pas toutes l'âge de la patiente pour tous les avortements. Par conséquent, on a appliqué aux cas d'avortement pour lesquels l'âge n'a pas été déclaré pour la période de 1995 à 1997 la même répartition provinciale par âge que celle observée pour les cas pour lesquels on connaissait l'âge de la patiente. Comme l'Île-du-Prince-Édouard ne déclare pas les avortements et que l'on ne connaît l'âge que d'une faible proportion des résidentes de l'Île-du-Prince-Édouard qui subissent un avortement ailleurs, on a appliqué la courbe nationale de répartition par âge des femmes qui subissent un avortement aux résidentes de l'Île-du-Prince-Édouard pour lesquelles l'âge n'a pas été déclaré.

Pour les données recueillies pour les années antérieures à 1995, la méthode utilisée pour imputer l'âge pourrait différer légèrement. Toutefois, ces différences ne suffisent pas à modifier les tendances globales.

Dans le cas des naissances vivantes enregistrées à Terre-Neuve de 1974 à 1985, les données de l'état civil n'incluent pas l'âge de la mère. On a donc supposé que la répartition par âge des femmes au moment de l'accouchement s'approche de celle observée pour les femmes qui ont accouché dans les hôpitaux de la province pendant une année particulière.

Le niveau de détail des données sur l'avortement varie selon la province et selon qu'elles sont déclarées par des hôpitaux ou des cliniques. En outre, il pourrait y avoir un léger chevauchement entre les avortements et les mortinaissances, car certaines de celles-ci sont déclarées avec l'avortement en tant que cause du décès. Mais il n'est pas certain que ces cas de mortinaissance soient déclarés dans le cadre de l'Enquête sur les avortements thérapeutiques. Néanmoins, il est plus vraisemblable que les avortements soient légèrement sous-dénombrés, puisqu'un petit nombre sont maintenant pratiqués dans les cabinets des médecins et ne sont pas comptés à l'heure actuelle dans le total des avortements pratiqués dans chaque province. Néanmoins, ce nombre n'était probablement pas très élevé pour la période de 1995 à 1997.

Les caractéristiques détaillées des femmes qui subissent un avortement, comme l'état matrimonial, la durée de la gestation et le nombre d'accouchements antérieurs, ne sont pas déclarées par toutes les provinces ni par toutes les cliniques.

Les avortements subis aux États-Unis par des résidentes du Canada sont déclarés dans le cadre d'une enquête annuelle de l'ICIS visant certains États (Connecticut, Hawaii, Idaho, Maine, Michigan, Minnesota, Montana, Nouveau Mexique, New York, Dakota du Nord et du Sud, Oregon, Vermont et Washington). Par contre, on ignore combien de résidentes du Canada ont subi un avortement dans d'autres États. Comme le nombre d'avortements pratiqués sur des résidentes du Canada dans les États déclarants est assez faible et qu'il diminue d'année en année, ils ne sont pas inclus dans les calculs pour la période allant de 1995 à 1997. Avant 1995, les avortements pratiqués aux États-Unis étaient inclus dans les totaux uniquement, mais, compte tenu de leur faible nombre, les exclure pour la période de 1995 à 1997 n'a pas d'effet sur les tendances. En tenir compte n'augmenterait le taux de grossesses chez les adolescentes que de 0,1 grossesse pour 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans en 1995 (0,06 pour 1 000 en 1996 ainsi qu'en 1997).

Par conséquent, la plupart des mères adolescentes n'ont pas de conjoint qui contribue au revenu du ménage³.

Le présent article décrit les tendances récentes en ce qui concerne l'incidence de la grossesse et son issue (naissance vivante, avortement provoqué ou mort fœtale) chez les adolescentes de 15 à 19 ans (voir *Méthodologie, Limites et Définitions*).

Définitions

Dans le présent article, *grossesse chez une adolescente* s'entend d'une grossesse chez une jeune fille âgée de 15 à 19 ans au terme de la grossesse. Le nombre de grossesses est égal au nombre de naissances vivantes, d'avortements provoqués et de morts fœtales (mortinaissances et avortements spontanés) pour lesquels il existe des dossiers administratifs.

Le *taux de grossesses chez les adolescentes* est égal au nombre de grossesses pour 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans.

Le *taux de naissances vivantes chez les adolescentes* est égal au nombre de naissances vivantes pour 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans.

Sauf indication contraire, dans cet article, le terme « avortement » désigne un avortement provoqué. Le *taux d'avortements chez les adolescentes* est égal au nombre d'avortements provoqués pour 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans.

Le nombre de morts fœtales est égal à la somme des avortements spontanés et des mortinaissances. Un *avortement spontané* est une interruption involontaire de la grossesse avant 20 semaines de gestation; ne sont ici considérés que les cas qui ont nécessité une hospitalisation et dont les enregistrements font état d'un diagnostic correspondant aux codes 634, 636 ou 637 de la CIM-9¹¹.

Une *mortinaissance* est un produit de conception dont l'âge gestationnel est d'au moins 20 semaines ou dont le poids est d'au moins 500 grammes issu du corps de la mère et qui, après cette séparation, ne respire ni ne manifeste aucun signe de vie.

Le *taux de mortalité fœtale chez les adolescentes* est égal à la somme des avortements spontanés et des mortinaissances pour 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans.

Ici, l'expression « terme » d'une grossesse englobe les trois issues étudiées, à savoir la naissance vivante, l'avortement provoqué et la mort fœtale avec hospitalisation.

Tendances à court terme

On estime qu'en 1997, 42 162 grossesses chez des jeunes filles de 15 à 19 ans se sont soldées soit par une naissance, un avortement ou une fausse couche, c'est-à-dire un avortement spontané. Le nombre de grossesses diminue régulièrement depuis 1994, année où le total estimatif était de 46 753 (tableau A en annexe) (voir *Activité sexuelle et usage de contraceptifs*).

Parallèlement, le taux de grossesses chez les adolescentes a diminué et, en 1997, il se chiffrait à 42,7 grossesses pour 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans. Le taux de grossesses chez les adolescentes a commencé à baisser au Canada plusieurs années après les États-Unis^{3,12} (graphique 1). Pourtant, il demeure environ deux fois plus élevé aux États-Unis qu'au Canada¹³ (voir *Comparaisons internationales*).

Les adolescentes sont d'autant plus susceptibles d'avoir une vie sexuelle active qu'elles sont âgées⁸, ce que reflète le taux de grossesses nettement plus élevé observé pour le groupe des 18 à 19 ans que pour celui des 15 à 17 ans : 68,9 contre 25,5 pour

Activité sexuelle et usage de contraceptifs

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, une proportion importante d'adolescentes ont une vie sexuelle active¹⁴. Au moment de l'enquête, environ 43 % de jeunes filles de 15 à 19 ans avaient eu au moins un partenaire sexuel l'année précédente et environ 13 % ont dit en avoir eu au moins deux. Si l'on ne tient compte que de celles qui étaient sexuellement actives, 32 % de jeunes filles de 15 à 19 ans avaient eu plus d'un partenaire.

Parmi les jeunes filles de 15 à 19 ans sexuellement actives (sauf le petit nombre qui étaient mariées, vivaient en union libre, étaient divorcées ou veuves, ou qui n'avaient qu'un seul partenaire sexuel), 51 % ont dit avoir eu des rapports sexuels sans utiliser de condom l'année précédente.

Selon les données de l'ENSP de 1996-1997, un peu plus de la moitié des adolescentes menant une vie sexuelle active prenaient un contraceptif oral (données non publiées). Parmi les jeunes filles célibataires (jamais mariées) de 15 à 19 ans qui avaient eu des rapports sexuels l'année précédente, 55 % ont dit avoir pris la pilule le mois qui a précédé l'enquête.

1 000 jeunes Canadiennes appartenant au groupe d'âge pertinent en 1997. Néanmoins, même pour le groupe des 18 à 19 ans, le taux de grossesses est nettement inférieur à celui enregistré pour les femmes de 20 à 24 ans (100,6 pour 1 000).

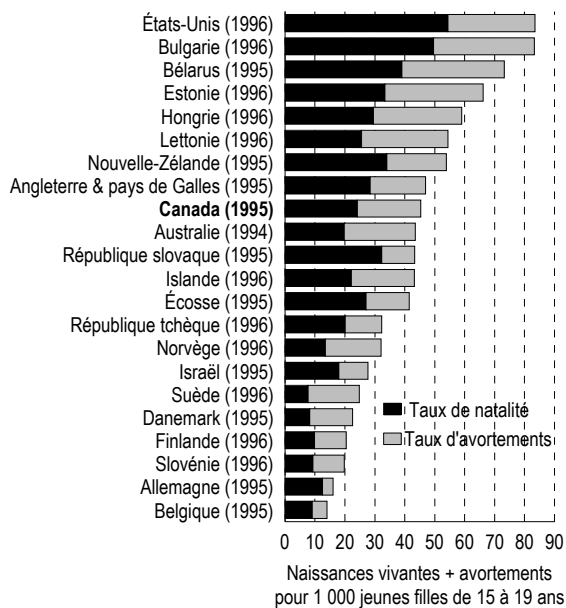
Le taux de grossesses chez les adolescentes a tendance à être plus élevé dans le Nord et dans les Prairies que dans d'autres régions (graphique 2). En

1997, le taux était de 123,3 grossesses pour 1 000 dans les Territoires du Nord-Ouest et supérieur à 60 pour 1 000 au Yukon et au Manitoba. En

Comparaisons internationales

D'après les données produites par *The Alan Guttmacher Institute*, le taux de grossesses observé chez les adolescentes au Canada est modeste comparativement à celui observé dans d'autres pays occidentaux industrialisés¹⁵. *The Alan Guttmacher Institute* est un organisme indépendant, sans but lucratif, dont la mission est « de permettre de prendre des décisions personnelles sensées, d'encourager la recherche scientifique, d'éclairer les débats publics et d'aider les secteurs public et privé à élaborer des programmes et des politiques judicieux » en ce qui concerne « le comportement sexuel, la procréation et la création d'une famille »¹⁶.

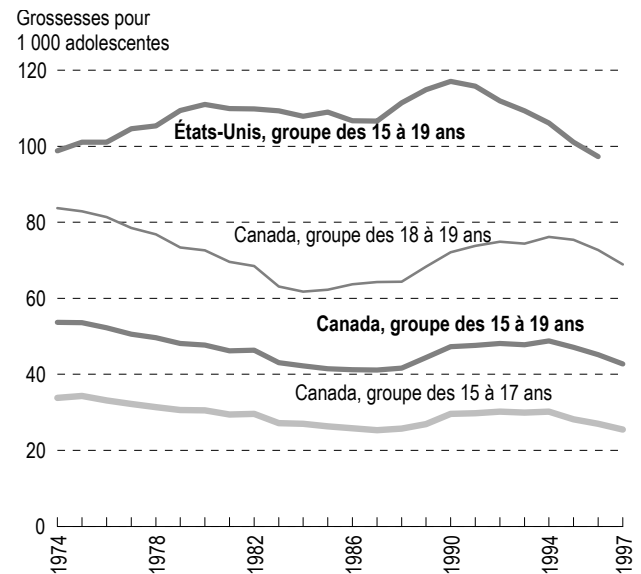
Comparaisons internationales du taux de grossesses chez les adolescentes, 1994, 1995 ou 1996



Sources des données : *The Alan Guttmacher Institute* et référence n° 15
Nota : Ces taux n'incluent pas les cas de mort fœtale; les grossesses représentent ici la somme des naissances vivantes et des avortements.

Graphique 1

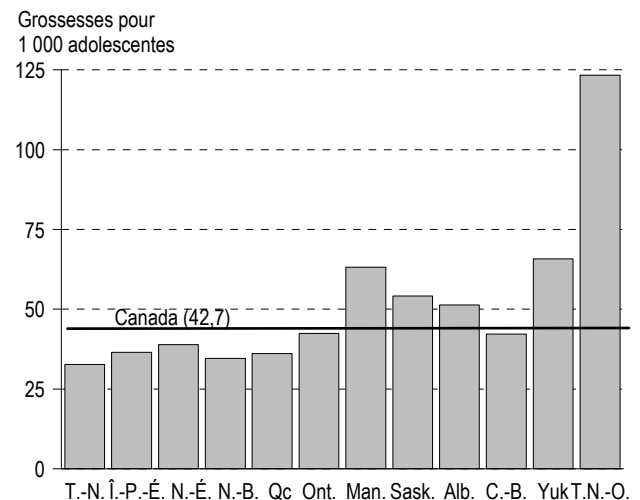
Taux de grossesses chez les adolescentes de 15 à 19 ans, selon l'âge à la fin de la grossesse, Canada et États-Unis, de 1974 à 1997



Sources des données : Références n°s 5, 6 et 7, *Division des statistiques sur la santé, Base canadienne de données sur l'état civil, Institut canadien d'information sur la santé, et The Alan Guttmacher Institute*

Graphique 2

Taux de grossesses chez les adolescentes de 15 à 19 ans, selon la province ou le territoire, 1997



Sources des données : *Division des statistiques sur la santé, Base canadienne de données sur l'état civil, et Institut canadien d'information sur la santé*

revanche, à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick, il était inférieur à 35 pour 1 000 (tableau B en annexe).

L'avortement est aujourd'hui l'issue la plus courante de la grossesse chez les adolescentes

Auparavant, toutes proportions gardées, les adolescentes enceintes qui donnaient le jour à un enfant étaient plus nombreuses que celles qui subissaient un avortement. Cependant, en 1997, étant donné la baisse du taux de naissances vivantes observé pour ce groupe, l'avortement est devenu l'issue la plus courante de la grossesse chez les adolescentes (graphique 3). Cette situation est celle que l'on observe la plupart des années depuis 1993.

Ce mouvement au niveau national tient à des changements survenus dans les trois provinces les plus peuplées, où, en 1997, l'avortement représentait l'issue de la majorité des grossesses chez les adolescentes (tableau C en annexe). En revanche, dans les autres provinces et dans les territoires, la plupart des grossesses chez les adolescentes ont abouti à une naissance vivante (graphique 4) (voir *Accès à l'avortement*).

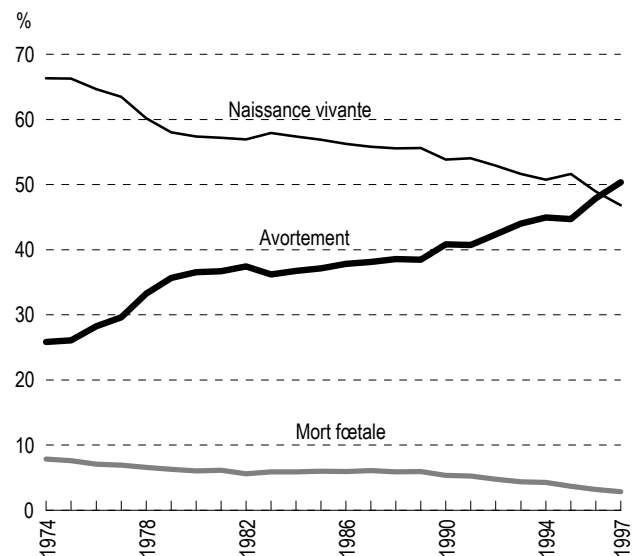
Accès à l'avortement

Avant 1969, la loi n'autorisait pas les femmes canadiennes qui désiraient interrompre leur grossesse à recourir à l'avortement. De 1969 à janvier 1988, les règles de droit en matière d'avortement au Canada permettaient de provoquer l'avortement à condition que soient satisfaits des critères particuliers, y compris l'obtention de l'approbation de trois médecins. En 1988, ces règles ont été abrogées et les médecins ont eu le droit de pratiquer librement l'avortement. En outre, des cliniques privées se sont ouvertes partout au Canada, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard, en Saskatchewan, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest.

L'une des conséquences immédiates de cet accès plus facile à l'avortement a été la baisse prononcée du nombre d'avortements subis aux États-Unis par des résidentes du Canada. D'après les données produites par 14 États, le nombre est passé de 2 757 en 1987 à 293 en 1997 (dont 72 subis par des jeunes filles de 15 à 19 ans).

Graphique 3

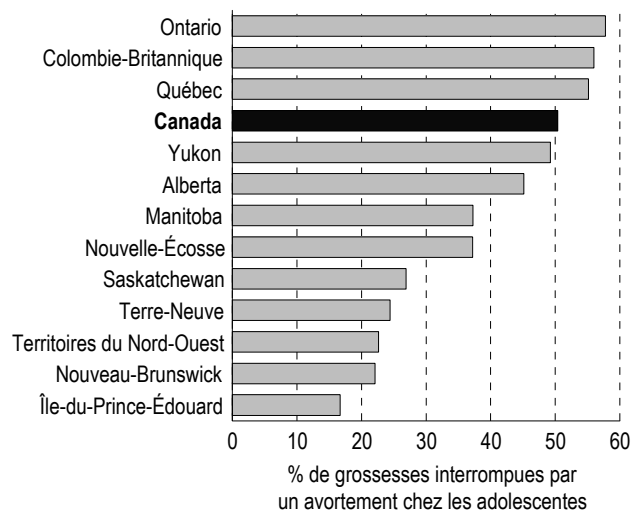
Répartition en pourcentage des issues de la grossesse chez les adolescentes de 15 à 19 ans, Canada, 1974 à 1997



Sources des données : Références n^{os} 5, 6 et 7, Division des statistiques sur la santé, Base canadienne de données sur l'état civil, et Institut canadien d'information sur la santé

Graphique 4

Pourcentage de grossesses interrompues par un avortement chez les adolescentes de 15 à 19 ans, Canada, provinces et territoires, 1997



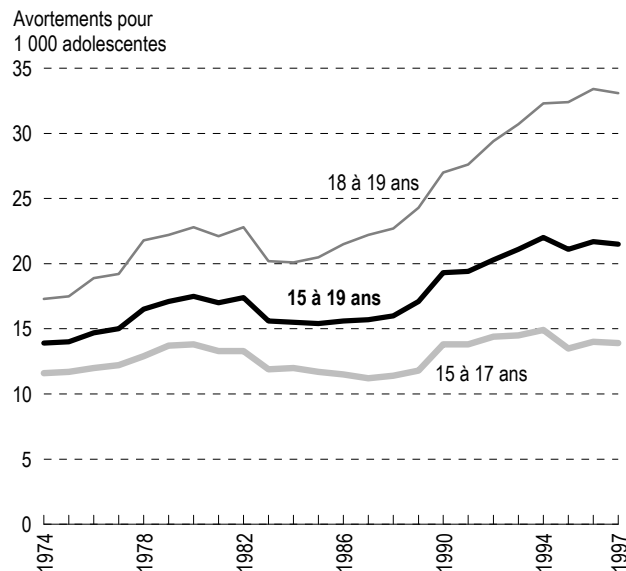
Sources des données : Division des statistiques sur la santé, Base canadienne de données sur l'état civil, et Institut canadien d'information sur la santé

La proportion d'adolescentes enceintes qui subissent un avortement dépend fortement des tendances observées pour les filles de 18 à 19 ans, chez lesquelles on recense la majorité des grossesses d'adolescente (64 % en 1997). Même en 1997, le nombre de naissances vivantes demeurait légèrement plus élevé que le nombre d'avortements chez les adolescentes les plus âgées. Toutefois, étant donné la baisse du taux de naissances vivantes, le pourcentage d'adolescentes qui choisissent l'avortement est passé de 43 % en 1995 à 48 % deux ans plus tard. Chez les filles de 15 à 17 ans, l'avortement a mis un terme à 54 % des grossesses en 1997 (tableau C en annexe).

Stabilité des taux d'avortements de 1994 à 1997

Alors que le taux de grossesses chez les adolescentes a diminué, le taux d'avortements pour 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans n'a pas varié de 1994 à 1997. Par conséquent, puisque la proportion d'adolescentes enceintes qui ont accouché ou perdu

Graphique 5
Taux d'avortements chez les adolescentes de 15 à 19 ans, selon l'âge à la fin de la grossesse, Canada, 1974 à 1997



Sources des données : Références n^{os} 5, 6 et 7, Division des statistiques sur la santé, Base canadienne de données sur l'état civil, et Institut canadien d'information sur la santé

le fœtus a diminué durant cette période, une plus forte proportion ont subi un avortement (graphique 5).

Le taux d'avortements est nettement plus élevé chez les adolescentes les plus âgées, même si celles de 15 à 17 ans qui sont enceintes sont plus susceptibles de subir un avortement que celles de 18 à 19 ans. Le taux d'avortements plus élevé chez les jeunes filles de 18 à 19 ans reflète le nombre plus élevé de grossesses parmi ce groupe. En 1997, le taux estimatif était de 33,1 avortements pour 1 000 jeunes filles pour le groupe des 18 à 19 ans et de 13,9 pour 1 000 jeunes filles pour le groupe des 15 à 17 ans.

Profils différents pour les adolescentes traitées dans les hôpitaux et dans les cliniques d'avortement

Dans les provinces où il est possible d'obtenir un avortement dans un hôpital ou dans une clinique, les adolescentes sont plus susceptibles de s'adresser aux hôpitaux (tableau 1). Cependant, d'après l'analyse des données de l'Ontario et de l'Alberta, seules provinces qui fournissent des renseignements détaillés sur les patientes traitées dans les hôpitaux et dans les cliniques, les caractéristiques des jeunes filles qui recourent à ces deux catégories d'établissements diffèrent quelque peu.

Les avortements pratiqués en clinique étaient plus susceptibles d'avoir eu lieu tout au début de la grossesse ou à un stade assez avancé de celle-ci. En

Tableau 1
Pourcentage des avortements chez des adolescentes pratiqués dans les hôpitaux et dans les cliniques, selon la province, 1997

	Total	Hôpitaux	Cliniques
	%	%	%
Terre-Neuve	100,0	63,8	36,2
Nouvelle-Écosse	100,0	92,7	7,3
Nouveau-Brunswick	100,0	59,0	41,0
Québec	100,0	67,8	32,2
Ontario	100,0	58,9	41,1
Manitoba	100,0	91,1	8,9
Alberta	100,0	63,0	37,0
Colombie-Britannique	100,0	72,9	27,1

Source des données : Division de la statistique de la santé

Nota : Il n'existe pas de clinique d'avortement à l'Île-du-Prince-Édouard, en Saskatchewan, au Yukon ni dans les Territoires du Nord-Ouest.

Tableau 2

Caractéristiques des adolescentes qui ont obtenu un avortement en milieu hospitalier ou en clinique, Ontario et Alberta,† 1997

	Hôpitaux	Cliniques
	%	%
Durée de la gestation		
Total	100,0	100,0
Moins de 9 semaines	24,6	39,9
9 à 12 semaines	62,3	39,0
13 à 16 semaines	11,2	15,5
17 à 20 semaines	1,7	5,5
21 à 40 semaines	0,2	--
Accouchements antérieurs		
Total	100,0	100,0
Aucun	83,4	83,9
Un	14,4	13,7
Plus d'un	2,2	2,3
Avortements provoqués antérieurs		
Total	100,0	100,0
Aucun	82,1	76,3
Un	15,6	19,4
Plus d'un	2,3	4,4
État matrimonial‡		
Total	100,0	100,0
Célibataires	96,5	96,1
Mariées	1,3	0,9
Union libre	2,1	2,7

Source des données : Division de la statistique de la santé

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† L'Ontario et l'Alberta sont les seules provinces qui fournissent des données détaillées sur les femmes ayant subi un avortement dans les hôpitaux et dans les cliniques

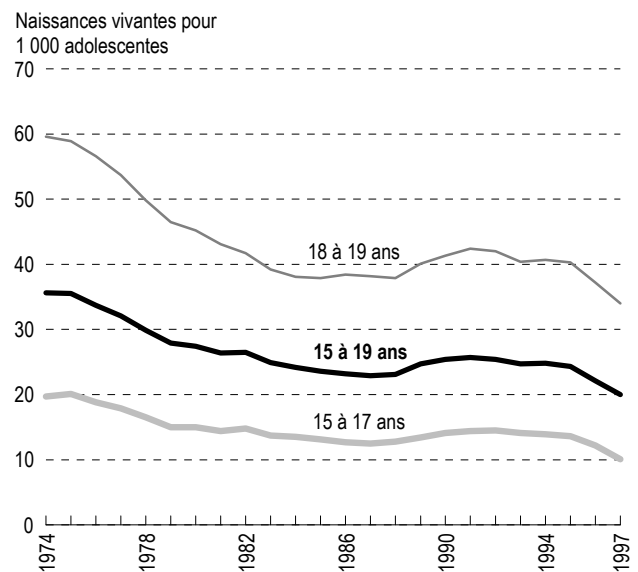
‡ Le nombre d'adolescentes séparées, divorcées ou veuves est trop faible pour être publié.

-- Nombres infimes

1997, 40 % des adolescentes qui ont subi un avortement dans une clinique étaient enceintes de moins de 9 semaines; la proportion correspondante est de 25 % pour les hôpitaux (tableau 2). De la même façon, plus de 5 % des avortements pratiqués sur des adolescentes dans les cliniques, mais moins de 2 % de ceux pratiqués dans les hôpitaux, l'ont été après au moins 17 semaines de gestation. En outre, comparativement à celles qui ont été traitées dans un hôpital, une proportion un peu plus élevée d'adolescentes qui ont subi un avortement en clinique avait déjà subi antérieurement au moins un avortement provoqué : 24 % contre 18 %. En 1997, qu'elles aient été traitées dans une clinique ou un hôpital, la grande majorité (96 %) des adolescentes

Graphique 6

Taux de naissances vivantes chez les adolescentes de 15 à 19 ans, selon l'âge à la fin de la grossesse, Canada, 1974 à 1997



Sources des données : Références nos 5, 6 et 7, Division des statistiques sur la santé, Base canadienne de données sur l'état civil, et Institut canadien d'information sur la santé

ontariennes et albertaines qui ont subi un avortement étaient célibataires; moins de 3 % vivaient en union libre et à peine 1 % étaient mariées.

Naissances vivantes

Moins d'adolescentes tombent enceintes et, comme on l'a mentionné plus haut, un moins grand nombre de celles qui le sont mettent au monde un enfant. En 1997, le nombre de naissances vivantes chez les adolescentes se chiffrait à 19 724 et, pour le groupe des 15 à 19 ans, le taux de natalité a atteint un creux record de 20 naissances pour 1 000 (graphique 6). Le taux a baissé aussi bien chez les jeunes adolescentes que chez les plus âgées.

Cette année-là, on a observé un taux de natalité assez élevé chez les adolescentes des provinces des Prairies et des territoires et assez faible chez celles du Québec, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique (tableau B en annexe).

Mort fœtale

Depuis 1974, la proportion estimative de grossesses interrompues par la mort du fœtus (avortement

Estimation du nombre d'avortements spontanés

Il n'existe aucune méthode précise pour dénombrer les avortements spontanés qui n'entraînent pas l'hospitalisation. En fait, nombre de pays n'incluent pas les avortements spontanés dans le calcul du nombre de grossesses et ne s'appuient que sur les nombres plus fiables de naissances vivantes, d'avortements provoqués et de mortinaissances. Par conséquent, les comparaisons internationales peuvent être problématiques. Deux moyens indirects d'estimer le nombre d'avortements spontanés sont utilisés : l'utilisation de données d'enquête sur la fécondité et une formule fondée sur les tables de survie fœtale.

D'après les données de l'Enquête sur la fécondité au Canada de 1984, le nombre d'avortements spontanés pour 100 naissances vivantes était de 16,4 pour l'ensemble des femmes, tous âges confondus¹⁷. Ce chiffre confirme les résultats d'une étude antérieure selon laquelle la proportion estimative d'avortements spontanés correspondrait à 15 % de la totalité des grossesses¹⁸. Cependant, cette enquête remonte maintenant à 16 ans et le rapport pourrait avoir changé. Selon une publication plus récente fondée sur des données américaines, environ 19 % des grossesses se solderaient par un avortement spontané. La formule appliquée pour calculer cette estimation tient compte de l'interruption par avortement spontané des grossesses qui auraient pu être menées à terme et des avortements spontanés qui auraient pu survenir si un avortement n'avait pas été provoqué¹⁹. Bien que la validité de cette étude soit limitée du fait qu'elle se fonde sur des tables hebdomadaires de survie fœtale établies pour la ville de New York en 1980, l'auteur soutient qu'elle est suffisante pour généraliser les résultats à l'ensemble des États-Unis. *The Alan Guttmacher Institute* estime que la proportion d'avortements spontanés correspondrait à 20 % des naissances vivantes plus 10 % des avortements provoqués²⁰. Le calcul des taux de grossesses fait

par l'Institut tient compte des naissances vivantes, des mortinaissances, des avortements provoqués et du nombre estimatif d'avortements spontanés.

Aux États-Unis, le *National Center for Health Statistics (NCHS)* et les *Centers for Disease Control and Prevention* publient également des taux de grossesses chez les adolescentes et se servent des données tirées des *National Surveys of Family Growth* de 1982, 1988 et 1995 pour estimer le nombre d'avortements spontanés. Les chiffres qu'ils obtiennent sont un peu plus élevés que ceux produits par *The Alan Guttmacher Institute*. Par exemple, pour les jeunes filles de 15 à 19 ans aux États-Unis, le taux estimatif de grossesses calculé pour 1996 par le NCHS est de 98,7 pour 1 000 et celui calculé par *The Alan Guttmacher Institute*²¹, de 97,3 pour 1 000.

Taux de grossesses chez les adolescentes de 15 à 19 ans, selon la méthode de détermination du nombre d'avortements spontanés, Canada, 1997

	Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes
Utilisation des données existantes sur les avortements spontanés†	42,7
Exclusion des avortements spontanés et des mortinaissances	41,5
Avortements spontanés estimés à 16,4 % des naissances vivantes	44,8
Avortements spontanés estimés à 20 % des naissances vivantes et à 10 % des avortements provoqués (<i>The Alan Guttmacher Institute</i>)	47,6

Source des données : *Division des statistiques sur la santé*

† Cette méthode est celle utilisée traditionnellement pour calculer le nombre d'avortements spontanés au Canada et celle qui a été utilisée pour produire toutes les données du présent article.

spontané ou mortinaissance, voir *Définitions*) chez les adolescentes est inférieure à 10 %. Cependant, les cas de mort fœtale sont sous-estimés. Alors que le dénombrement des mortinaissances est virtuellement complet, il est difficile d'estimer le nombre de d'avortements spontanés, parce qu'ils ne sont pas nécessairement portés à l'attention du système de soins de santé (voir *Estimation du nombre d'avortements spontanés*).

Mot de la fin

Ces dernières années, on a observé un recul de la grossesse chez les adolescentes au Canada. Parallèlement, le taux d'avortements chez les adolescentes s'est stabilisé. Par conséquent, la proportion de grossesses qui, chez les adolescentes, se terminent par un avortement a augmenté et excède pour la première fois la proportion de grossesses qui aboutissent à une naissance vivante.

Le taux de grossesses est plus élevé chez les adolescentes âgées que chez les jeunes adolescentes. L'avortement est l'issue la plus courante de la grossesse chez les jeunes filles de 15 à 17 ans. Par contre, celles qui sont plus âgées sont plus susceptibles de mettre au monde un bébé.

Le taux de grossesses chez les adolescentes a tendance à être élevé dans le Nord et dans les provinces des Prairies et faible dans la région Atlantique. Cependant, dans chaque province ou territoire, sauf au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique, la plupart des adolescentes enceintes donnent le jour à un enfant plutôt que de subir un avortement. ●

Références

1. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), *Au-delà du plaisir : guide canadien sur la sexualité et la contraception*, Ottawa, SOGC, 2000.
2. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, 1999.
3. T. Combes-Orme, « Health effects of adolescent pregnancy: Implications for social workers », *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 74(6), 1993, p. 344-354.
4. R.J. Turner, C.F. Grindstaff et N. Phillips, « Social support and outcome in teenage pregnancy », *Journal of Health and Social Behavior*, 31(1), 1990, p. 43-57.
5. Statistique Canada, *Santé périnatale : grossesses et taux, Canada, 1974-1993* (n° 82-568-XPB au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1996.
6. Statistique Canada, *Avortements thérapeutiques, 1995* (n° 82-219-XPB au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 1997.
7. S. Wadhera et W.J. Millar, « La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994 », *Rapports sur la santé*, 9(3), 1997, p. 9-18 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
8. The Alan Guttmacher Institute, *Facts in Brief: Teen Sex and Pregnancy, 1999*, New York, The Alan Guttmacher Institute, 1999.
9. J. Coté et A. Allahar, *Generation on Hold*, Toronto, Stoddard Publishing, 1994.
10. W. Clement et J. Myles, *Relations of Ruling: Class and Gender in Postindustrial Societies*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1994.
11. 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 9^e révision, 1975, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977.
12. The Alan Guttmacher Institute, *Teenage Pregnancy: Overall Trends and State-by-State Information*, New York, The Alan Guttmacher Institute, 1999.
13. The Alan Guttmacher Institute, *Why is Teenage Pregnancy Declining? The Roles of Abstinence, Sexual Activity and Contraceptive Use*, New York, The Alan Guttmacher Institute, 1999.
14. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes », *Rapports sur la santé*, 10(2), 1998, p. 9-20 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
15. S. Singh et J.E. Darroch, « Adolescent pregnancy and childbearing: Levels and trends in developed countries », *Family Planning Perspectives*, 32(1), 2000, p. 14-23.
16. The Alan Guttmacher Institute, *Mission Statement*, disponible à : <http://www.agi-usa.org/about/mission.html>, site consulté le 12 juillet 2000.
17. T.R. Balakrishnan, E. Lapierre-Adamcyk et K.J. Krotki, « Attitudes Towards Abortion in Canada », *Canadian Studies in population*, 15(2), 1988, p. 201-215.
18. H. Leridon, *Human Fertility: The Basic Components*, Chicago, University of Chicago Press, 1977.
19. C.R. Hammerslough, « Estimating the probability of spontaneous abortion in the presence of induced abortion and vice versa », *Public Health Reports*, 107(3) 1992, p. 269-277.
20. The Alan Guttmacher Institute, *Special Report: U.S. Teenage Pregnancy Statistics: With Comparative Statistics for Women Aged 20-24*, New York, The Alan Guttmacher Institute, 2000.
21. S.J. Ventura, S.C. Curtin et T.J. Mathews, « Variations in teenage birth rates 1991-98: National and state trends », *National Vital Statistics Reports*, 48(6), 2000, p. 1-16.

Annexe

Tableau A

Issues de la grossesse chez les adolescentes, selon l'âge à la fin de la grossesse, Canada, 1974 à 1994

	Total			Total				Total			Total		
	15-19	15-17	18-19	15-19	15-17	18-19		15-19	15-17	18-19	15-19	15-17	18-19
	Nombre			Pour 1 000 jeunes filles				Nombre			Pour 1 000 jeunes filles		
Total des grossesses							Avortements						
1974	61 242	23 180	38 062	53,7	33,8	83,7	1974	15 805	7 937	7 868	13,9	11,6	17,3
1975	61 964	23 899	38 065	53,6	34,3	82,9	1975	16 173	8 135	8 038	14,0	11,7	17,5
1976	61 267	23 467	37 800	52,2	33,1	81,4	1976	17 315	8 551	8 764	14,7	12,0	18,9
1977	59 923	22 985	36 938	50,6	32,2	78,5	1977	17 735	8 684	9 051	15,0	12,2	19,2
1978	59 210	22 417	36 793	49,6	31,4	76,8	1978	19 681	9 228	10 453	16,5	12,9	21,8
1979	57 423	21 629	35 794	48,0	30,6	73,4	1979	20 488	9 661	10 827	17,1	13,7	22,2
1980	56 784	21 374	35 410	47,7	30,5	72,6	1980	20 765	9 650	11 115	17,5	13,8	22,8
1981	53 782	19 865	33 917	46,2	29,4	69,6	1981	19 739	8 954	10 785	17,0	13,3	22,1
1982	52 163	18 874	33 289	46,4	29,6	68,5	1982	19 536	8 463	11 073	17,4	13,3	22,8
1983	46 190	16 251	29 939	43,1	27,2	63,1	1983	16 718	7 150	9 568	15,6	11,9	20,2
1984	43 233	15 553	27 680	42,2	27,0	61,8	1984	15 883	6 887	8 996	15,5	12,0	20,1
1985	40 892	15 020	25 872	41,5	26,3	62,3	1985	15 183	6 658	8 525	15,4	11,7	20,5
1986	40 000	14 813	25 187	41,2	25,8	63,7	1986	15 133	6 636	8 497	15,6	11,5	21,5
1987	39 340	14 449	24 891	41,1	25,3	64,3	1987	14 998	6 411	8 587	15,7	11,2	22,2
1988	39 636	14 368	25 268	41,6	25,7	64,4	1988	15 277	6 361	8 916	16,0	11,4	22,7
1989	42 133	14 744	27 389	44,4	26,9	68,3	1989	16 201	6 446	9 755	17,1	11,8	24,3
1990	44 750	16 354	28 396	47,3	29,6	72,1	1990	18 274	7 635	10 639	19,3	13,8	27,0
1991	44 745	16 725	28 020	47,6	29,8	73,8	1991	18 214	7 722	10 492	19,4	13,8	27,6
1992	45 323	17 154	28 169	48,1	30,2	74,9	1992	19 190	8 153	11 037	20,3	14,4	29,4
1993	45 412	16 986	28 426	47,8	29,9	74,4	1993	19 989	8 249	11 740	21,1	14,5	30,7
1994	46 753	17 153	29 600	48,8	30,2	76,2	1994	21 026	8 486	12 540	22,0	14,9	32,3
1995	45 402	16 273	29 129	47,1	28,2	75,4	1995	20 306	7 785	12 521	21,1	13,5	32,4
1996	44 182	15 950	28 232	45,2	27,0	72,7	1996	21 176	8 225	12 951	21,7	13,9	33,4
1997	42 162	15 196	26 966	42,7	25,5	68,9	1997	21 233	8 269	12 964	21,5	13,9	33,1
Naissances vivantes							Morts fœtales						
1974	40 623	13 513	27 110	35,6	19,7	59,6	1974	4 814	1 730	3 084	4,2	2,5	6,8
1975	41 074	13 999	27 075	35,5	20,1	58,9	1975	4 717	1 765	2 952	4,1	2,5	6,4
1976	39 612	13 323	26 289	33,7	18,8	56,6	1976	4 340	1 593	2 747	3,7	2,2	5,9
1977	38 048	12 805	25 243	32,1	17,9	53,7	1977	4 140	1 496	2 644	3,5	2,1	5,6
1978	35 630	11 756	23 874	29,9	16,5	49,8	1978	3 899	1 433	2 466	3,3	2,0	5,1
1979	33 324	10 643	22 681	27,9	15,0	46,5	1979	3 611	1 325	2 286	3,0	1,9	4,7
1980	32 596	10 546	22 050	27,4	15,0	45,2	1980	3 423	1 178	2 245	2,9	1,7	4,6
1981	30 745	9 760	20 985	26,4	14,4	43,1	1981	3 298	1 151	2 147	2,8	1,7	4,4
1982	29 708	9 414	20 294	26,5	14,8	41,7	1982	2 919	997	1 922	2,6	1,6	4,0
1983	26 747	8 186	18 561	24,9	13,7	39,2	1983	2 725	915	1 810	2,5	1,5	3,8
1984	24 802	7 759	17 043	24,2	13,5	38,1	1984	2 548	907	1 641	2,5	1,5	3,7
1985	23 263	7 493	15 770	23,6	13,1	37,9	1985	2 446	869	1 577	2,5	1,5	3,8
1986	22 498	7 317	15 181	23,2	12,7	38,4	1986	2 369	860	1 509	2,4	1,5	3,8
1987	21 956	7 152	14 808	22,9	12,5	38,2	1987	2 386	886	1 500	2,5	1,6	3,9
1988	22 019	7 151	14 868	23,1	12,8	37,9	1988	2 340	856	1 484	2,5	1,5	3,8
1989	23 427	7 362	16 065	24,7	13,4	40,1	1989	2 505	936	1 569	2,6	1,7	3,9
1990	24 083	7 807	16 276	25,4	14,1	41,3	1990	2 393	912	1 481	2,5	1,7	3,8
1991	24 180	8 064	16 116	25,7	14,4	42,4	1991	2 351	939	1 412	2,5	1,7	3,7
1992	23 985	8 202	15 783	25,4	14,5	42,0	1992	2 148	799	1 349	2,3	1,4	3,6
1993	23 437	7 975	15 462	24,7	14,1	40,4	1993	1 986	762	1 224	2,1	1,3	3,2
1994	23 728	7 904	15 824	24,8	13,9	40,7	1994	1 999	763	1 236	2,1	1,3	3,2
1995	23 422	7 847	15 575	24,3	13,6	40,3	1995	1 674	641	1 033	1,7	1,1	2,7
1996	21 601	7 171	14 430	22,1	12,2	37,2	1996	1 405	554	851	1,4	0,9	2,2
1997	19 724	6 431	13 293	20,0	10,8	34,0	1997	1 205	496	709	1,2	0,8	1,8

Sources des données : Références nos 5, 6 et 7, Division des statistiques sur la santé, Base canadienne de données sur l'état civil, et Institut canadien d'information sur la santé

Tableau B

Issues de la grossesse chez les adolescentes, selon l'âge à la fin de la grossesse, Canada, provinces et territoires, 1997

	Nombre			Pour 1 000 jeunes filles				Nombre			Pour 1 000 jeunes filles		
	15-19	15-17	18-19	15-19	15-17	18-19		15-19	15-17	18-19	15-19	15-17	18-19
Total des grossesses							Avortements						
Canada	42 162[†]	15 196[‡]	26 966[§]	42,7	25,5	68,9	Canada	21 233	8 269	12 964	21,5	13,9	33,1
Terre-Neuve	713	258	455	32,7	19,7	52,4	Terre-Neuve	174	79	95	8,0	6,0	10,9
Île-du-Prince-Édouard	180	57	123	36,5	19,4	61,6	Île-du-Prince-Édouard	30	12	18	6,1	4,1	9,0
Nouvelle-Écosse	1 210	451	759	38,9	24,2	60,7	Nouvelle-Écosse	450	187	263	14,5	10,0	21,0
Nouveau-Brunswick	884	303	581	34,6	19,8	56,5	Nouveau-Brunswick	195	73	122	7,6	4,8	11,9
Québec	8 757	2 790	5 967	36,1	19,2	61,5	Québec	4 830	1 702	3 128	19,9	11,7	32,3
Ontario	15 038	5 615	9 423	42,4	26,2	67,1	Ontario	8 683	3 495	5 188	24,5	16,3	36,9
Manitoba	2 437	943	1 494	63,2	40,6	97,6	Manitoba	908	368	540	23,6	15,8	35,3
Saskatchewan	2 076	776	1 300	54,2	33,4	86,2	Saskatchewan	558	202	356	14,6	8,7	23,6
Alberta	5 101	1 837	3 264	51,5	30,3	84,7	Alberta	2 303	911	1 392	23,2	15,1	36,1
Colombie-Britannique	5 346	1 974	3 372	42,1	25,8	67,2	Colombie-Britannique	2 994	1 184	1 810	23,6	15,5	36,1
Yukon	67	29	38	65,8	44,8	102,4	Yukon	x	x	x	32,4	24,7	45,8
Territoires du Nord-Ouest	331	159	172	123,3	98,2	161,5	Territoires du Nord-Ouest	x	x	x	27,9	24,7	32,9
Naissances vivantes							Morts fœtales						
Canada	19 724[†]	6 431[‡]	13 293[§]	20,0	10,8	34,0	Canada	1 205	496	709	1,2	0,8	1,8
Terre-Neuve	492	162	330	22,6	12,4	38,0	Terre-Neuve	47	17	30	2,2	1,3	3,5
Île-du-Prince-Édouard	143	42	101	29,0	14,3	50,6	Île-du-Prince-Édouard	7	3	4	1,4	1,0	2,0
Nouvelle-Écosse	738	251	487	23,7	13,5	39,0	Nouvelle-Écosse	22	13	9	0,7	0,7	0,7
Nouveau-Brunswick	649	217	432	25,4	14,2	42,0	Nouveau-Brunswick	40	13	27	1,6	0,9	2,6
Québec	3 745	1 018	2 727	15,5	7,0	28,1	Québec	182	70	112	0,8	0,5	1,2
Ontario	6 067	2 005	4 062	17,1	9,4	28,9	Ontario	288	115	173	0,8	0,5	1,2
Manitoba	1 398	508	890	36,3	21,9	58,1	Manitoba	131	67	64	3,4	2,9	4,2
Saskatchewan	1 429	530	899	37,3	22,8	59,6	Saskatchewan	89	44	45	2,3	1,9	3,0
Alberta	2 561	838	1 723	25,8	13,8	44,7	Alberta	237	88	149	2,4	1,5	3,9
Colombie-Britannique	2 206	730	1 476	17,4	9,5	29,4	Colombie-Britannique	146	60	86	1,2	0,8	1,7
Yukon	32	12	20	31,4	18,5	53,9	Yukon	x	x	x	2,0	1,5	2,7
Territoires du Nord-Ouest	242	114	128	90,2	70,4	120,2	Territoires du Nord-Ouest	x	x	x	5,2	3,1	8,5

Sources des données : Références nos 5, 6 et 7, Division des statistiques sur la santé, Base canadienne de données sur l'état civil, et Institut canadien d'information sur la santé

† Y compris 22 naissances vivantes pour lesquelles on ne connaît pas la province de résidence de la mère.

‡ Y compris 4 naissances vivantes pour lesquelles on ne connaît pas la province de résidence de la mère.

§ Y compris 18 naissances vivantes pour lesquelles on ne connaît pas la province de résidence de la mère.

x Non divulgué conformément aux exigences de la Loi sur la statistique.

Tableau C

Répartition en pourcentage des issues de la grossesse chez les adolescentes, selon l'âge à la fin de la grossesse, Canada, provinces et territoires, 1997

	Total 15-19	15-17	18-19		Total 15-19	15-17	18-19
Canada				Manitoba			
Nombre	42 162 [†]	15 196 [‡]	26 966 [§]	Nombre	2 437	943	1 494
Répartition en pourcentage	100,0	100,0	100,0	Répartition en pourcentage	100,0	100,0	100,0
Naissance vivante	46,8	42,3	49,3	Naissance vivante	57,4	53,9	59,6
Avortement	50,4	54,4	48,1	Avortement	37,3	39,0	36,1
Mort fœtale	2,9	3,3	2,6	Mort fœtale	5,4	7,1	4,3
Terre-Neuve				Saskatchewan			
Nombre	713	258	455	Nombre	2 076	776	1 300
Répartition en pourcentage	100,0	100,0	100,0	Répartition en pourcentage	100,0	100,0	100,0
Naissance vivante	69,0	62,8	72,5	Naissance vivante	68,8	68,3	69,2
Avortement	24,4	30,6	20,9	Avortement	26,9	26,0	27,4
Mort fœtale	6,6	6,6	6,6	Mort fœtale	4,3	5,7	3,5
Île-du-Prince-Édouard				Alberta			
Nombre	180	57	123	Nombre	5 101	1 837	3 264
Répartition en pourcentage	100,0	100,0	100,0	Répartition en pourcentage	100,0	100,0	100,0
Naissance vivante	79,4	73,7	82,1	Naissance vivante	50,2	45,6	52,8
Avortement	16,7	21,1	14,6	Avortement	45,1	49,6	42,6
Mort fœtale	3,9	5,3	3,3	Mort fœtale	4,6	4,8	4,6
Nouvelle-Écosse				Colombie-Britannique			
Nombre	1 210	451	759	Nombre	5 346	1 974	3 372
Répartition en pourcentage	100,0	100,0	100,0	Répartition en pourcentage	100,0	100,0	100,0
Naissance vivante	61,0	55,7	64,2	Naissance vivante	41,3	37,0	43,8
Avortement	37,2	41,5	34,7	Avortement	56,0	60,0	53,7
Mort fœtale	1,8	2,9	1,2	Mort fœtale	2,7	3,0	2,6
Nouveau-Brunswick				Yukon			
Nombre	884	303	581	Nombre	67	29	38
Répartition en pourcentage	100,0	100,0	100,0	Répartition en pourcentage	100,0	100,0	100,0
Naissance vivante	73,4	71,6	74,4	Naissance vivante	47,8	41,4	52,6
Avortement	22,1	24,1	21,0	Avortement	x	x	x
Mort fœtale	4,5	4,3	4,6	Mort fœtale	x	x	x
Québec				Territoires du Nord-Ouest			
Nombre	8 757	2 790	5 967	Nombre	331	159	172
Répartition en pourcentage	100,0	100,0	100,0	Répartition en pourcentage	100,0	100,0	100,0
Naissance vivante	42,8	36,5	45,7	Naissance vivante	73,1	71,7	74,4
Avortement	55,2	61,0	52,4	Avortement	x	x	x
Mort fœtale	2,1	2,5	1,9	Mort fœtale	x	x	x
Ontario							
Nombre	15 038	5 615	9 423				
Répartition en pourcentage	100,0	100,0	100,0				
Naissance vivante	40,3	35,7	43,1				
Avortement	57,7	62,2	55,1				
Mort fœtale	1,9	2,0	1,8				

Sources des données : Division des statistiques sur la santé, Base canadienne de données sur l'état civil, et Institut canadien d'information sur la santé

[†] Y compris 22 naissances vivantes pour lesquelles on ne connaît pas la province de résidence de la mère.

[‡] Y compris 4 naissances vivantes pour lesquelles on ne connaît pas la province de résidence de la mère.

[§] Y compris 18 naissances vivantes pour lesquelles on ne connaît pas la province de résidence de la mère.

x Non divulgué conformément aux exigences de la Loi sur la statistique.

Enquête nationale sur la santé de la population - Déclaration par procuration

Margot Shields

Résumé

Objectifs

Le présent article illustre la portée de la déclaration par procuration dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Il étudie le lien entre la forme de déclaration (en personne ou par procuration) et la prévalence de certains problèmes de santé. L'article examine aussi la relation entre le changement de forme de déclaration et l'incidence sur deux ans des problèmes de santé.

Source des données

Les résultats transversaux se fondent sur les données du Fichier santé et du Fichier général de l'ENSP de 1996-1997. Les résultats longitudinaux ont trait aux participants à l'enquête de 1994-1995 qui vivaient toujours à domicile en 1996-1997.

Techniques d'analyse

Chacun des fichiers de données de l'ENSP s'est vu calculer un taux de déclaration par procuration. L'analyse compare ensuite les estimations de la prévalence de certains problèmes de santé calculées d'après les données des deux fichiers transversaux (général et santé) de 1996-1997. L'analyse multivariée permet finalement de déceler les liens entre la déclaration en personne ou par procuration et l'existence de problèmes de santé.

Principaux résultats

La prévalence de nombreux problèmes de santé est significativement plus élevée selon qu'on l'estime d'après les données du Fichier santé transversal de 1996-1997 (pour lequel la déclaration par procuration est moins courante) plutôt que d'après les données du Fichier général. Pour certains problèmes de santé chroniques, la cote exprimant la possibilité de déclarer un nouveau cas est plus élevée pour les personnes pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration en 1994-1995 mais en personne en 1996-1997.

Mots-clés

Problèmes de santé chroniques, limitation des activités, enquêtes-santé

Auteur

Margot Shields (613-951-4177; shiemar@statcan.ca) travaille à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

La déclaration par procuration pose souvent un dilemme aux concepteurs d'enquête. Certes, les renseignements recueillis directement auprès des participants à une enquête sont généralement plus fiables. Cependant, des impératifs poussent souvent à accepter des renseignements fournis par une tierce personne (réponse par procuration ou personne interposée), notamment pour réduire le taux de non-réponse et diminuer le coût de la collecte des données.

Quoique les travaux de recherche antérieurs n'aient guère été probants¹, un « effet de réponse par procuration » pourrait, selon plusieurs études, entacher les données des enquêtes-santé²⁻¹³. Autrement dit, une personne qui fournit des renseignements au nom d'une autre serait peut-être moins susceptible de déclarer certains événements relatifs à la santé que la personne elle-même. Ainsi, les estimations de la prévalence de l'hospitalisation, des problèmes de santé chroniques, de la limitation des activités, des problèmes émotionnels et de la douleur sont, selon certains auteurs, plus faibles si on les calcule d'après des renseignements fournis par procuration plutôt qu'autodéclarés²⁻¹³.

Par contre, sur une courte période de référence (deux semaines, par exemple), les observations sont contradictoires à l'égard de certaines variables telles

que la maladie aiguë, l'incapacité et les consultations d'un dentiste ou d'un médecin. Selon certaines études, les personnes qui répondent

Source des données

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

L'analyse présentée ici se fonde sur les données transversales de la composante des ménages du deuxième cycle (1996-1997) de l'ENSP et sur les données longitudinales des premier (1994-1995) et deuxième cycles (dans les deux cas, couvrant les 10 provinces). L'échantillon transversal de 1996-1997 comprend les membres du panel longitudinal et les personnes sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (achat d'unités d'échantillonnage additionnelles) achetés par trois provinces. Ces personnes ont été sélectionnées par la méthode de composition aléatoire et sont incluses dans l'échantillon pour les seuls besoins de l'analyse transversale.

La composante générale du questionnaire sert à obtenir des renseignements tant de nature sociodémographique que générale sur la santé de chaque membre des ménages sélectionnés pour participer à l'enquête. Les données ainsi recueillies figurent dans le Fichier général. La composante santé sert pour sa part à colliger des renseignements détaillés sur la santé d'un membre du ménage choisi au hasard. Ces renseignements détaillés, ainsi que les renseignements concernant cette personne recueillis dans le cadre de la composante générale, figurent dans le Fichier santé.

La composante des ménages de l'ENSP de 1994-1995 couvrant les 10 provinces portait sur un échantillon de 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. À l'issue d'un tri de sélection visant à s'assurer du caractère représentatif de l'échantillon, 20 725 ménages faisaient encore partie du champ d'observation. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée au hasard avait 12 ans et plus. Parmi ces personnes, 17 626 ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé, ce qui représente un taux de réponse de 96,1 %. De ces 17 626 personnes sélectionnées au hasard, 14 786 remplissaient les conditions pour

faire partie du panel longitudinal, de même que 468 personnes pour lesquelles seuls des renseignements généraux ont été recueillis en 1994-1995 et 2 022 personnes de moins de 12 ans sélectionnées au hasard. Donc, en tout, 17 276 membres du panel longitudinal répondaient aux critères pour être interviewés de nouveau en 1996-1997. Les autres personnes qui ont participé à l'enquête de 1994-1995 correspondaient aux unités d'échantillonnage supplémentaires achetées par certains gouvernements provinciaux pour augmenter la taille de l'échantillon dans leur province lors du premier cycle uniquement. Ces personnes n'ont fait l'objet d'aucun suivi.

En tout, 16 168 membres du panel longitudinal ont participé à l'enquête en 1996-1997, ce qui représente un taux de réponse de 93,6 %. De ces 16 168 personnes, 15 670 ont fourni des renseignements complets, c'est-à-dire des renseignements tant généraux que détaillés sur leur santé aux deux cycles de l'enquête.

La participation ponctuelle de personnes supplémentaires au deuxième cycle de l'enquête pour les besoins de l'analyse transversale a porté la taille de l'échantillon total à 210 377 personnes pour la composante générale (173 216 de 12 ans et plus) et à 81 804 personnes pour la composante santé (73 402 de 12 ans et plus). Le taux de réponse global pour la composante santé est de 79,0 %.

Les données ont été pondérées en tenant compte du plan de sondage, des corrections pour la non-réponse et de la stratification a posteriori. L'analyse transversale repose sur les données du Fichier général et du Fichier santé pour les personnes de 12 ans et plus, pondérées de façon à ce qu'elles soient représentatives des 24,6 millions de Canadiens et Canadiennes qui habitent les 10 provinces. L'analyse longitudinale se fonde sur les personnes qui avaient 12 ans et plus en 1994-1995, qui faisaient encore partie de la population à domicile en 1996-1997 (autrement dit, qui ne vivaient pas en établissement) et pour lesquelles des données complètes ont été recueillies (pour la composante générale et la composante santé) lors des deux cycles. Cet échantillon de 13 427 personnes a été pondéré de façon à ce qu'il soit représentatif de 23,5 millions de Canadiens.

Une description plus détaillée du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'interview de l'ENSP figure dans des rapports déjà publiés¹⁴⁻¹⁶.

personnellement sont plus susceptibles que celles qui répondent par procuration de mentionner des événements de cette nature^{4,7,8,10,11}, tandis que selon d'autres, cela n'est pas le cas^{6,17,18}. Même les personnes qui répondent personnellement peuvent sous-estimer les événements relatifs à la santé, comme le laisse croire la comparaison de certaines données d'enquête aux dossiers médicaux et aux rapports des médecins^{2,13,19,20}.

La question de la réponse par procuration a été débattue en profondeur au moment de la conception de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) au début des années 1990. Tout comme dans de nombreuses autres enquêtes, plusieurs raisons ont présidé à l'acceptation de la réponse par procuration pour certaines composantes de l'ENSP, tandis qu'elle a été vivement déconseillée pour d'autres.

Le présent article précise la portée de la déclaration par procuration dans les fichiers transversaux de l'ENSP de 1996-1997 (voir *Source des données, Techniques d'analyse et Limites*). Il présente les caractéristiques des personnes pour lesquelles les réponses à l'enquête ont été fournies par procuration, c'est-à-dire par un autre membre du ménage. La déclaration par procuration est également mise en parallèle avec la prévalence de divers problèmes de santé pour déterminer s'il existe un effet de réponse par procuration. L'analyse étudie aussi le lien entre les nouveaux cas (incidence) de certains problèmes de santé et les changements de forme de déclaration (par procuration ou en personne) d'un cycle à l'autre, en se fondant sur les données longitudinales des deux premiers cycles de l'ENSP (1994-1995 et 1996-1997).

Déclaration par procuration par opposition à réponse en personne

La déclaration par procuration (voir *Définitions*) est l'un des facteurs méthodologiques susceptibles d'influer sur l'exactitude des résultats d'enquête — particulièrement dans le cas des enquêtes-santé qui contiennent souvent des questions de nature fort personnelle. Pour plusieurs raisons^{8,12}, les données recueillies par personne interposée sont parfois inexactes.

- La personne qui fait la déclaration pourrait ne pas être complètement au courant de l'état de santé d'un autre membre du ménage.

Pour répondre correctement, le déclarant par procuration doit très bien connaître l'état de santé de la personne au nom de laquelle il fait la déclaration. Quelqu'un peut parfois cacher délibérément un problème de santé ou un comportement ayant une incidence sur la santé. Ainsi, un mari pourrait taire à sa femme l'ulcère qu'on lui a diagnostiqué ou une adolescente pourrait chercher à éviter que ses parents sachent qu'elle fume. La personne qui répond par procuration pourrait aussi ne pas connaître tous les renseignements sur la santé de la personne visée. Par exemple, elle ignore peut-être le nombre de fois où cette dernière a pu consulter un médecin au cours des 12 derniers mois.

- La personne qui répond par procuration pourrait ne pas se souvenir de certains renseignements pertinents sur la santé.

La capacité de se souvenir des renseignements dépend de leur importance aux yeux de la personne qui les déclare. Les problèmes de santé les plus graves, douloureux, persistants ou susceptibles de mettre la vie en danger sont généralement déclarés plus fréquemment et plus exactement que les autres^{2,4,8,20}. Certes, un problème de santé paraîtra vraisemblablement plus direct et important à la personne qui en souffre qu'à un autre membre du ménage. En outre, les autres membres du ménage ont plus de chances d'être au courant de problèmes comme le diabète ou la maladie cardiaque, parce que diverses choses leur y font penser (par exemple, ils voient la personne malade prendre des médicaments) et que ce genre de problème peut avoir des conséquences graves pour le membre concerné de la famille. En revanche, des problèmes comme les allergies — à la pénicilline, par exemple — sont plus facilement oubliés par la personne qui répond par procuration.

- La personne qui répond par procuration pourrait nommer incorrectement les problèmes de santé.

Qu'ils soient fournis par procuration ou par la personne malade, les renseignements ont tendance à être plus exacts s'ils se rapportent à des problèmes de santé faciles à définir ou à nommer (diabète et maladie cardiaque, par exemple) qu'à des états plus difficiles à décrire (comme des maux de dos

récidivants ou une maladie chronique de la peau)¹³. Pour les états qui rentrent dans cette dernière catégorie, les renseignements recueillis par procuration ont tendance à être moins exacts que les renseignements autodéclarés¹³. En outre, les états non directement observables — douleur ou détresse émotionnelle, par exemple — sont généralement moins bien évalués en cas de réponse par procuration⁵.

Techniques d'analyse

Toutes les analyses portent sur des données pondérées. Les proportions de personnes de 12 ans et plus pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration sont présentées selon le sexe, pour les deux fichiers transversaux (général et santé) et pour le fichier longitudinal.

La régression logistique multiple a permis d'étudier la relation entre la forme de déclaration (en personne ou par procuration) et divers résultats concernant la santé. Le modèle s'inspire des règles suivies pour sélectionner les participants à l'ENSP et d'une revue des articles publiés au sujet de la déclaration par procuration. À titre de variables de contrôle, le modèle incorpore plusieurs facteurs sociodémographiques considérés comme liés à la forme de déclaration, à savoir le sexe, le groupe d'âge, la présence d'un autre adulte dans le ménage, l'état matrimonial, la situation d'activité, le revenu et l'autoévaluation de la santé. La méthode de régression logistique multiple a été appliquée aux données du Fichier santé transversal pour modéliser la relation entre la forme de déclaration pour la composante générale et la prévalence observée de divers problèmes de santé. Un modèle distinct a été ajusté aux données pour chaque problème de santé étudié.

La répartition selon le sexe des personnes qui font la déclaration par procuration dépend du sexe de la personne au nom de laquelle les renseignements sont fournis. Ainsi, les modèles de régression ont été recalculés en tenant compte du sexe de la personne faisant la déclaration par procuration. Trois catégories de déclaration ont été définies, à savoir en personne, par procuration par une femme, et par procuration par un homme. La troisième catégorie a été choisie comme catégorie de référence.

Afin de déterminer si la déclaration par procuration a un effet sur l'estimation de l'incidence de certains problèmes de santé (nombre de nouveaux cas du problème en question survenus dans l'intervalle de deux ans entre les deux cycles de l'enquête), on s'est servi de différents modèles de régression logistique multiple pour établir le

lien entre l'incidence d'un certain nombre de problèmes de santé et le changement de forme de déclaration. Un modèle distinct a été ajusté pour chaque problème de santé étudié. Divers scénarios de changement de forme de déclaration d'un cycle à l'autre de l'enquête ont été considérés : déclaration par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997, déclaration par procuration en 1994-1995 et déclaration en personne en 1996-1997, déclaration en personne en 1994-1995 et déclaration par procuration en 1996-1997, ainsi que déclaration en personne en 1994-1995 et en 1996-1997. On a inclus dans les modèles les mêmes variables de contrôle que celles utilisées pour l'analyse transversale, ainsi que d'autres qui reflètent les changements survenus entre les deux cycles. (Voir le tableau G en annexe pour une liste complète des variables incluses dans les modèles longitudinaux).

Les taux d'incidence sur deux ans de bon nombre de problèmes de santé sont assez faibles. Ainsi, dans de nombreux cas, la taille de l'échantillon était trop petite pour que le modèle de régression produise des résultats fiables. Pour chacun des quatre scénarios de déclaration, seuls ont été considérés les problèmes de santé pour lesquels au moins 30 nouveaux cas ont été enregistrés, c'est-à-dire les autres allergies, l'arthrite, les maux de dos (non dus à l'arthrite), la limitation des activités et l'incapacité de longue durée ou handicap.

Toutes les analyses ont été soumises à la méthode *bootstrap* afin d'estimer l'erreur d'échantillonnage dans l'estimation des coefficients de variation. La méthode a également été utilisée dans les tests de signification de l'écart entre taux et dans le calcul des intervalles de confiance des rapports de cotes²¹⁻²³. Cette méthode donne une estimation non biaisée de la variance. L'analyse a en outre eu recours au test de signification de l'écart entre taux de Bonferroni pour tenir compte des comparaisons multiples. Les valeurs critiques choisies pour les tests ont été rajustées conformément au nombre de comparaisons effectuées.

- La personne qui répond par procuration pourrait éviter sciemment de déclarer certains renseignements.

Les problèmes de santé perçus comme très personnels ou éventuellement embarrassants ont tendance à être sous-estimés. La maladie mentale serait ainsi sous-déclarée selon plusieurs études comparatives des réponses aux questionnaires d'enquête et des dossiers médicaux.

Pourquoi accepter les réponses par procuration?

Tous les problèmes que posent les données obtenues par procuration inciteraient logiquement à éviter ce genre de réponse. Cependant, plusieurs raisons importantes poussent à l'accepter.

L'ENSP permet de recueillir certains renseignements sur la santé de tous les membres du ménage afin d'étudier les relations entre les caractéristiques de la santé dans le ménage¹⁸. Toutefois, interroger tous les membres de chaque ménage échantillonné demande beaucoup de temps, coûte cher et, souvent, nécessite plusieurs appels de suivi. Pour économiser du temps et de l'argent, on accepte, pour l'ENSP, comme pour bon nombre d'autres enquêtes sur la santé, qu'un membre bien informé du ménage — le déclarant par procuration — réponde aux questions au nom de chacun des membres du ménage.

Tenir compte de la nature des renseignements à recueillir demeure l'un des éléments importants à considérer pour décider d'accepter ou non la réponse par procuration. Ainsi, les questions sur

Limites

La présente analyse compare les estimations des nombres déclarés de problèmes de santé selon que les renseignements ont été fournis en personne, d'une part, et par procuration, d'autre part. Pour ce faire, l'analyse utilise un modèle multivarié qui tient compte de l'effet d'autres variables sociodémographiques confusionnelles éventuellement liées à la forme de déclaration. Bien qu'on se soit efforcé par tous les moyens de tenir compte de toutes les variables pertinentes, les résultats pourraient être faussés si certaines variables liées à la morbidité et à la forme de déclaration ont été omises par inadvertance ou que les données les concernant ne soient pas fournies par l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP).

D'autres méthodes auraient pu servir à évaluer l'effet éventuel de réponse par procuration sur l'estimation de la prévalence des problèmes de santé d'après les données de l'ENSP. L'une consisterait à appairer les données recueillies à celles des dossiers médicaux et de voir s'il existe des écarts entre les renseignements fournis directement par la personne concernée et ceux obtenus par procuration. Cependant, ce genre de comparaison serait non seulement compliquée et coûteuse, mais nécessiterait aussi la formulation d'hypothèses quant à la complétude et à l'exactitude des dossiers médicaux ainsi qu'à la qualité des appariements. Une autre méthode consisterait à réaliser une expérience contrôlée où des données à l'égard de certaines personnes seraient recueillies à deux reprises, une première fois auprès d'un membre bien informé du ménage et une deuxième fois directement auprès de la personne

concernée, afin de pouvoir comparer les résultats en fonction de la forme de déclaration. Il faudrait naturellement s'assurer que chaque personne qui fait la déclaration ne connaisse pas les réponses données par l'autre. De nouveau, cette méthode serait compliquée et coûteuse et augmenterait le fardeau qui pèse sur les ménages sélectionnés pour participer à l'enquête.

Les écarts entre les déclarations de problèmes de santé en personne ou par procuration tiennent vraisemblablement à la sous-estimation des problèmes par les personnes qui font la déclaration par procuration. Selon les études où on compare des résultats d'enquête aux données de dossiers médicaux, la sous-déclaration est plus courante en cas de déclaration par procuration^{2,12,13}. Dans certains cas, toutefois, le problème pourrait tenir à la surestimation par les personnes qui répondent elles-mêmes. Par exemple, dans l'ENSP, le critère de déclaration d'un problème de santé chronique est : « problème de santé de longue durée, c'est-à-dire un état qui a persisté ou qui devrait persister six mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé ». Bien que les intervieweurs rappellent cette définition aux personnes interrogées, certaines pourraient déclarer des problèmes de santé qui ne satisfont pas pleinement à ce critère. Par exemple, une personne qui souffre de maux de dos depuis plusieurs mois pourrait mentionner des maux de dos même s'ils n'ont pas été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Si ce phénomène est plus fréquent en cas d'auto-déclaration, le résultat sera une surestimation de la morbidité.

Définitions

Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les *réponses par procuration* sont celles obtenues au sujet d'un membre particulier du ménage par le biais d'un autre membre bien informé de ce ménage (le déclarant par procuration); par exemple, un parent peut répondre pour un enfant ou une femme peut répondre au nom de son mari.

Les *réponses en personne* sont celles obtenues directement auprès des personnes sélectionnées pour participer à l'enquête.

La *composante générale* de l'ENSP contient des questions sur les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, ainsi que certains aspects de la santé, comme l'incapacité au cours des deux dernières semaines, l'utilisation des services de santé, la limitation des activités et les problèmes de santé chroniques. Ces renseignements sont recueillis pour chaque membre du ménage auprès d'un membre bien informé de ce dernier.

La *composante santé* comprend des questions détaillées sur des sujets comme l'auto-évaluation de l'état de santé général, l'état de santé, la consommation de médicaments, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, la santé mentale, le soutien social, la mesure de la tension artérielle, le poids et la taille, l'activité physique et les blessures. Étant donné la nature détaillée des renseignements demandés, la personne sélectionnée au hasard pour participer à cette partie de l'enquête répond habituellement elle-même au questionnaire (réponse en personne).

Pour déterminer la prévalence des *problèmes de santé chroniques*, les participants à l'enquête ont été invités à déclarer tout « problème de santé de longue durée, c'est-à-dire qui a duré ou qui devrait durer six mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé ». L'intervieweur a lu une liste de problèmes de santé, puis a demandé si la personne a souffert « de tout autre problème de santé de longue durée diagnostiqué par un professionnel de la santé » (comme la mucoviscidose ou la sclérose en plaques).

Deux *autres problèmes de santé* ont été inclus dans la présente analyse. Pour évaluer la limitation des activités dues à une incapacité physique ou mentale de longue durée, on se sert d'une variable dérivée fondée sur une réponse positive à l'une des questions ci-après, qui ont été posées à chaque membre du ménage : « À cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique, êtes-vous limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou dans nombre d'activités que vous exercez : À la maison? À l'école? Au travail? Dans d'autres activités? » Pour déterminer si la personne souffrait d'une incapacité ou d'un handicap de longue durée, on a posé la question : « Avez-vous une incapacité ou un handicap quelconque de longue durée? »

Cinq *groupes d'âge* ont été définis pour les besoins de la présente analyse : 12 à 17 ans, 18 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus.

Les participants à l'enquête devaient préciser leur *état matrimonial* courant. Les personnes qui ont répondu « marié(e) », « union libre » ou « vit avec un(e) conjoint(e) » ont été classées dans la catégorie des personnes « mariées ». Les personnes qui ont répondu « célibataire » ont été classées dans la catégorie « jamais mariées » et les personnes qui ont répondu « veuf ou veuve », « séparé(e) » ou « divorcé(e) » ont été classées dans la catégorie des personnes « mariées antérieurement ».

Une variable dérivée, établie d'après l'âge des membres du ménage, a servi à déterminer la présence *d'autre(s) adulte(s) de 18 ans et plus dans le ménage*.

Trois catégories de *niveau de scolarité* ont été déterminées, d'après le plus haut niveau atteint : diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur, études postsecondaires partielles, et diplôme d'études postsecondaires (collège, école de métiers ou université).

On a considéré comme *occupées* les personnes qui avaient un emploi ou travaillaient à une entreprise au moment de l'enquête.

La *catégorie de revenu du ménage* a été établie d'après le nombre de personnes qui composent le ménage et le revenu total de ce dernier provenant de toutes les sources durant les 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

Catégorie de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieure	1 à 4 5 ou plus	Moins de 10 000 \$ Moins de 15 000 \$
Moyenne-inférieure	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	De 10 000 \$ à 14 999 \$ De 10 000 \$ à 19 999 \$ De 15 000 \$ à 29 999 \$
Moyenne	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	De 15 000 \$ à 29 999 \$ De 20 000 \$ à 39 999 \$ De 30 000 \$ à 59 999 \$
Moyenne-supérieure	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	De 30 000 \$ à 59 999 \$ De 40 000 \$ à 79 999 \$ De 60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieure	1 ou 2 3 ou plus	60 000 \$ et plus 80 000 \$ et plus

L'*auto-évaluation de la santé* a été faite en posant la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé est : Excellente? Très bonne? Bonne? Passable? Mauvaise? » Dans le cas de l'analyse longitudinale, l'état de santé d'une personne s'était amélioré si l'évaluation faite en 1996-1997 était meilleure que celle faite en 1994-1995 (par exemple, une personne qui a jugé sa santé passable en 1994-1995, mais bonne en 1996-1997). De même, l'état de santé d'une personne s'était détérioré si l'évaluation faite en 1996-1997 était moins bonne que celle faite en 1994-1995.

les opinions et les attitudes et les questions de nature subjective gagent généralement à être posées directement à la personne sélectionnée pour l'enquête. À l'inverse, les questions sur les renseignements factuels au sujet de problèmes de santé précis se prêtent plus facilement à la déclaration par procuration.

La difficulté potentielle à rejoindre certaines personnes justifie en outre le recours à la déclaration par procuration. En l'absence de ce genre de réponse, le taux de non-réponse à l'enquête risquerait d'être plus élevé. De surcroît, les caractéristiques de ces personnes « difficiles à rejoindre » diffèrent souvent beaucoup de celles de la population en générale, ce qui pourrait aussi fausser les estimations.

Enfin, certaines personnes sélectionnées pour participer à l'enquête pourraient être incapables de fournir personnellement les renseignements demandés. Ainsi, de nombreuses enquêtes sur la santé laissent place à la déclaration par procuration si la personne ne peut répondre en raison d'une incapacité physique ou mentale. Qui plus est, les parents répondent habituellement au nom de leurs enfants.

Règles de réponse par procuration aux questions de l'ENSP

Le questionnaire de l'ENSP comprend deux grands volets, à savoir la composante générale et la composante santé. La composante générale vise à recueillir des renseignements sur les caractéristiques démographiques et socioéconomiques ainsi que des renseignements généraux sur la santé de chaque membre des ménages échantillonnés. La composante santé, quant à elle, sert à recueillir des renseignements détaillés sur la santé d'un seul membre du ménage sélectionné au hasard.

Les règles de réponse par procuration diffèrent selon la composante du questionnaire (voir *Définitions*). Dans le cas de la composante générale, qui rassemble des renseignements en grande partie objectifs et factuels, les intervieweurs ont pour instruction de recueillir les renseignements sur tous les membres du ménage auprès d'une personne bien informée. Le *Manuel de l'intervieweur* précise que, dans de nombreux cas, cette personne devrait être la mère,

puisque c'est elle qui en sait généralement le plus sur l'état de santé des membres de la famille et sur leur utilisation des services de santé.

Les réponses au questionnaire de la composante santé sont recueillies pour un membre du ménage sélectionné au hasard et on souligne dans le *Manuel de l'intervieweur* et durant la formation des intervieweurs qu'il est important de recueillir les renseignements directement auprès de cette personne (réponse sans procuration ou en personne). La personne sélectionnée doit absolument répondre elle-même aux questions compte tenu du niveau de détail et du caractère souvent fort personnel des renseignements demandés. Cependant, si cette personne a moins de 12 ans, un parent doit alors fournir l'information en son nom. La réponse par personne interposée est aussi de mise si des circonstances spéciales (comme une incapacité) empêchent la personne sélectionnée de répondre. Si la déclaration par procuration s'avère la seule option, on omet de poser les questions de nature extrêmement subjective et personnelle (par exemple, celles concernant la santé mentale et le soutien social) (voir *Déclaration par procuration pour la composante santé*).

Ces règles ont été appliquées lors des deux premiers cycles de l'ENSP (1994-1995 et 1996-1997). Au troisième cycle (1998-1999), une légère modification a été apportée à la composante générale du questionnaire. Or, les personnes sélectionnées au hasard dans les ménages sont suivies au cours du temps afin de produire un fichier longitudinal. L'objectif principal d'un tel fichier est d'évaluer les changements; ainsi, toute modification de la forme de déclaration (par procuration ou en personne) d'un cycle à l'autre pourrait fausser l'évaluation des changements. Par conséquent, pour le troisième cycle, les intervieweurs devaient recueillir les renseignements directement auprès du membre du panel longitudinal (réponse en personne) pour l'enquête complète (composantes générale et santé). Autrement dit, dans le cas des membres du panel longitudinal, on a appliqué également à la composante générale les règles établies antérieurement pour la composante santé uniquement. La réponse par personne interposée a

Déclaration par procuration pour la composante santé

La réponse par procuration au questionnaire de la composante santé de l'Enquête nationale sur la santé de la population a été fortement déconseillée à cause du caractère détaillé, subjectif et personnel des renseignements demandés. Le taux de déclaration par procuration pour cette composante dans le Fichier santé transversal de 1996-1997 est donc très faible (2,6 %). Contrairement à la composante générale, le taux de réponse par procuration le plus élevé pour la composante santé est celui enregistré pour les groupes les plus âgés : 7 % pour les personnes de 75 à 84 ans et 17 % pour celles de 85 ans et plus. Les personnes âgées sont plus susceptibles que les autres de ne pas pouvoir répondre personnellement au questionnaire en raison de « circonstances spéciales » dues à une incapacité physique ou mentale. Le taux de déclaration par procuration est également élevé (9 %) pour les enfants de 12 à 14 ans. Certains parents ont refusé que l'on interviewe leur enfant. Le cas échéant, l'intervieweur n'a pas insisté et a accepté que le parent réponde à la place de l'enfant.

Pourcentage de réponse par procuration à la composante santé de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Population milliers	Réponse par procuration %	Nombre non pondéré d'enregistrements avec réponse par procuration dans l'échantillon
Total	24 595	2,6	1 707
Sexe			
Hommes	12 099	3,4 [†]	1 094
Femmes	12 495	1,8	613
Groupe d'âge			
12 à 14 ans	1 151	8,8 [‡]	139
15 à 17 ans	1 284	2,6 [§]	71
18 à 44 ans	12 408	1,4	479
45 à 64 ans	6 335	2,1	352
65 à 74 ans	2 096	3,8 ^{††}	279
75 à 84 ans	1 060	7,2 [‡]	263
85 ans et plus	261	17,2 ^{‡‡}	124

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. On a appliqué le test de signification de Bonferroni pour tenir compte de l'effet des comparaisons multiples.

[†] Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les femmes ($p \leq 0,05$).

[‡] Valeur significativement plus élevée que celle observée pour chaque autre groupe d'âge, intervalle de 15 à 74 ans ($p \leq 0,05$).

[§] Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

^{††} Valeur significativement plus élevée que celles observées respectivement pour le groupe des 18 à 44 ans et pour celui des 45 à 64 ans ($p \leq 0,05$).

^{‡‡} Valeur significativement plus élevée que celle observée pour chaque groupe d'âge moins avancé, intervalle de 15 à 84 ans ($p \leq 0,05$).

néanmoins été acceptée pour la composante générale afin d'éviter la non-réponse. Les règles originales (se fier à une personne bien informée pour recueillir des renseignements sur tous les membres du ménage et éviter la déclaration par personne interposée au nom du membre du ménage sélectionné au hasard pour la composante santé) continuent de s'appliquer aux ménages et aux personnes sélectionnés dans l'échantillon de remise à niveau (c'est-à-dire les ménages et les personnes ajoutés uniquement pour s'assurer que les fichiers transversaux restent représentatifs de la population).

Fichiers transversaux

Les éléments factuels recueillis grâce aux composantes générale et santé forment deux fichiers de données transversales appelés respectivement Fichier général et Fichier santé. Le Fichier général regroupe les données tirées de la composante générale du questionnaire. Ce fichier contient *tous* les enregistrements individuels établis, pour chaque ménage, d'après les renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques et les renseignements généraux sur la santé fournis pour tous les membres du ménage par un membre bien informé de ce dernier. Le Fichier santé contient *un* enregistrement par ménage dans lequel figurent les renseignements détaillés sur la santé du membre du ménage sélectionné au hasard, ainsi que les renseignements généraux sur cette personne recueillis dans le cadre de la composante générale.

Comme les règles de réponse par procuration diffèrent pour les deux composantes de l'enquête, la situation en ce qui concerne la réponse par procuration peut être « mixte » pour certains enregistrements du Fichier santé. Par exemple, dans un ménage formé d'un couple marié et d'un enfant, la mère pourrait être considérée comme le « membre bien informé du ménage » et fournir les réponses au questionnaire de la composante générale pour elle-même, son conjoint et son enfant. Toutefois, le mari pourrait être sélectionné au hasard pour répondre au questionnaire de la composante santé et, par conséquent, fournir lui-même les renseignements. L'enregistrement du mari dans le Fichier santé contiendrait donc des réponses par

procuration pour la composante générale et des réponses en personne pour la composante santé.

Comparaison des fichiers transversaux

Le Fichier général tout comme le Fichier santé peuvent servir à produire des estimations pour toute variable figurant sur le questionnaire de la composante générale. Toutefois, l'effectif de l'échantillon n'est pas le même selon qu'il s'agit de la composante générale ou de la composante santé. Les estimations produites d'après les données du Fichier général ont l'avantage de reposer sur un échantillon plus grand, puisqu'elles se fondent sur des renseignements qui se rapportent à tous les membres des ménages sélectionnés. En revanche, les estimations calculées d'après les données du Fichier santé se fondent sur l'échantillon de personnes sélectionnées au hasard dans les ménages.

Les deux fichiers présentent un taux de déclaration par procuration assez différent. Pour le Fichier général, ce taux est de 42 % pour la population de 12 ans et plus. Par contre, pour la composante générale du Fichier santé, il est de 28 % (tableau 1).

Cependant, la répartition selon le sexe et le groupe d'âge est sensiblement la même pour les deux fichiers. Ainsi, la déclaration par procuration est plus probable pour les hommes que pour les femmes. En ce qui concerne l'âge, c'est pour le groupe des 12 à 17 ans que cette forme de déclaration est la plus probable et pour celui des 65 ans et plus qu'elle l'est le moins. Ce résultat n'est pas étonnant, puisque la règle de déclaration par procuration précise que les intervieweurs doivent recueillir auprès d'un membre bien informé du ménage les renseignements sur tous les membres de ce dernier pour la composante générale du questionnaire. Dans le cas des jeunes de 12 à 17 ans, cette personne est vraisemblablement un parent. Le taux assez faible de déclaration par procuration chez les personnes de 65 ans et plus pourrait tenir au fait que les personnes âgées sont plus susceptibles que les jeunes de vivre seules. Le cas échéant, personne d'autre n'est présent dans le ménage pour répondre par procuration.

Les données de chaque fichier sont pondérées indépendamment pour s'assurer qu'elles soient

représentatives de l'ensemble de la population du Canada selon le sexe et le groupe d'âge. Ainsi, les estimations des caractéristiques de la santé calculées d'après l'un ou l'autre de ces fichiers devraient être fort semblables. Cependant, si les personnes qui fournissent elles-mêmes les renseignements à leur sujet sont effectivement plus portées à déclarer les événements relatifs à leur santé qu'une personne interposée, les estimations fondées sur le Fichier santé pourraient être plus élevées (et vraisemblablement plus exactes), puisque le taux de déclaration par procuration est plus faible pour ce fichier.

Tableau 1
Proportion de réponses par procuration à la composante générale, Fichier général et Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, selon le sexe et l'âge, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Réponses par procuration, composante générale			
	Fichier général		Fichier santé	
	milliers	%	milliers	%
Total	24 595	42,2	24 595	27,5
Sexe				
Hommes	12 099	53,9†	12 099	36,5†
Femmes	12 495	31,0	12 495	18,7
Groupe d'âge				
12 à 17 ans	2 445	81,6‡	2 435	61,7‡
18 à 24 ans	2 689	51,4‡	2 699	29,6‡
25 à 44 ans	9 709	36,3	9 709	22,4
45 à 64 ans	6 335	39,1§	6 335	25,2§
65 ans et plus	3 416	29,6††	3 416	19,9††

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier général et Fichier santé, 1996-1997

Nota : On a appliqué le test de signification de Bonferroni pour tenir compte de l'effet des comparaisons multiples. Les estimations d'après les données du Fichier général et du Fichier santé ont été stratifiées a posteriori afin qu'elles concordent avec les projections du recensement selon l'âge et le groupe d'âge. Puisque les groupes d'âge utilisés pour la présente analyse ne sont pas les mêmes que ceux utilisés pour la stratification a posteriori, les estimations de population calculées d'après les deux fichiers diffèrent légèrement dans certains cas (groupes des 12 à 17 ans et des 18 à 24 ans). Voir le tableau A en annexe pour les nombres non pondérés dans l'échantillon.

† Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les femmes ($p \leq 0,05$).

‡ Valeur significativement plus élevée que celle observée pour chaque groupe d'âge plus avancé ($p \leq 0,05$).

§ Valeur significativement plus élevée que celle observée pour le groupe des 45 à 64 ans ($p \leq 0,05$).

†† Valeur significativement plus faible que celle observée pour chaque groupe d'âge moins avancé ($p \leq 0,05$).

Estimations plus élevées d'après le Fichier santé

La comparaison de l'estimation de la prévalence de divers problèmes de santé est révélatrice. À cet égard, les données du Fichier santé produisent des estimations nettement plus élevées que celles du Fichier général dans nombre de cas : allergies

alimentaires, autres allergies, asthme, arthrite ou rhumatisme, maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite), hypertension, migraine, sinusite, problèmes de thyroïde, limitation des activités, et incapacité de longue durée ou handicap (tableau 2). Pour la sinusite et les problèmes de thyroïde, l'estimation de la prévalence calculée d'après les

Tableau 2

Estimations de la prévalence des problèmes de santé chroniques et d'autres problèmes de santé, composante générale, Fichier général et Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Hommes et femmes confondus		Hommes		Femmes	
	Fichier général	Fichier santé	Fichier général	Fichier santé	Fichier général	Fichier santé
	%		%		%	
Problèmes de santé chroniques						
Allergies alimentaires	6,3	6,8*	4,7	5,0	7,9	8,5
Autres allergies	20,0	22,4****	16,5	18,6****	23,4	26,0****
Asthme	6,8	7,2*	5,7	6,0	7,9	8,4
Arthrite ou rhumatisme	12,6	13,8****	8,8	9,7**	16,3	17,8****
Maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite)	12,8	14,2****	12,2	13,4**	13,4	15,0****
Hypertension	9,6	10,1*	8,3	8,7	10,8	11,4*
Migraine	6,8	7,8****	3,5	4,3**	10,1	11,2**
Bronchite chronique ou emphysème	2,6	2,8	2,2	2,3	3,0	3,3
Sinusite	4,2	4,6*	3,1	3,4	5,2	5,7*
Diabète	3,2	3,2	3,4	3,5	3,1	2,9
Épilepsie	0,5	0,6	0,6	0,7	0,5	0,6†
Maladie cardiaque	3,9	3,9	4,1	4,0	3,7	3,7
Cancer	1,4	1,5	1,2	1,2	1,7	1,8
Ulcères à l'estomac ou à l'intestin	2,5	2,7	2,4	2,5	2,6	2,9
Troubles dus à un accident cérébrovasculaire	0,8	0,9	0,8	1,0	0,8	0,8
Incontinence urinaire	1,4	1,5	1,0	1,0	1,8	2,0
Troubles intestinaux	1,5	1,5	1,0	1,0	1,9	2,1
Maladie d'Alzheimer/autres formes de démence‡	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Cataracte‡	2,9	3,0	2,1	2,3	3,7	3,6
Glaucome‡	1,2	1,2	1,0	1,1	1,4	1,4
Problèmes de thyroïde	3,2	3,5*	1,0	1,2	5,3	5,8*
Autres§	5,5	5,6	4,9	5,2	6,0	6,0
Au moins un problème de santé chronique	54,1	57,7****	49,1	52,8****	59,0	62,4****
Autres problèmes de santé						
Limitation des activités due à une incapacité physique ou mentale de longue durée	11,9	13,0***	10,7	11,8**	12,9	14,1**
Incapacité de longue durée ou handicap	10,7	11,6**	10,4	11,1*	10,9	12,1**

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier général et Fichier santé, 1996-1997

Nota : Les estimations de la prévalence ont été calculées en excluant les cas pour lesquels des valeurs manquaient. La proportion d'enregistrements avec valeurs manquantes est inférieure à un quart de point de pourcentage pour chaque problème de santé. Le tableau B en annexe contient, pour chaque problème de santé (selon la forme de déclaration), le nombre non pondéré d'enregistrements contenant la déclaration du problème en question repérés dans le Fichier général et dans le Fichier santé. La comparaison des estimations de la prévalence se fonde sur un test de signification unilatéral; en s'inspirant d'articles publiés, on a supposé que les données du Fichier général produiraient des estimations plus faibles de la prévalence, parce que le taux de déclaration par procuration est plus élevé pour ce fichier.

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

‡ Question posée uniquement aux personnes de 18 ans et plus.

§ Tout autre problème de santé chronique, comme la mucoviscidose ou la sclérose en plaques.

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation calculée d'après les données du Fichier général ($p \leq 0,05$).

** Valeur significativement plus élevée que l'estimation calculée d'après les données du Fichier général ($p \leq 0,01$).

*** Valeur significativement plus élevée que l'estimation calculée d'après les données du Fichier général ($p \leq 0,001$).

**** Valeur significativement plus élevée que l'estimation calculée d'après les données du Fichier général ($p \leq 0,0001$).

données du Fichier santé est plus élevée que celle calculée d'après les données du Fichier général chez la femme mais non chez l'homme.

Conformément aux résultats d'études antérieures^{2,4,8,13}, les estimations concordent davantage pour les problèmes de santé que les déclarants par procuration sont le plus susceptibles de remarquer et le moins susceptibles de mal identifier, comme le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque ou le cancer.

Un effet de réponse par procuration pourrait ainsi être à l'origine de la sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé. C'est du moins ce que laisse croire la comparaison des estimations fondées sur les données de la composante générale figurant dans le Fichier général et dans le Fichier santé. Puisque le taux de réponse par procuration est plus élevé pour le Fichier général, les estimations fondées sur les données de ce fichier auraient tendance à être plus sujettes à cet effet. Néanmoins, l'effet sur les données du Fichier santé proprement dit (pour lequel le taux de réponse par procuration est de 28 %) n'est peut-être pas négligeable.

Caractéristiques des personnes pour lesquelles les renseignements sont fournis par procuration

La réponse par procuration dans la composante générale de l'ENSP n'est aucunement aléatoire. Aussi faut-il en tenir compte dans l'étude de l'association entre les variables de la santé et la déclaration par procuration. À cet égard, les intervieweurs ont reçu des instructions précises quant aux personnes autorisées à répondre pour d'autres. Ainsi, les personnes qualifiées de « membre bien informé du ménage » ont la plupart fourni elles-mêmes les renseignements les concernant, tandis que, pour les autres membres du ménage, les renseignements ont été fournis par procuration par cette personne bien informée. Pour déterminer si la réponse par procuration influe sur l'évaluation des variables de la santé, on doit tenir compte des caractéristiques des personnes pour lesquelles les renseignements sont obtenus par personne interposée.

À cette fin, on se sert d'un modèle de régression logistique multiple dont la réponse par procuration

Tableau 3

Rapport corrigé des cotes établissant le lien entre certaines caractéristiques et la déclaration par procuration pour la composante générale, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Réponse par procuration [†]	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe		
Hommes	2,5****	2,3 - 2,7
Femmes [‡]	1,0	...
Groupe d'âge		
12 à 17 ans	4,3****	3,6 - 5,2
18 à 24 ans	1,4****	1,2 - 1,6
25 à 44 ans [‡]	1,0	...
45 à 64 ans	1,1	1,0 - 1,2
65 ans et plus	1,0	0,9 - 1,2
État matrimonial		
Marié(e)	1,1	1,0 - 1,4
Jamais marié(e)	1,2	0,9 - 1,4
Marié(e) antérieurement [‡]	1,0	...
Autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage[‡]	115,7****	85,5 - 156,6
Niveau de scolarité		
Diplôme d'études secondaires ou inférieur	1,3****	1,2 - 1,5
Études postsecondaires partielles	1,0	0,9 - 1,1
Diplôme d'études postsecondaires (collège, école de métiers ou université) [‡]	1,0	...
Occupé(e)[§]	1,1*	1,0 - 1,2
Catégorie de revenu du ménage		
Inférieure/moyenne-inférieure [‡]	1,0	...
Moyenne	1,1	1,0 - 1,3
Moyenne-supérieure	1,1	1,0 - 1,3
Supérieure	1,4***	1,1 - 1,6
Autoévaluation de la santé^{¶¶}		
Excellente [‡]	1,0	...
Très bonne	1,1	1,0 - 1,2
Bonne	1,1*	1,0 - 1,3
Passable	1,3****	1,2 - 1,5
Mauvaise	1,8****	1,4 - 2,2

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

Nota : Fondé sur 73 241 enregistrements, dont 20 451 résultant d'une réponse par procuration à la composante générale; 161 enregistrements ont été supprimés de l'analyse à cause de données manquantes. On a inclus une catégorie « données manquantes » dans le modèle pour le niveau de scolarité, la situation d'emploi et le revenu afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes correspondants ne sont pas présentés. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

[†] La catégorie de référence est la réponse en personne.

[‡] Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,0.

[§] La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « Autre(s) adulte(s) de 18 ans et plus dans le ménage » est « aucun autre adulte de 18 ans et plus dans le ménage ».

^{¶¶} Données recueillies dans le cadre de la composante santé pour laquelle le taux de déclaration par procuration est très faible (2,6 %); utilisé pour prédire la réponse par procuration à la composante générale.

* $p \leq 0,05$

*** $p \leq 0,001$

**** $p \leq 0,0001$

... N'ayant pas lieu de figurer

(« oui » ou « non ») est la variable dépendante. Le modèle se fonde sur la réponse par procuration à la composante générale du Fichier santé, car ce dernier est celui utilisé le plus fréquemment lors des études analytiques.

La déclaration par procuration est liée au sexe et à l'âge (tableau 3). La cote exprimant la possibilité que les réponses soient fournies par procuration est nettement plus élevée pour les hommes que pour les femmes. En outre, cette cote est plus élevée pour les jeunes (de 12 à 17 ans et de 18 à 24 ans) des deux sexes que pour les personnes de 25 à 44 ans. Bien que le taux de déclaration par procuration soit plus faible pour les personnes âgées (65 ans et plus) que pour tout groupe d'âge moins avancé (tableau 1), la cote exprimant la possibilité d'une déclaration par procuration est significativement plus faible pour ce groupe d'âge que pour celui des 25 à 44 ans. Les personnes âgées sont plus susceptibles que les autres de vivre seules; par conséquent, le fait d'inclure dans le modèle de régression l'état matrimonial et la présence dans le ménage d'autres adultes de 18 ans et plus ne produit pas un rapport de cotes statistiquement différent pour les personnes âgées. Si l'on supprime ces variables du modèle, la cote exprimant la possibilité d'une déclaration par personne interposée dans le cas des personnes âgées diminue (données non présentées). Le rapport de cotes est bien entendu très élevé en présence d'autres adultes. Cependant, en l'absence d'autres adultes dans le ménage, la déclaration par procuration est rare, puisque personne n'est disponible pour fournir les réponses.

Si l'on neutralise l'effet de toutes les autres variables, on constate aussi que la déclaration par procuration est associée à un faible niveau de scolarité. Cependant, les méthodes de sélection de l'échantillon de l'ENSP tiennent compte en partie de cette association. Les membres des ménages pour lesquels les renseignements sont recueillis par personne interposée (particulièrement les enfants qui fréquentent toujours l'école) ont en général atteint un moins haut niveau de scolarité que la personne qui fait la déclaration, ce qui explique le lien observé.

Le lien entre un niveau de revenu élevé et la déclaration par procuration ne surprend guère. À

cet égard, les ménages qui comptent au moins deux adultes sont plus susceptibles d'être classés dans la catégorie supérieure ou moyenne-supérieure de revenu que ceux qui n'en comptent qu'un seul pour lesquels la déclaration par procuration est moins courante (données non présentées).

Selon certains travaux, les personnes pour lesquelles les renseignements sont fournis par personne interposée seraient en meilleure santé que les autres⁹. (Autrement dit, puisqu'elles sont en meilleure santé, ces personnes sont plus susceptibles d'être occupées et absentes du foyer; par conséquent, une autre personne fournit les renseignements à leur place.) Pour tenir compte de l'effet de ce facteur confusionnel éventuel dans la présente analyse, on s'est servi des données sur l'autoévaluation de la santé recueillies dans le cadre de la composante santé, pour laquelle le taux de réponse par procuration est extrêmement faible (2,6 %). Contrairement aux hypothèses faites lors de l'étude antérieure⁹, selon les données de l'ENSP, la cote exprimant la possibilité que les renseignements soient recueillis par personne interposée (pour la composante générale) est plus forte pour les personnes qui jugent leur santé mauvaise, passable ou bonne que pour celles qui la jugent excellente.

« Effet de réponse par procuration » et estimation de la prévalence

Une série de modèles de régression logistique basés sur les données du Fichier santé permettent ici d'étudier l'effet éventuel de la réponse par procuration sur l'estimation de la prévalence de divers problèmes de santé. Pour chaque régression, la variable étudiée est un problème de santé particulier. Supposons d'abord la prise en compte de l'effet de toutes les variables considérées comme dépendantes de la forme de déclaration (par procuration ou en personne). Dans ce contexte, pour la plupart des problèmes de santé étudiés (tableau 4), la cote exprimant la possibilité de déclarer le problème est plus forte pour les personnes qui répondent elles-mêmes que pour celles pour lesquelles les renseignements sont obtenus par personne interposée. Toutefois, conformément aux résultats d'études antérieures^{2,4,8,13}, aucun effet de réponse par

Tableau 4

Rapport corrigé de cotes établissant le lien entre certains problèmes de santé chroniques ou d'autres problèmes de santé et la forme de déclaration pour la composante générale, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Réponse en personne†	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Problèmes de santé chroniques‡		
Allergies alimentaires	1,3***	1,1 - 1,5
Autres allergies	1,6****	1,4 - 1,7
Asthme	1,3***	1,1 - 1,6
Arthrite ou rhumatisme	1,9****	1,6 - 2,1
Maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite)	1,5****	1,3 - 1,6
Hypertension	1,2**	1,1 - 1,4
Migraine	1,4***	1,2 - 1,7
Bronchite chronique ou emphysème	1,6***	1,2 - 2,0
Sinusite	1,5****	1,2 - 1,8
Diabète	1,1	0,9 - 1,4
Épilepsie	1,6	0,9 - 2,7
Maladie cardiaque	1,1	0,9 - 1,4
Cancer	1,1	0,8 - 1,5
Ulcères à l'estomac ou à l'intestin	1,8****	1,4 - 2,3
Troubles dus à un accident cérébrovasculaire	0,8	0,6 - 1,2
Incontinence urinaire	1,4*	1,0 - 1,8
Troubles intestinaux	1,5**	1,1 - 1,9
Cataracte	1,3*	1,0 - 1,7
Glaucome	1,0	0,7 - 1,4
Problèmes de thyroïde	1,6****	1,3 - 2,0
Autre§	1,4***	1,1 - 1,6
Au moins un problème de santé chronique‡	1,6****	1,4 - 1,7
Autres problèmes de santé		
Limitation des activités due à une incapacité physique ou mentale de longue durée	1,3****	1,1 - 1,4
Incapacité de longue durée ou handicap	1,2**	1,1 - 1,4

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

Nota : Contient les résultats des 24 modèles distincts de régression fondés sur 73 402 enregistrements du Fichier santé. Pour chaque problème de santé, le nombre d'enregistrements dans l'échantillon sur lesquels figure le problème de santé en question est donné au tableau B en annexe. Dans chaque cas, un faible pourcentage (< 0,5 %) d'enregistrements ont été éliminés à cause de données manquantes. Chaque modèle de régression comprend certaines variables de contrôle, mais le rapport de cotes n'est présenté que pour la forme de déclaration. (Voir le tableau F en annexe pour la liste complète des variables indépendantes.) Les résultats complets pour les divers modèles peuvent être obtenus sur demande. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

† La catégorie de référence est la réponse par procuration.

‡ La maladie d'Alzheimer n'a pas été incluse, puisque le taux de déclaration par procuration est très élevé pour ce problème de santé.

§ Tout autre problème de santé chronique; comme la mucoviscidose ou la sclérose en plaques.

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

**** $p \leq 0,0001$

procuration n'a été observé pour les problèmes de santé considérés comme graves ou moins susceptibles d'être nommés incorrectement. La présente analyse ne révèle aucun écart pour le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, les séquelles d'un accident cérébrovasculaire ni le glaucome.

Qui fournit les renseignements?

Les caractéristiques des personnes qui fournissent les renseignements au nom d'autrui (personnes qui font la déclaration par procuration) varient selon l'âge et le sexe de la personne au nom de laquelle les renseignements sont fournis (tableau 5). Pour les jeunes hommes et les jeunes femmes de 12 à 24 ans, la personne qui fournit les renseignements par procuration est le plus souvent un parent (86 % et 84 %, respectivement), le plus souvent la mère (78 %) (données non présentées).

Pour les personnes de 25 ans et plus, la personne qui fait la déclaration par procuration est habituellement le conjoint. Chez l'homme, la personne qui fait la déclaration par procuration est l'épouse dans 83 % des cas; chez la femme, il s'agit du mari dans 66 % des cas. En grande partie à cause de cette situation, pour les hommes, 93 % des déclarations par procuration sont faites par des femmes et pour les femmes, 79 % sont faites par des hommes. La déclaration faite par « une autre personne apparentée » est plus courante pour les femmes (25 %) que pour les hommes (10 %).

Les femmes seraient plus enclines que les hommes, selon certaines études, à mentionner des problèmes de santé, qu'il s'agisse des leurs ou de ceux des autres^{12,20,24,25}. Les modèles de régression pour les divers problèmes de santé ont de nouveau permis d'examiner cette question en tenant compte de l'effet du sexe sur la déclaration par procuration. Trois catégories de déclaration ont ainsi été considérées, à savoir la réponse en personne (sans procuration), la réponse par procuration par une femme et la réponse par procuration par un homme. La troisième catégorie a été choisie comme catégorie de référence.

Une personne au nom de laquelle une femme plutôt qu'un homme fait une déclaration par

procuration a une cote plus élevée exprimant la possibilité de faire état des problèmes de santé suivants : allergies alimentaires, autres allergies, maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite), hypertension, bronchite chronique ou emphyseme, sinusite, troubles dus à un accident cérébrovasculaire, incontinence urinaire, cataracte, limitation des activités due à une incapacité physique ou mentale de longue durée, incapacité à long terme ou handicap, et « au moins un problème de santé chronique » (tableau 6). De nouveau, ces associations persistent même en tenant compte de l'effet de toutes les variables considérées comme liées à la forme de déclaration.

Selon les travaux de recherche, les femmes ont un taux de morbidité systématiquement plus élevé que celui des hommes²⁶. Diverses raisons peuvent expliquer ces écarts, notamment le fait que les femmes consultent plus volontiers un médecin et sont ainsi plus susceptibles de voir d'éventuels problèmes diagnostiqués. Cependant, le taux de morbidité plus élevé observé chez les femmes pourrait être partiellement un artefact de la

déclaration par procuration. Il en serait ainsi parce que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de répondre elles-mêmes au questionnaire de l'enquête, et que les personnes qui répondent elles-mêmes ont tendance à mentionner un plus grand nombre de problèmes de santé^{1,8,26}. Toutefois, les données de l'ENSP permettent difficilement d'évaluer si l'effet de la réponse par procuration est plus prononcé pour les hommes que pour les femmes. Le taux de déclaration par procuration est près de deux fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes (37 % comparativement à 19 %; tableau 1), ce qui donne à penser que l'effet de la réponse par procuration (c'est-à-dire l'abaissement des estimations) serait plus important pour les hommes. Cependant, puisque les personnes qui répondent au nom des femmes ont tendance à être des hommes (tableau 5) et que la cote exprimant la possibilité de mentionner un état morbide est plus faible pour les hommes que pour les femmes qui répondent par procuration, l'estimation de la morbidité devrait être plus faible pour les femmes.

Tableau 5

Population pour laquelle la déclaration a été faite par procuration pour la composante générale, selon les caractéristiques de la personne qui a fait la déclaration par procuration, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Total	Sexe du déclarant par procuration		Lien entre le déclarant par procuration et la personne pour laquelle la déclaration a été faite			
		Hommes	Femmes	Conjoint	Parent	Autre personne apparentée	Personne non apparentée
	milliers		%			%	
Toutes les personnes pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration	6 757	27	73	52	33	13	2
Sexe et âge							
Garçons de 12 à 24 ans avec déclaration par procuration	1 247	25	75	3 [†]	86	9	2
Filles de 12 à 24 ans avec déclaration par procuration	1 054	25	75	3	84	11	2
Hommes de 25 ans et plus avec déclaration par procuration	3 170	7	93 [‡]	83 [‡]	5	10	2
Femmes de 25 ans et plus avec déclaration par procuration	1 286	79 [‡]	21	66	6	25 [‡]	3 [‡]

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

Nota : Les nombres non pondérés d'enregistrements dans l'échantillon figurent au tableau C en annexe.

[†] Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

[‡] Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les hommes de 25 ans et plus ($p \leq 0,05$).

^{‡‡} Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les femmes de 25 ans et plus ($p \leq 0,05$).

Tableau 6

Rapport corrigé de cotes établissant le lien entre les problèmes de santé chroniques ou d'autres problèmes de santé, d'une part, et la déclaration par procuration et le sexe de la personne qui a fait la déclaration par procuration pour la composante générale, d'autre part, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Réponse par procuration par une femme [†]	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Problèmes de santé chroniques[‡]		
Allergies alimentaires	1,5**	1,2 - 1,9
Autres allergies	1,5****	1,3 - 1,8
Asthme	1,2	1,0 - 1,6
Arthrite ou rhumatisme	1,2	0,9 - 1,6
Maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite)	1,4***	1,1 - 1,7
Hypertension	1,4**	1,1 - 1,7
Migraine	0,9	0,6 - 1,3
Bronchite chronique ou emphysème	1,8*	1,1 - 3,0
Sinusite	1,7**	1,2 - 2,6
Diabète	1,1	0,8 - 1,6
Épilepsie	0,5	0,2 - 1,4
Maladie cardiaque	1,3	0,8 - 2,1
Cancer	1,0	0,5 - 1,9
Ulcères à l'estomac ou à l'intestin	1,2	0,8 - 1,8
Troubles dus à un accident cérébrovasculaire	1,9*	1,1 - 3,2
Incontinence urinaire	1,7*	1,1 - 2,6
Troubles intestinaux	1,1	0,7 - 1,7
Cataracte	1,6*	1,1 - 2,5
Glaucome	0,9	0,5 - 1,8
Problèmes de thyroïde	1,5	0,9 - 2,4
Autre [§]	1,2	0,9 - 1,6
Au moins un problème de santé chronique [‡]	1,4****	1,2 - 1,6
Autres problèmes de santé		
Limitation des activités due à une incapacité physique ou mentale de longue durée	1,3**	1,1 - 1,7
Incapacité de longue durée ou handicap	1,3*	1,1 - 1,7

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

Nota : Contient les résultats des 24 modèles distincts de régression fondés sur 73 402 enregistrements du Fichier santé. Pour chaque problème de santé, le nombre d'enregistrements dans l'échantillon sur lesquels figure le problème de santé en question est donné au tableau B en annexe. Dans chaque cas, un faible pourcentage (< 0,5 %) d'enregistrements ont été éliminés à cause de données manquantes. Chaque modèle de régression comprend certaines variables de contrôle, mais le rapport de cotes n'est présenté que pour la forme de déclaration. (Voir le tableau F en annexe pour la liste complète des variables indépendantes.) Les résultats complets pour les divers modèles peuvent être obtenus sur demande. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

† La catégorie de référence est la déclaration par procuration faite par un homme; les personnes qui ont répondu en personne sont incluses dans le modèle, mais les rapports de cotes correspondants ne sont pas présentés.

‡ La maladie d'Alzheimer n'est pas incluse, car le taux de déclaration par procuration est très élevé pour ce problème de santé.

§ Tout autre problème de santé chronique, comme la mucoviscidose ou la sclérose en plaques.

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

**** $p \leq 0,0001$

Déclaration par procuration, Fichier santé longitudinal

Dans certains cas, la forme de déclaration varie d'un cycle à l'autre; par exemple, les données pourraient avoir été fournies par personne interposée lors d'un cycle et par le membre du panel longitudinal lors de l'autre cycle.

Presque les trois quarts (73 %) des femmes, mais à peine 42 % des hommes, qui font partie de l'échantillon longitudinal ont répondu personnellement au questionnaire de la composante générale lors des deux cycles (tableau 7). En outre, la transition de la déclaration en personne à la déclaration par procuration de 1994-1995 à 1996-1997 a été plus fréquente pour les hommes que pour les femmes (9 % contre 4 %), de même que la déclaration par procuration lors des deux cycles (18 % contre 5 %).

Le fichier longitudinal a servi à étudier la possibilité d'un effet de réponse par procuration sur l'évaluation de l'incidence de certains problèmes de santé. Dans la présente analyse, l'incidence désigne

Tableau 7

Scénario de déclaration pour la composante générale, Fichier santé, cycles de 1994-1995 et 1996-1997 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Total	Hommes	Femmes
			milliers
Population totale [†]	23 519	11 568	11 951
			%
Scénario de déclaration			
Réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997	11,7	18,4 [‡]	5,1
Réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997	24,2	31,1 [‡]	17,6
Réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997	6,4	8,8 [‡]	4,1
Réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997	57,7	41,8	73,2 [§]

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Nota : Les données ayant été arrondies, la somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 %. On a appliqué le test de signification de Bonferroni pour tenir compte de l'effet des comparaisons multiples. Les nombres non pondérés d'enregistrements dans l'échantillon figurent au tableau D en annexe.

† Fondé sur les personnes de 12 ans et plus en 1994-1995 qui étaient encore en vie et faisaient encore partie de la population à domicile en 1996-1997.

‡ Valeur nettement plus élevée que celle observée pour les femmes ($p \leq 0,05$).

§ Valeur nettement plus élevée que celle observée pour les hommes ($p \leq 0,05$).

Variation de la forme de déclaration et incohérences

Les enquêtes longitudinales consistent à observer les mêmes personnes à plusieurs reprises afin de déceler la variation de certaines caractéristiques sur une période de plusieurs années. Cependant, si un changement est déclaré à un moment donné, il importe de déterminer si ce changement a « réellement » eu lieu (par exemple, le diagnostic d'un nouveau cas d'arthrite) ou s'il s'agit d'une incohérence due à une erreur de déclaration ou à tout autre problème d'ordre méthodologique.

Les personnes sélectionnées pour faire partie de l'échantillon longitudinal de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) seront interviewées tous les deux ans pendant une période allant jusqu'à 20 ans. Dans ce contexte, des incohérences de déclaration, c'est-à-dire des variations qui ne correspondent pas à des changements « réels », surviendront vraisemblablement. Lors des premier et deuxième cycles (1994-1995 et 1996-1997), on a posé des questions sur les problèmes de santé chroniques et la limitation des activités dans la composante générale pour laquelle la réponse par procuration était permise. Cette situation pourrait avoir aggravé tout problème résultant d'incohérences de déclaration.

En vue de réduire au minimum les incohérences, les données recueillies lors du premier cycle ont été intégrées au questionnaire de l'interview assistée par ordinateur du deuxième cycle. Donc, si la déclaration faite au deuxième cycle témoignait d'un changement entre les deux cycles de l'enquête pour des problèmes de santé qui habituellement ne varient pas (asthme, arthrite, hypertension, migraine, diabète, épilepsie, ulcères, séquelles d'un accident cérébrovasculaire et limitation des activités), l'application a automatiquement invité l'intervieweur à demander à la personne faisant la déclaration si un changement d'état avait effectivement eu lieu et, le cas échéant, à lui en demander les raisons et à vérifier les dates pertinentes. Par exemple, si un problème de santé chronique a été déclaré pour une personne au deuxième cycle, mais qu'il ne l'avait pas été au premier, l'intervieweur a posé une question de suivi pour vérifier la date du diagnostic. Si cette date précédait celle de l'entrevue du premier cycle, il a posé une autre question pour déterminer si la personne visée souffrait effectivement du problème avant l'entrevue du premier cycle. Les incohérences de ce genre sont celles qui sont les plus fréquentes dans le fichier longitudinal. Un total de 916 incohérences de ce genre ont été décelées pour les huit problèmes de santé chroniques pour lesquels des questions d'approfondissement ont été posées. Au moins une incohérence de ce genre a été signalée pour 6,3 % des membres du panel longitudinal (846 personnes). Les incohérences les plus fréquentes touchaient l'arthrite, l'hypertension et la migraine (données non présentées). Fait peu surprenant, la plus forte fréquence d'incohérences concerne le scénario de déclaration « réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997 ». Toutefois, elle est également assez forte pour le scénario « réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997 ».

Aucune question d'approfondissement n'a été posée dans les cas où cette mesure risque de compromettre la confidentialité des antécédents médicaux d'une personne. Par exemple, si quelqu'un avait déclaré personnellement souffrir d'un problème de santé chronique particulier, comme le diabète, en 1994-1995, mais qu'une personne répondant par procuration n'a pas déclaré ce même problème de santé en 1996-1997, l'intervieweur n'a posé aucune question d'approfondissement.

La déclaration peut être incohérente pour plusieurs raisons. La personne qui fournit les renseignements peut avoir choisi délibérément de ne pas déclarer le problème de santé en 1994-1995 ou la question peut avoir été mal comprise lors d'une des entrevues (1994-1995 ou 1996-1997). Par ailleurs, la personne faisant la déclaration par procuration peut ne pas être au courant du problème de santé ou l'intervieweur a pu enregistrer incorrectement les renseignements. En outre, la personne qui a fait la déclaration aurait pu se remémorer incorrectement la date du diagnostic.

L'« effet de réponse par procuration » pourrait donc être à l'origine du taux élevé d'incohérences pour le groupe « réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997 ». Si les personnes qui répondent par procuration sont moins susceptibles de déclarer les événements relatifs à la santé, celles qui ont répondu personnellement au questionnaire en 1996-1997 auraient très bien pu faire état de certains problèmes de santé qui existaient en 1994-1995, mais qui n'avaient pas été déclarés par procuration à l'époque.

Le taux élevé d'incohérences observé pour le groupe « réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997 » est plus curieux. Pour ce groupe, les incohérences pourraient être dues à la déclaration d'une date de diagnostic erronée. Par exemple, dans certains cas, les personnes qui répondent personnellement au questionnaire pourraient se souvenir de la date à laquelle les symptômes se sont manifestés pour la première fois, car elle pourrait leur paraître plus importante que celle à laquelle le problème de santé a été diagnostiqué officiellement par un professionnel de la santé.

Proportion de personnes, selon le scénario de déclaration, pour lesquelles au moins une incohérence a été décelée lors du deuxième cycle[†], composante générale, cycles de 1994-1995 et 1996-1997 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

Scénario de déclaration	Déclaration comptant au moins une incohérence [†] %	Nombre non pondéré dans l'échantillon
Total population	6,3	846
Réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997	3,3 [‡]	41
Réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997	7,5*	178
Réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997	2,8 [‡]	29
Réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997	6,8*	598

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Nota : On a appliqué le test de signification de Bonferroni pour tenir compte de l'effet des comparaisons multiples.

[†] Les questions d'approfondissement posées en 1996-1997 ont montré qu'un problème de santé chronique existait avant l'entrevue du premier cycle, mais ce problème n'avait pas été déclaré en 1994-1995.

[‡] Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

* Valeur significativement plus élevée que celle observée pour le scénario « réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997 » et « réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997 » ($p \leq 0,05$).

Tableau 8

Rapport corrigé de cotes établissant le lien entre les nouveaux cas observés de 1994-1995 à 1996-1997 pour certains problèmes de santé chroniques et le scénario de déclaration pour la composante générale, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population, population de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997 [†]		Réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997 [†]		Réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997 [†]	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Problèmes de santé chroniques						
Autres allergies	2,0****	1,4 - 2,7	0,9	0,6 - 1,5	1,4	1,0 - 1,9
Arthrite	2,6**	1,4 - 4,6	1,2	0,6 - 2,5	2,4**	1,4 - 4,2
Maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite)	2,0***	1,4 - 2,8	1,2	0,7 - 2,1	1,7**	1,2 - 2,4
Au moins un nouveau problème de santé chronique [‡]	2,0****	1,6 - 2,5	1,0	0,8 - 1,4	1,4**	1,1 - 1,7
Autres problèmes de santé						
Au moins une nouvelle limitation des activités dues à une incapacité physique ou mentale de longue durée	1,3	0,9 - 1,8	0,9	0,5 - 1,4	1,0	0,7 - 1,4
Incapacité de longue durée ou handicap	1,5	1,0 - 2,3	1,1	0,6 - 2,0	1,3	0,9 - 2,1

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Notas : Contient les résultats de 6 modèles distincts de régression fondés sur 13 427 enregistrements du Fichier santé longitudinal. Dans chaque cas, un faible pourcentage d'enregistrements (< 2 %) ont été supprimés à cause de données manquantes. Chaque régression inclut certaines variables de contrôle, mais les rapports de cotes ne sont présentés que pour la forme de déclaration. Les nombres non pondérés d'enregistrements dans l'échantillon figurent au tableau E en annexe. (Voir le tableau G en annexe pour la liste complète des variables indépendantes.) Les résultats complets des divers modèles peuvent être obtenus sur demande.

[†] La catégorie de référence est la réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997.

[‡] Y compris les allergies alimentaires, les autres allergies, l'asthme, l'arthrite, les maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite), l'hypertension, la migraine, la bronchite chronique ou l'emphysème, la sinusite, le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, les ulcères à l'estomac ou à l'intestin, les troubles dus à un accident cérébrovasculaire, l'incontinence urinaire, la cataracte et le glaucome.

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

**** $p \leq 0,0001$

la déclaration d'un nouveau cas survenu dans l'intervalle de deux ans entre les cycles de l'ENSP. (Dans certains cas, les questions d'approfondissement posées par l'intervieweur indiquent que le problème de santé existait peut-être déjà avant le premier cycle [voir *Variation de la forme de déclaration et incohérences*]). La régression logistique multiple a de nouveau permis d'examiner ici les associations éventuelles entre la déclaration d'un nouveau problème de santé et la situation quant à la forme de déclaration, en tenant compte de l'effet des autres variables liées à cette situation et des changements de forme de déclaration (voir le tableau G en annexe pour les variables incluses dans le modèle). Pour les trois problèmes de santé chroniques pour lesquels l'échantillon de nouveaux cas était suffisamment grand (autres allergies, arthrite, et maux de dos non dus à l'arthrite), et pour « au moins un problème de santé chronique », la

cote exprimant la possibilité qu'un nouveau cas soit déclaré est plus forte pour les personnes pour lesquelles les renseignements ont été recueillis par procuration en 1994-1995, mais fournis personnellement en 1996-1997 que pour celles pour lesquelles les renseignements ont été déclarés par personne interposée lors des deux cycles (tableau 8). Pour l'arthrite et les maux de dos (non dus à l'arthrite), la cote exprimant la possibilité qu'un nouveau cas soit déclaré entre 1994-1995 et 1996-1997 est plus élevée pour les personnes qui ont répondu personnellement au questionnaire lors des deux cycles que pour celles pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration lors des deux cycles.

En revanche, la déclaration de nouveaux cas de limitation des activités et d'incapacité n'est pas liée de façon significative aux changements de forme de déclaration. Pour ce genre de problème, il se

pourrait que les nouveaux cas aient des répercussions plus directes sur les personnes qui font la déclaration par procuration, donc qu'elles soient plus susceptibles de s'en souvenir et de les déclarer.

Mot de la fin

Selon l'analyse des données des deux premiers cycles de l'ENSP (1994-1995 et 1996-1997), la réponse par personne interposée semblerait sous-estimer la prévalence de certains problèmes de santé. Ainsi, les estimations calculées d'après les données du Fichier santé sont nettement plus élevées que celles basées sur le Fichier général, et ce, pour plusieurs problèmes de santé. Il pourrait donc se produire un effet de réponse par procuration. Cependant, comme prévu, l'écart entre les estimations est moins prononcé pour les problèmes de santé que les déclarants par procuration sont les plus susceptibles de remarquer et les moins susceptibles de nommer incorrectement, comme le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque ou le cancer. En outre, la déclaration en personne est liée à la mention de nombreux problèmes de santé, comme en témoigne l'analyse multivariée des données du Fichier santé lorsqu'on tient compte des facteurs liés à la forme de déclaration. Par ailleurs, dans le cas du fichier longitudinal, la mention de nouveaux cas de certains problèmes de santé est aussi liée au changement de forme de déclaration.

Les intervieweurs ont maintenant reçu l'instruction d'essayer par tous les moyens que le membre du panel longitudinal réponde en personne au questionnaire de la composante générale pour tenter d'éliminer la déclaration par procuration. Cette mesure devrait limiter le risque qu'un changement de forme de déclaration d'un cycle à l'autre influe sur l'estimation des taux d'incidence. ●

Références

1. J.C. Moore, « Self/Proxy response status and survey response quality: A review of the literature », *Journal of Official Statistics*, 4(2), 1988, p. 155-172.
2. C.C. Cannell, R.M. Groves et P.V. Miller, « The effects of mode of data collection on health survey data », *American Statistical Association: Proceedings of the Social Statistics Section*, Washington, D.C.: American Statistical Association, 1986, p. 1-6.
3. A. Cartwright, « The effect of obtaining information from different informants on a family morbidity inquiry », *Applied Statistics*, 6(1), 1957, p. 18-25.
4. B.R. Clarridge et M.P. Massagli, « The use of female spouse proxies in common symptom reporting », *Medical Care*, 27(4), 1989, p. 352-366.
5. P.V. Grootendorst, D.H. Feeny et W. Furlong, « Does it matter whom and how you ask? Inter- and intra-rater agreement in the Ontario Health Survey », *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(2), 1997, p. 127-135.
6. R.M. Groves et N.A. Mathiowetz, « An experiment to measure the effects of respondent rules on health survey responses », *American Statistical Association: Proceedings of the Section on Survey Research Methods*, Washington, D.C., American Statistical Association, 1981: p. 346-351.
7. M.G. Kovar et R.A. Wright, « An experiment with alternate respondent rules in the National Health Interview Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Social Statistics Section*, Washington, D.C., American Statistical Association, 1973, p. 311-316.
8. R.E. Miller, M.P. Massagli et B.R. Clarridge, « Quality of proxy vs. self reports: evidence from a health survey with repeated measures », *American Statistical Association: Proceedings of the Section on Survey Research Methods*, Washington, D.C., American Statistical Association, 1986, p. 546-551.
9. R.R. Mosley II et F.D. Wolinsky, « The use of proxies in health surveys: Substantive and policy implications », *Medical Care*, 24(6), 1986, p. 496-510.
10. L. Tompkins et J.T. Massey, « Using a most knowledgeable respondent rule in a household telephone survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Section on Survey Research Methods*, Washington, D.C., American Statistical Association, 1986: p. 281-286.
11. D.A. Koons, « Quality control and measurement of nonsampling error in the Health Interview Survey », *Vital and Health Statistics*, 2(54), 1973, p. 1-24.
12. National Center for Health Statistics, « Reporting of hospitalization in the Health Interview Survey », *Vital and Health Statistics*, 2(6), 1965, p. 1-51.
13. National Center for Health Statistics, « Health Interview responses compared with medical records », *Vital and Health Statistics*, 2(7), 1965, p. 1-40.
14. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

15. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population — une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
16. Enquête nationale sur la santé de la population, *Fichiers de microdonnées à grande diffusion 1996-1997, guide de l'utilisateur — composante ménages*, Ottawa, 1998 (Statistique Canada, n° 82-M0009GPF au catalogue).
17. M.E. Briscoe, « Research note: proxy responses in health surveys: a methodological issue », *Sociology of Health and Illness*, 6(3), 1984, p. 359-365.
18. C.F. Cannell, K.H. Marquis et A. Laurent, « A summary of studies of interviewing methodology », *Vital and Health Statistics*, 2(69), 1977, p. 1-16.
19. M. Heliövaara, A. Aromaa, T. Klaukka *et. al.*, « Reliability and validity of interview data on chronic diseases: The Mini-Finland Health Survey », *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(2), 1997, p. 127-135.
20. W.C. Madow, « Net differences in interview data on chronic conditions and information derived from medical records », *Vital and Health Statistics*, 2(57), 1973, p. 1-25.
21. 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, n° 12-001 au catalogue).
22. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 283-310.
23. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*, Baltimore, août 1999.
24. L.M. Verbrugge, « Females and illness: recent trends in sex differences in the United States », *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 1976, p. 387-403.
25. I. Waldron, « Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality: issues and evidence », *Social Science and Medicine*, 17(16), 1983, p. 1107-1123.
26. J.N. Clarke, « Sexism, feminism and medicalism: a decade of literature on gender and illness », *Sociology of Health and Illness*, 5(1), 1983, p. 62-82.

Annexe

Tableau A

Nombre non pondéré de personnes de 12 ans et plus dans l'échantillon pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration pour la composante générale, selon le sexe et l'âge, Fichier général et Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997

	Fichier général		Fichier santé	
	Total	Réponse par procuration	Total	Réponse par procuration
Total	173 216	78 158	73 402	20 469
Sexe				
Hommes	84 409	48 118	34 265	13 199
Femmes	88 807	30 040	39 137	7 270
Groupe d'âge				
12 à 17 ans	19 836	16 537	5 120	3 541
18 à 24 ans	19 955	10 747	7 000	2 185
25 à 44 ans	66 401	25 549	28 900	7 319
45 à 64 ans	44 762	18 310	19 019	4 981
65 ans et plus	22 262	7 015	13 363	2 443

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier général et Fichier santé, 1996-1997

Tableau B

Nombre non pondéré de personnes de 12 ans et plus dans l'échantillon qui ont déclaré des problèmes de santé chroniques et d'autres problèmes, selon la réponse par procuration à la composante générale, Fichier général et Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997

	Fichier général		Fichier santé	
	Total	Réponse par procuration	Total	Réponse par procuration
Total	173 216	78 158	73 402	20 469
Problèmes de santé chroniques				
Allergies alimentaires	11 257	3 826	5 335	1 035
Autres allergies	34 708	11 906	16 221	3 234
Asthme	12 347	5 129	5 467	1 354
Arthrite ou rhumatisme	23 332	6 101	13 063	2 005
Maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite)	24 327	7 892	12 097	2 474
Hypertension	16 336	5 303	8 676	1 731
Migraine	12 442	3 725	5 804	1 059
Bronchite chronique ou emphysème	4 471	1 265	2 429	410
Sinusite	7 521	1 977	3 788	593
Diabète	5 380	2 013	2 706	623
Épilepsie	956	380	446	99
Maladie cardiaque	6 765	2 345	3 695	772
Cancer	2 563	850	1 359	289
Ulcères à l'estomac ou à l'intestin	4 348	1 371	2 245	422
Troubles dus à un accident cérébrovasculaire	1 533	612	868	231
Incontinence urinaire	2 669	694	1 596	246
Troubles intestinaux	2 862	767	1 520	245
Maladie d'Alzheimer/autres formes de démence [†]	494	300	245	128
Cataracte [†]	4 250	1 113	2 679	406
Glaucome [†]	1 736	519	1 013	172
Problèmes de thyroïde	5 422	1 249	2 852	356
Autre [‡]	9 171	3 103	4 597	973
Au moins un problème de santé chronique	94 550	35 261	44 535	10 121
Autres problèmes de santé				
Limitation des activités due à une incapacité physique ou mentale de longue durée	21 192	7 217	10 982	2 313
Incapacité de longue durée ou handicap	18 106	6 539	9 446	2 111

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier général et Fichier santé, 1996-1997

[†] Question posée uniquement aux personnes de 18 ans et plus.

[‡] Tout autre problème de santé chronique, comme la mucoviscidose ou la sclérose en plaques.

Tableau C

Nombre non pondéré de personnes de 12 ans et plus dans l'échantillon pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration pour la composante générale, selon les caractéristiques de la personne qui a fait la déclaration par procuration, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997

	Sexe du déclarant par procuration				Lien du déclarant par procuration avec la personne au nom de laquelle a été faite la déclaration				
	Total	Hommes	Femmes	Manquant	Conjoint(e)	Parent	Autre personne apparentée	Personne non apparentée	Données manquantes
Toutes les personnes avec déclaration par procuration	20 469	5 945	14 522	2	12 525	5 338	2 084	519	3
Sexe et âge									
Garçons de 12 à 24 ans avec déclaration par procuration	3 035	759	2 276	0	181	2 490	264	100	0
Filles de 12 à 24 ans avec déclaration par procuration	2 691	775	1 916	0	162	2 202	237	90	0
Hommes de 25 ans et plus avec déclaration par procuration	10 164	552	9 612	0	8 766	443	758	197	0
Femmes de 25 ans et plus avec déclaration par procuration	4 579	3 859	718	2	3 416	203	825	132	3

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

Tableau D

Nombre non pondéré de personnes de 12 ans et plus dans l'échantillon pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration pour la composante générale, selon le sexe, Fichier santé longitudinal, cycles de 1994-1995 et de 1996-1997 de l'Enquête nationale sur la santé de la population

	Total	Hommes	Femmes
Total	13 427	6 071	7 356
Réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997	1 314	1 036	278
Réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997	2 603	1 628	975
Réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997	768	527	241
Réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997	8 742	2 880	5 862

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Tableau E

Nombre non pondéré de personnes de 12 ans et plus dans l'échantillon ayant déclaré un nouveau cas entre 1994-1995 et 1996-1997 pour certains problèmes de santé, selon le scénario de déclaration pour la composante générale, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population

	Total	Réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997	Réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997	Réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997	Réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997
Total	13 427	1 314	2 603	768	8 742
Problèmes de santé chroniques					
Autres allergies	1 453	88	349	52	964
Arthrite	766	34	135	32	565
Maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite)	1 027	73	235	47	672
Au moins un problème de santé chronique†	4 854	337	982	223	3 312
Autres problèmes de santé					
Au moins une nouvelle limitation des activités dues à une incapacité physique ou mentale de longue durée	1 298	107	240	61	890
Incapacité de longue durée ou handicap	786	54	155	43	534

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

† Y compris les allergies alimentaires, les autres allergies, l'asthme, l'arthrite, les maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite), l'hypertension, la migraine, la bronchite chronique ou l'emphysème, la sinusite, le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, les ulcères à l'estomac ou à l'intestin, les troubles dus à un accident cérébrovasculaire, l'incontinence urinaire, la cataracte et le glaucome.

Tableau F

Variables incluses dans les modèles de régression logistique multiple reliant certaines caractéristiques de l'état de santé à la forme de déclaration en 1996-1997
Forme de déclaration

Réponse en personne
Réponse par procuration†

Sexe

Hommes‡
Femmes

Âge§

Autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage††

État matrimonial

Marié(e)‡
Jamais marié(e)
Marié(e) antérieurement

Niveau de scolarité

Diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur
Études postsecondaires partielles
Diplôme d'études postsecondaires (collège, école de métiers ou université)‡

Occupé(e)††**Catégorie de revenu du ménage**

Inférieure/moyenne-inférieure†
Moyenne
Moyenne-supérieure
Supérieure

Autoévaluation de la santé

Excellente‡
Très bonne
Bonne
Passable
Mauvaise

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

† Pour le premier ensemble de modèles de régression (tableau 4), on a choisi la réponse par procuration comme catégorie de référence. Pour le deuxième ensemble (tableau 6), on a subdivisé cette catégorie en deux sous-catégories : réponse par procuration faite par une femme et réponse par procuration faite par un homme. Pour ce second ensemble, on a choisi la réponse par procuration faite par un homme comme catégorie de référence.

‡ Catégorie de référence.

§ L'âge a été inclus dans les modèles de régression sous forme de variable continue.

†† La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage » est « aucun adulte de 18 ans ou plus dans le ménage ».

Tableau G

Variables incluses dans les modèles de régression logistique multiple reliant les nouveaux cas observés pour certains problèmes de santé chroniques et le changement de forme de déclaration entre 1994-1995 et 1996-1997
Scénario de déclaration

Réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997
Réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997
Réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997
Réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997

Sexe

Hommes‡
Femmes

Âge en 1994-1995‡

Autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage en 1994-1995‡
Autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage en 1994-1995 et aucun adulte de 18 ans ou plus dans le ménage en 1996-1997‡
Aucun adulte de 18 ans ou plus dans le ménage en 1994-1995 et autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage en 1996-1997‡

État matrimonial en 1994-1995

Marié(e)‡
Jamais marié(e)
Marié(e) antérieurement

Non marié(e) en 1994-1995 et marié(e) en 1996-1997‡**Marié(e) en 1994-1995 et non marié(e) en 1996-1997‡****Niveau de scolarité en 1994-1995**

Diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur
Études postsecondaires partielles
Diplôme d'études postsecondaires (collège, école de métiers ou université)‡

Occupé(e) en 1994-1995‡**Occupé(e) en 1994-1995 et non occupé(e) en 1996-1997‡****Non occupé(e) en 1994-1995 et occupé(e) en 1996-1997‡****Catégorie de revenu du ménage en 1994-1995**

Inférieure/moyenne-inférieure†
Moyenne
Moyenne-supérieure
Supérieure

Autoévaluation de la santé en 1994-1995

Excellente†
Très bonne
Bonne
Passable
Mauvaise

Amélioration de l'autoévaluation de la santé de 1994-1995 à 1996-1997‡**Détérioration de l'autoévaluation de la santé de 1994-1995 à 1996-1997‡**

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

† Catégorie de référence.

‡ L'âge a été intégré dans les modèles de régression sous forme de variable continue.

§ La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage » est « aucun adulte de 18 ans ou plus dans le ménage ».

T Travailleurs et maux de dos chroniques

Claudio E. Pérez

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les liens entre l'exposition à certains facteurs professionnels et non professionnels et l'incidence de maux de dos chroniques au cours des deux années suivantes.

Source des données

Les données proviennent de la composante longitudinale des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée par Statistique Canada. L'analyse se fonde sur 3 234 hommes et 3 129 femmes qui, en 1994-1995, avaient 16 ans et plus, travaillaient, jugeaient leur santé bonne, très bonne ou excellente, et chez lesquels aucuns maux de dos chroniques n'avaient été diagnostiqués.

Techniques d'analyse

Toutes les données analysées ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population du Canada en 1994-1995. Des totalisations croisées non corrigées combinées à la régression logistique multiple ont permis d'étudier le lien entre les caractéristiques des participants à l'enquête en 1994-1995 et le diagnostic subséquent de maux de dos chroniques entre 1994-1995 et 1996-1997.

Principaux résultats

Plus d'un million de travailleurs canadiens de 16 ans et plus (9 %) ont commencé à souffrir de maux de dos chroniques entre 1994-1995 et 1996-1997. Les blessures au dos, le stress chronique, la dépression et l'appartenance au groupe des 40 à 49 ans sont tous des facteurs associés de façon significative à la manifestation subséquente de maux de dos chroniques.

Mots-clés

Dorsalgie, incapacité, stress, dépression, stress psychologique, santé au travail.

Auteur

Claudio E. Pérez (613-951-1733; perecla@statcan.ca) travaille à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Au Canada tout comme dans d'autres pays industrialisés, les maux de dos représentent un important problème de santé^{1,2} dont souffriront vraisemblablement quelque 70 % à 85 % des personnes au cours de leur vie. Quoiqu'ils ne soient souvent que de courte durée, les maux de dos (dorsalgie) entraînent parfois un état chronique dont les répercussions peuvent être graves (voir *Vivre aux prises avec des maux de dos chroniques*)³.

Outre la douleur et l'incapacité éventuelle, la dorsalgie chronique peut avoir des conséquences financières fâcheuses pour les personnes atteintes, leurs employeurs et les assureurs. En effet, une blessure au dos subie au travail donne fréquemment droit à des indemnités d'invalidité et est une cause importante de perte de temps de travail¹. De plus, elle a parfois des effets psychologiques tant sur la personne atteinte que sur son entourage⁴⁻⁶.

Les maux de dos d'origine professionnelle ont fait l'objet de maintes recherches. Outre les facteurs d'ordre physique, comme l'effort qu'exige la tâche et le temps passé en position assise, les travaux ont porté sur les conditions psychosociales et sur le stress. Les résultats témoignent cependant de divergences marquées qui tiennent en grande partie aux choix des problèmes dorsaux étudiés : problèmes récents

Méthodologie

Source des données

Le présent article se fonde sur des données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada. Lancée en 1994-1995, l'ENSP recueille tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre la population à domicile et les personnes qui vivent en établissement de santé dans les provinces et les territoires, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP compte une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal sont suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

Les données individuelles sont classées dans deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. Le Fichier général rassemble des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de tous les membres des ménages participants. Une personne a en outre été sélectionnée au hasard dans chacun de ces ménages pour fournir des renseignements détaillés sur sa santé. Le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les données du Fichier général sur les personnes qui ont fourni ces renseignements.

Dans chaque ménage formant la composante longitudinale en 1996-1997, la personne qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé est celle qui a été sélectionnée au hasard à l'occasion du premier cycle (1994-1995) et, en général, celle qui a fourni des renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général au moment du deuxième cycle.

La composante des ménages de l'ENSP de 1994-1995 couvrant les 10 provinces portait sur un échantillon de 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. À l'issue d'un tri de sélection visant à s'assurer du caractère représentatif de l'échantillon, 20 725 ménages faisaient encore partie du champ d'observation. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée au hasard avait 12 ans et plus. Parmi ces personnes, 17 626 ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé, ce qui représente un taux de réponse de 96,1 %. De ces 17 626 personnes sélectionnées au hasard, 14 786 remplissaient les conditions pour faire partie du panel longitudinal de l'ENSP, de même que 468 pour lesquelles seuls des renseignements généraux ont été recueillis. En outre, 2 022 des 2 383 personnes de moins de 12 ans sélectionnées au hasard remplissaient les conditions pour faire partie du panel. Donc, 17 276 personnes répondaient aux critères pour être réinterviewées lors du cycle de 1996-1997.

En tout, 16 168 membres du panel longitudinal ont participé à l'enquête en 1996-1997, ce qui représente un taux de réponse de 93,6 %. De ces 16 168 personnes, 15 670 ont fourni des renseignements complets, c'est-à-dire des renseignements généraux et des renseignements détaillés sur leur santé aux deux cycles de l'enquête.

Une description plus détaillée du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'interview de l'ENSP figure dans des rapports déjà publiés^{7,8}.

L'analyse présentée ici se fonde principalement sur les données longitudinales de la composante des ménages des premier (1994-1995) et deuxième (1996-1997) cycles de l'ENSP couvrant les 10 provinces. Des 15 670 personnes qui ont fourni des renseignements complets, 6 363 (3 234 hommes et 3 129 femmes) qui, en 1994-1995, ont dit ne pas souffrir de maux de dos chroniques, se sont déclarées en bonne, très bonne ou excellente santé, travaillaient et avaient 16 ans et plus ont été retenues pour les analyses dont les résultats sont présentés aux tableaux 1 et 2.

Techniques d'analyse

Les facteurs qui précèdent le diagnostic de maux de dos chroniques, c'est-à-dire les variables indépendantes, correspondent aux réponses fournies en 1994-1995, tandis que la manifestation ou l'absence de maux de dos chroniques, c'est-à-dire la variable dépendante, correspond aux réponses fournies en 1996-1997 (tableaux A et B en annexe). Pour réduire le risque que des indicateurs psychologiques négatifs résultent d'un mauvais état de santé général ou de maux de dos chroniques qui existaient en 1994-1995, l'analyse s'est limitée aux personnes qui ont jugé leur état de santé général bon, très bon ou excellent et qui n'ont pas fait état de maux de dos chroniques en 1994-1995 (voir *Limites*). (L'inclusion dans le modèle multivarié de tous les membres de l'échantillon, quelle que soit leur réponse à l'autoévaluation de l'état de santé, ne modifie pas la signification des résultats — données non présentées.) L'analyse se limite aux personnes qui travaillaient en 1994-1995; ces personnes pouvaient ou non faire partie de la main-d'oeuvre en 1996-1997.

La totalisation croisée des données du fichier longitudinal a permis d'estimer la proportion de travailleurs canadiens de 16 ans et plus qui étaient en bonne santé en 1994-1995 et chez lesquels des maux de dos chroniques ont été diagnostiqués dans l'intervalle de deux ans entre 1994-1995 et 1996-1997, selon certaines caractéristiques liées ou non au travail (voir *Définitions* à l'*Annexe*). La régression logistique multiple a par ailleurs servi à modéliser l'association entre ces caractéristiques et le diagnostic d'une dorsalgie chronique. Les données sur les hommes et les femmes ont été regroupées afin de maximiser la taille de l'échantillon. Pour la même raison, une catégorie « données manquantes » a été créée pour la plupart des variables indépendantes, mais les rapports de cotes pour cette catégorie ne sont pas présentés dans les tableaux.

Plusieurs variables psychosociales (comme les tensions et contraintes au travail, le stress chronique et le sentiment de contrôle) ont été évaluées selon des échelles dont la limite d'inclusion a été déterminée d'après la distribution pondérée du fichier transversal pertinent (1994-1995 ou 1996-1997, selon la variable), parce que l'échantillon est plus important pour ces fichiers que pour le fichier longitudinal.

Toutes les estimations sont pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population canadienne en 1994-1995.

Pour tenir compte des effets de la complexité du plan de sondage, les écarts-types et les coefficients de variation ont été calculés selon la méthode *bootstrap*⁹. Les résultats sont dits significatifs s'ils atteignent le niveau de signification de 0,05.

ou récurrents, aigus ou chroniques; troubles dorsaux, dorsolombaires ou musculosquelettiques généraux; douleur; et incapacité.

Certaines des études effectuées ne portent que sur une seule industrie ou profession^{2,10-18}, ou uniquement sur l'un des deux sexes^{10,19}. D'autres sont

limitées à des personnes d'un âge déterminé^{11,20} ou présentant des troubles cliniques particuliers²⁰⁻²³. En outre, nombre de recherches ne tiennent aucunement compte de l'intensité de l'effort physique qu'exige la tâche^{4,24}, tandis que plusieurs autres sont de nature transversale^{10,12,13,22,25-27}.

Vivre aux prises avec des maux de dos chroniques

La dorsalgie chronique est un état assez courant. D'après les données du cycle de 1996-1997 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), on estime que 3,1 millions de Canadiens adultes, soit 13,6 % de la population de 16 ans et plus, en sont atteints. À bien des égards, la santé des personnes qui souffrent de maux de dos chroniques diffère considérablement de celle des personnes non atteintes. (Cependant, les données ne permettent pas de déterminer si ces différences tiennent à l'existence des maux de dos.)

Une limitation des activités est une restriction (due à une incapacité physique ou mentale ou à un problème de santé chronique) du genre ou du nombre d'activités auxquelles peut s'adonner une personne. Presque 4 personnes sur 10 (39 %) chez lesquelles une dorsalgie chronique a été diagnostiquée disent que leurs activités sont limitées, alors que la proportion est de 13 % pour les personnes qui ne souffrent pas de maux de dos. En outre, une proportion assez faible seulement de personnes présentant des maux de dos chroniques déclarent qu'elles n'éprouvent habituellement aucune douleur ni malaise.

Au cours des deux semaines qui ont précédé l'entrevue de l'ENSP, une proportion nettement plus élevée de personnes atteintes de maux de dos chroniques que de personnes sans ce problème ont dû réduire leurs activités ou s'aliter. Elles font aussi état d'un plus grand nombre de journées d'incapacité durant cette période de deux semaines.

Durant le mois qui a précédé l'entrevue, les personnes souffrant de maux de dos chroniques étaient plus susceptibles que celles sans ce problème de prendre des analgésiques et de la codéine, du Demerol ou de la morphine. L'écart entre les deux groupes est également significatif en ce qui concerne la consommation d'antidépresseurs.

En outre, les personnes qui souffrent de maux de dos chroniques ont tendance à recourir assez fréquemment aux services de santé. En moyenne, elles consultent plus souvent les médecins, les physiothérapeutes et les chiropraticiens que les personnes qui n'ont pas mal au dos. Et, comparativement à ces dernières, elles sont plus susceptibles de consulter un praticien des médecines douces, de consulter un professionnel de la santé au sujet de leur état mental ou émotionnel ou de recourir à la massothérapie. Par contre, le nombre moyen de journées passées à l'hôpital par les membres des deux groupes au cours de l'année qui a précédé l'entrevue ne diffère pas de façon significative.

État de santé, utilisation des services de santé et consommation de médicaments, selon le diagnostic de maux de dos chroniques, population à domicile de 16 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Diagnostic de maux de dos chroniques	
	Oui	Non
Limitation des activités (%)	38,9*	13,1
Habituellement sans douleurs ou malaises (%)	63,3*	90,1
Au cours des deux dernières semaines :		
Réduction des activités (%)	19,8*	8,2
Alitement (%)	9,8*	5,0
Nombre moyen de journées d'incapacité	1,7*	0,6
Au cours du dernier mois :		
Consommation d'analgésiques (%)	75,3*	62,2
Consommation de codéine/Demerol/morphine (%)	9,9*	3,8
Consommation d'antidépresseurs (%)	7,1*	3,1
Au cours de la dernière année :		
Nombre moyen de consultations d'un médecin	6,4*	3,8
Nombre moyen de consultations d'un physiothérapeute	2,8*	0,6
Nombre moyen de consultations d'un chiropraticien	3,5*	0,6
Massothérapie (%)	8,1*	2,5
Consultation d'un professionnel de la santé au sujet de l'état mental/émotionnel (%)	10,5*	5,9
Consultation d'un praticien de la médecine douce† (%)	14,2*	5,6
Nombre moyen de journées d'hospitalisation	1,1	0,7

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

Nota : Les non-répondants sont inclus dans les dénominateurs des proportions.

† Y compris la massothérapie.

* Valeur significativement différente de celle observée pour les personnes chez lesquelles on n'a pas diagnostiqué de maux de dos chroniques.

Tableau 1

Pourcentage de la population de 16 ans et plus occupée en 1994-1995 qui a mentionné le diagnostic de maux de dos chroniques en 1996-1997, selon certaines caractéristiques observées en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Maux de dos chroniques nouvellement diagnostiqués en 1996-1997		Maux de dos chroniques nouvellement diagnostiqués en 1996-1997
	%		%
Total	8,9	Forte menace de perdre son emploi[§]	
		Oui	9,8
		Non	8,5
Blessure au dos En 1994-1995		Faible soutien émotionnel au travail[§]	
Oui	23,9 [†]	Oui	10,2
Non	8,3	Non	8,3
En 1996-1997		Faible satisfaction professionnelle[§]	
Oui	43,3 [†]	Oui	9,7
Non	8,3	Non	8,7
Caractéristiques sociodémographiques		Facteurs psychosociaux non liés au travail	
Sexe		Stress personnel intense[§]	
Hommes	8,6	Oui	10,3 [†]
Femmes	9,2	Non	8,1
Groupe d'âge		Stress chronique intense[§]	
16 à 29 ans	7,8	Oui	11,6 [†]
30 à 39 ans	8,1	Non	7,9
40 à 49 ans	10,1 [†]	Stress familial intense[§]	
50 à 59 ans	9,9	Oui	10,0 [†]
60 ans et plus	9,9	Non	8,1
Niveau de scolarité		Faible soutien émotionnel[§]	
Diplôme d'études secondaires ou scolarité moindre	9,8	Oui	10,5
Études postsecondaires partielles	8,7	Non	8,5
Diplôme d'études postsecondaires	7,4	Faible sentiment de contrôle[§]	
Catégorie de revenu du ménage[§]		Oui	10,0
Inférieure, moyenne-inférieure, moyenne	9,0	Non	8,5
Moyenne-supérieure	9,0	Symptômes de dépression[§]	
Supérieure	9,1	Oui	14,1 [†]
Caractéristiques de l'emploi		Non	8,5
Effort physique au travail[§]		Comportements qui influent sur la santé	
Intense	9,9 ^{††}	Usage du tabac	
Normal	10,7 ^{††}	Non-fumeur	8,3
Faible	7,1	Occasionnel	9,0
Profession		Quotidien	10,5 ^{§§}
Administration	9,3	Consommation d'alcool	
Professionnel	9,0	Non-buveur	9,0
Ventes	7,4	Occasionnelle	8,8
Services	7,8	Régulière	8,9
Col bleu	10,4 ^{††}	Personne active durant les loisirs[§]	
Travail de bureau	7,5	Oui	8,8
Fortes tensions et contraintes au travail[§]		Non	8,8
Oui	9,1		
Non	8,5		

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Nota : Sauf pour les « blessures au dos en 1996-1997 », les caractéristiques se rapportent à la situation en 1994-1995. L'analyse se fonde sur 3 234 hommes et 3 129 femmes qui, en 1994-1995, travaillaient, se sont dits en bonne, très bonne ou excellente santé générale et n'ont pas déclaré souffrir de maux de dos chroniques. Les données sont pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population de 1994-1995.

[†] Valeur significativement plus élevée que celle observée pour l'absence de la caractéristique ($p \leq 0,05$).

[‡] Valeur significativement plus élevée que celle observée pour le groupe des 16 à 29 ans ($0,05 < p \leq 0,06$).

[§] Le modèle de régression logistique utilisé pour déterminer la signification statistique comprend la catégorie « données manquantes ».

^{††} Valeur significativement plus élevée que celle observée pour l'effort physique faible au travail ($p \leq 0,05$).

^{†††} Valeur significativement plus élevée que celle observée pour le travail de bureau ($p \leq 0,05$).

^{§§} Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les non-fumeurs ($p \leq 0,05$).

Puisque ces études ne fournissent pas de renseignements quant à la succession des événements, la nature des associations observées (cause, effet ou manifestation concomitante des troubles dorsaux) s'en trouve d'autant plus difficile à déterminer.

Par conséquent, les résultats peuvent difficilement être généralisés afin de dépister les personnes qui courent le plus grand risque d'être atteintes d'une dorsalgie chronique³.

Au moyen des données des premier et deuxième cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), la présente analyse fournit une estimation de l'incidence de la dorsalgie chronique entre 1994-1995 et 1996-1997. Les personnes observées sont celles qui, en 1994-1995, avaient 16 ans et plus, travaillaient, jugeaient leur santé bonne, très bonne ou excellente et ne souffraient pas de maux de dos chroniques diagnostiqués par un professionnel de la santé (voir *Méthodologie* et *Limites*). L'analyse vise à déterminer les personnes les plus à risque de souffrir de maux de dos. Pour ce faire, elle cherche à savoir s'il existe un lien entre un nouveau diagnostic de dorsalgie chronique et les facteurs suivants : les blessures au dos, la profession, l'effort physique au travail, les conditions psychosociales au travail et en dehors de celui-ci, les caractéristiques démographiques et les comportements qui influent sur la santé.

Un million de nouveaux cas

Selon les estimations, 8,9 % des personnes de 16 ans et plus qui travaillaient en 1994-1995 étaient atteintes de dorsalgie chronique en 1996-1997 (voir *Définitions* à l'*Annexe*), ce qui représente plus d'un million de nouveaux cas. Contrairement aux résultats d'une récente étude britannique²⁸, l'incidence sur deux ans de la dorsalgie chronique au Canada est comparable chez les travailleurs de sexe masculin et féminin : 9,2 % et 8,6 %, respectivement (tableau 1). Les maux de dos chroniques semblent en outre toucher davantage les personnes d'âge mûr que les jeunes : l'incidence de tels problèmes est de plus de 10 % chez les travailleurs de 40 à 49 ans, mais inférieure à 8 % chez ceux de 16 à 29 ans. L'incidence sur deux

ans ne varie de façon significative ni selon le niveau de scolarité ni selon le revenu du ménage.

Importance de la dimension physique

Toute étude des facteurs associés aux maux de dos doit tenir compte de la dimension physique^{17,19,29}. À cet égard, une blessure peut parfois aggraver l'événement d'origine qui entraîne un problème chronique ou en être la source. En fait, 43 % des personnes qui travaillaient en 1994-1995 et qui avaient été victimes d'une grave blessure au dos en 1996-1997 ont aussi dit qu'on venait de poser chez elles le diagnostic de dorsalgie chronique. La proportion est plus faible (24 %) mais néanmoins significative pour les travailleurs qui avaient subi une blessure au dos en 1994-1995.

L'effort physique intense peut augmenter le risque de souffrir de maux de dos qui, à leur tour, peuvent devenir chroniques⁴. Parmi les travailleurs qui ont dit en 1994-1995 que leur travail exigeait un effort physique intense ou normal, 10 % et 11 %, respectivement, souffraient de maux de dos chroniques en 1996-1997. Par contre, chez les travailleurs dont l'emploi ne demandait qu'un faible effort physique, la proportion correspondante était de 7 %. Cependant, à l'instar de la plupart des données de l'ENSP, les renseignements sur l'effort physique sont le fruit d'une autoévaluation. Or, pour des tâches similaires, la perception du niveau d'effort peut varier d'une personne à l'autre. Les personnes qui jugent intense l'effort physique qui leur est demandé pourraient être celles qui sont sujettes à la dorsalgie chronique. D'aucuns pensent aussi que les personnes qui éprouvent déjà des maux de dos pourraient surestimer l'effort physique¹⁰ ou faire plus d'efforts que celles qui n'en souffrent pas.

Certaines professions sont bien entendu beaucoup plus exigeantes physiquement^{1,2,11}. À cet égard, les données de l'ENSP révèlent que plus de 10 % des personnes qui occupaient un poste de col bleu en 1994-1995 avaient déclaré, en 1996-1997, souffrir de maux de dos chroniques, proportion nettement plus élevée que celle observée pour les employés de bureau (8 %).

Facteurs de stress au travail

Les maux de dos pourraient être liés à d'autres facteurs que les blessures et l'effort physique^{4,5,30,31}. Leur association à diverses variables psychosociales a été maintes fois étudiée au cours des 20 dernières années, en général au moyen de quatre catégories de modèles conceptuels⁶ :

- Les demandes psychologiques pourraient accroître la tension musculaire et exacerber les tensions et contraintes liées à la tâche.
- Les demandes psychosociales pourraient influencer la prise de conscience et la déclaration des symptômes musculosquelettiques et (ou) les perceptions quant à leur cause. Cette explication englobe la théorie de l'« incitation perverse », selon laquelle le versement d'indemnités liées à un accident de travail, par exemple, serait une « incitation » à exagérer les symptômes musculosquelettiques déclarés.
- Le premier épisode de douleur consécutive à une blessure physique peut déclencher une dysfonction chronique, tant psychologique que physiologique, du système nerveux qui perpétue la douleur et la rend chronique.
- Dans certaines conditions de travail, la modification des demandes physiques pourrait entraîner une modification des demandes psychologiques, et le sens de l'association pourrait varier.

Toutefois, si certains prétendent que les facteurs psychosociaux en milieu de travail jouent un rôle dans les troubles musculosquelettiques^{9,32}, les résultats des travaux de recherche ne sont pas probants⁶. Plusieurs recherches indiquent qu'un faible soutien émotionnel au travail est lié à la manifestation de maux de dos^{4,6,12,13,25}, alors qu'il n'en serait rien selon une autre recherche¹⁰. Les auteurs d'une étude ont observé cette association pour les ouvriers d'usine, mais non pour les employés de bureau¹⁴. D'autres chercheurs ont noté un lien entre les tensions et contraintes au travail²⁵ ou leurs diverses composantes (faible discrétion relative à la compétence³³, faible pouvoir décisionnel^{6,12} ou fortes demandes psychologiques^{10,12,13,25}) et la lombalgie ou la maladie musculosquelettique. Toutefois, l'une de ces études²⁵ ne permet de déceler aucun lien significatif entre la latitude de décision et les troubles

musculosquelettiques. Les résultats concernant l'association entre une piètre satisfaction professionnelle et les maux de dos sont également contradictoires^{6,13,25,28,32}.

Selon l'ENSP, l'incidence sur deux ans de la dorsalgie chronique chez les travailleurs qui éprouvaient diverses formes de stress au travail en 1994-1995 ne diffère pas de façon significative du taux observé chez les travailleurs qui n'ont pas subi un stress comparable.

Stress personnel et dépression précèdent la manifestation des maux de dos

Certains facteurs psychologiques et sociaux de nature non professionnelle peuvent aussi jouer un rôle dans la manifestation des maux de dos^{3,12,20,24,34}. En effet, selon les données de l'ENSP, plusieurs facteurs psychosociaux sont liés au diagnostic récent d'une dorsalgie chronique chez les personnes qui travaillaient en 1994-1995. Deux ans plus tard, au moins 10 % de celles qui ont été soumises à un stress personnel, chronique ou familial intense souffraient de maux de dos chroniques. Cette proportion est nettement plus forte que celle observée pour les travailleurs soumis à un niveau moins élevé de stress. En revanche, les pourcentages de travailleurs atteints de dorsalgie chronique et chez lesquels le soutien émotionnel ou le sentiment de contrôle est faible ne diffèrent pas de façon significative de ceux observés pour les travailleurs qui ne sont pas dans ces situations.

Selon certains auteurs, la dépression est un prédicteur d'un premier épisode de lombalgie³⁵ et un prédicteur significatif, mais faible, de la douleur musculosquelettique³⁶. Une étude indique que dans environ la moitié des cas de dépression associée à une lombalgie chronique, la manifestation de la dépression précède celle de la douleur, tandis que dans l'autre moitié, elle lui est consécutive²¹. Une autre analyse, qui ne porte que sur des hommes, donne à penser que la dépression suit, mais ne précède pas, la lombalgie chronique³⁷.

Selon les données de l'ENSP, il existe un lien entre la dépression et la manifestation subséquente de maux de dos chroniques. Environ 14 % des travailleurs qui ont mentionné des symptômes de

dépression en 1994-1995 souffraient de maux de dos chroniques deux ans plus tard. Cette proportion est nettement plus forte que celle liée aux travailleurs n'éprouvant aucun symptôme de dépression (9 %).

Mode de vie

L'usage du tabac est la seule caractéristique du mode de vie analysée ici qui semble liée à la manifestation

de maux de dos chroniques. Ainsi, 11 % des fumeurs quotidiens comparativement à 8 % des non-fumeurs ont développé une dorsalgie chronique, résultats dont témoignent d'ailleurs d'autres études^{22,25}. En revanche, contrairement à d'autres travaux³, la présente analyse ne révèle aucune association significative entre l'incidence sur deux ans de la dorsalgie chronique et la consommation d'alcool ou l'activité physique durant les loisirs.

Limites

Pour les besoins de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les maux de dos chroniques sont définis comme un état qui persiste ou qui devrait persister six mois ou plus, qui n'est pas dû à l'arthrite et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Ni la reproductibilité ni l'exactitude des données recueillies selon cette définition n'a été évaluée. De surcroît, comme cela est le cas pour toutes les données autodéclarées, il est impossible de déterminer si le problème mentionné répond à tous les critères établis. (L'autodéclaration peut aussi influencer sur l'exactitude des données recueillies pour d'autres variables, comme l'effort physique au travail⁶.) La sous-déclaration des problèmes de santé (par exemple, si le problème existe mais qu'il n'a pas été diagnostiqué) peut également affaiblir l'association observée. En outre, les conditions de travail déterminées en 1994-1995 pourraient avoir changé en 1996-1997.

Quoique des antécédents de maux de dos représentent un important facteur de risque de développer une dorsalgie chronique, l'ENSP ne fournit aucun renseignement à ce sujet.

Un mal de dos est habituellement considéré comme « chronique » après une certaine période sans rétablissement après l'épisode initial. Un mal de dos dont la guérison est assez rapide ou qui n'évolue pas pour devenir chronique est dit « aigu ». Les facteurs liés à la manifestation d'un mal de dos aigu (facteurs de risque primaires) peuvent différer de ceux liés à la transformation d'un problème aigu en problème chronique (facteurs de risque secondaires)^{3,26,34,38,39}.

Par conséquent, le fait d'observer des facteurs de risque au stade prémorbide (en 1994-1995) et d'évaluer le résultat au stade chronique (en 1996-1997) pourrait affaiblir certaines associations et en masquer complètement d'autres. Cette situation expliquerait partiellement pourquoi aucune variable psychosociale liée au travail n'est associée de façon significative à la manifestation d'une dorsalgie chronique. Les facteurs de risque pour lesquels une association statistiquement significative prédomine pourraient être de nature primaire, secondaire ou l'une et l'autre. Ainsi, les symptômes de dépression sont associés à la fois à la manifestation future de maux de dos chroniques et, unidimensionnellement, à

une future blessure au dos, qui, dans certains cas, peut être à l'origine d'une dorsalgie chronique. (Le manque d'association statistique entre une dorsalgie chronique et les variables psychosociales liées au travail reflète peut-être aussi le manque de sensibilité des échelles utilisées pour évaluer ces variables.)

Étant donné les critères de sélection, en principe, la majorité des personnes visées par l'analyse ne souffraient pas de maux de dos chroniques en 1994-1995. Cependant, il se pourrait qu'à ce moment-là une faible proportion d'entre elles aient souffert d'un mal de dos qui est finalement devenu chronique, mais qui n'avait pas encore été diagnostiqué en tant que tel (à condition de s'être déclarées en bonne, très bonne ou excellente santé, ces personnes auront été retenues dans l'échantillon). Chez ces personnes, les facteurs de risque observés pourraient ou non avoir précédé la dorsalgie initiale qui a évolué plus tard vers un état chronique.

Les blessures au dos, l'un des facteurs de risque de maux de dos chroniques, pourraient être sous-déclarées. En effet, ce genre de blessure n'a été mentionné que si la personne interrogée a estimé qu'il s'agissait de la blessure la plus grave subie au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

L'ENSP ne fournit aucune donnée sur plusieurs autres variables éventuellement pertinentes, comme l'assurance-incapacité, la gravité des maux de dos et les renseignements cliniques, comme l'existence d'une sciatique ou d'un disque déplacé. Des données permettant de faire la distinction entre les problèmes affectant la partie inférieure ou supérieure du dos seraient également utiles, puisque qu'ils peuvent avoir des causes différentes^{6,38}.

L'analyse des données d'enquête ne permet pas d'établir les relations de cause à effet, même si l'on connaît les relations temporelles. Toute mention de « facteur de risque » ou de « prédicteur » s'entend au sens statistique uniquement.

À cause d'un problème concernant l'application d'interview assistée par ordinateur lors du troisième trimestre de la collecte des données de 1994-1995, les questions sur le stress au travail n'ont pas été posées aux personnes francophones de l'échantillon, situation qui s'est traduite par un taux de non-réponse anormalement élevé pour ces questions.

Blessures, stress et dépression : des facteurs toujours significatifs

Nombre de facteurs associés aux maux de dos sont, bien entendu, interdépendants. Par exemple, les emplois de col bleu exigent parfois un effort physique relativement intense pouvant entraîner des blessures au dos. En outre, les personnes qui éprouvent diverses formes de stress pourraient être

particulièrement sujettes à la dépression ou encore plus susceptibles de fumer.

Qui plus est, le diagnostic récent de maux de dos chroniques demeure lié de façon significative à une blessure au dos, même si l'on tient compte de l'effet possible de ces interdépendances (tableau 2). Ainsi, comparativement aux travailleurs exempts d'une telle blessure, ceux qui ont été victimes d'une blessure

Tableau 2

Rapports corrigés de cotes pour la déclaration de nouveaux maux de dos chroniques en 1996-1997, population de 16 ans et plus occupée en 1994-1995, selon certaines caractéristiques observées en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Blessure au dos			Fortes tensions et contraintes au travail^{††}	1,08	0,79 - 1,47
En 1994-1995	3,22*	2,05 - 5,04	Forte menace de perdre son emploi^{††}	1,12	0,08 - 1,56
En 1996-1997	8,57*	4,74 - 15,47	Faible soutien émotionnel au travail^{††}	1,15	0,78 - 1,69
Caractéristiques sociodémographiques			Faible satisfaction professionnelle^{††}	0,97	0,59 - 1,58
Sexe			Facteurs psychosociaux non liés au travail		
Hommes [†]	0,83	0,61 - 1,13	Stress personnel intense^{††}	1,10	0,83 - 1,46
Femmes	1,00	...	Stress chronique intense^{††}	1,49*	1,13 - 1,98
Groupe d'âge			Stress familial intense^{††}	1,00	0,78 - 1,29
16 à 29 ans [§]	1,00	...	Faible soutien émotionnel^{††}	1,16	0,82 - 1,64
30 à 39 ans	1,11	0,79 - 1,55	Faible sentiment de contrôle^{††}	0,97	0,71 - 1,33
40 à 49 ans	1,44*	1,01 - 2,04	Symptômes de dépression^{††}	1,66*	1,08 - 2,54
50 à 59 ans	1,45	0,98 - 2,16	Comportements qui influent sur la santé		
60 ans et plus	1,77 ^a	0,98 - 3,18	Usage du tabac		
Niveau de scolarité			Non-fumeur [§]	1,00	...
Diplôme d'études secondaires ou scolarité moindre	1,32	0,83 - 2,10	Occasionnel	1,21	0,71 - 2,07
Études postsecondaires partielles	1,17	0,78 - 1,76	Quotidien	1,15	0,88 - 1,50
Diplôme d'études postsecondaires [§]	1,00	...	Consommation d'alcool		
Catégorie de revenu du ménage[†]			Non-buveur [§]	1,00	...
Inférieure, moyenne-inférieure, moyenne	0,88	0,61 - 1,26	Occasionnelle	0,93	0,64 - 1,35
Moyenne-supérieure	0,96	0,68 - 1,34	Régulière	0,98	0,69 - 1,38
Supérieure [§]	1,00	...	Personne active durant les loisirs^{††}	1,01	0,76 - 1,34
Facteurs liés à l'emploi					
Effort physique au travail[†]					
Intense	1,39 ^a	0,99 - 1,94			
Normal	1,54	0,95 - 2,48			
Faible [§]	1,00	...			
Profession					
Administration	1,34	0,90 - 1,99			
Professionnel	1,25	0,78 - 1,98			
Ventes	0,99	0,59 - 1,66			
Services	0,96	0,60 - 1,55			
Col bleu	1,26	0,82 - 1,94			
Travail de bureau [§]	1,00	...			

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Nota : Sauf pour les « blessures au dos en 1996-1997 », les caractéristiques se rapportent à la situation en 1994-1995. L'analyse se fonde sur 6 369 personnes (24 ont été exclues à cause de données manquantes pour les variables explicatives) qui, en 1994-1995, travaillaient, se sont dites en bonne, très bonne ou excellente santé générale, et n'ont pas déclaré souffrir de maux de dos chroniques. Les données sont pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population de 1994-1995.

† La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

‡ Afin de maximiser la taille de l'échantillon, on a créé une catégorie « données manquantes » pour cette variable, mais le rapport de cotes n'est pas présenté.

§ Catégorie de référence

... N'ayant pas lieu de figurer

* $p < 0,05$

^a $0,05 < p \leq 0,06$

au dos en 1994-1995 ou en 1996-1997 ont une cote exprimant le risque de recevoir un diagnostic de dorsalgie chronique respectivement plus de trois et plus de huit fois plus élevée.

Même en tenant compte de l'effet d'une blessure au dos et de celui des autres variables susmentionnées, l'analyse révèle un écart à peu de choses près statistiquement significatif entre les cotes exprimant le risque d'un récent diagnostic de dorsalgie chronique chez les travailleurs dont les tâches exigent respectivement un effort physique intense et faible.

De plus, la cote exprimant le risque de souffrir de maux de dos chroniques est significativement plus élevée pour les travailleurs de 40 à 49 ans que pour ceux de 16 à 29 ans.

Aucun des facteurs de stress liés au travail étudiés ici n'est associé de façon significative à l'incidence des maux de dos chroniques. Par contre, la cote exprimant un tel risque est significative pour deux facteurs psychosociaux non professionnels, à savoir le stress chronique et la dépression. La cote exprimant le risque de souffrir d'une dorsalgie chronique est 1,5 fois plus élevée pour les travailleurs qui sont soumis à un stress chronique intense que pour ceux qui ne le sont pas. De même, la cote exprimant le risque de souffrir de maux de dos chroniques subséquents est 1,7 fois plus élevée pour les travailleurs qui ont éprouvé des symptômes de dépression au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue de 1994-1995 que pour ceux qui n'ont pas souffert de dépression.

En tenant compte de l'effet d'autres variables, le diagnostic de dorsalgie chronique n'est en revanche aucunement lié de façon significative tant au stress personnel que familial. Ces formes de stress pourraient être liées au stress chronique et, par conséquent, n'augmenter que faiblement le pouvoir explicatif du modèle. En outre, puisqu'il témoigne de l'insatisfaction à l'égard de soi-même, le stress personnel pourrait également être associé à la dépression.

La cote exprimant le risque que les cols bleus commencent à souffrir de maux de dos chroniques n'est pas significativement plus élevée que celle observée pour les employés de bureau. Aucun lien

n'a en outre été constaté avec l'usage du tabac. Qui plus est, en dépit de l'association déjà observée entre la forte consommation d'alcool et les maux de dos chez l'homme³⁷, la présente analyse ne permet de déceler aucun lien entre la dorsalgie chronique et la consommation d'alcool.

Mot de la fin

Plusieurs facteurs sont intrinsèquement liés à un diagnostic de dorsalgie chronique chez les travailleurs. Nombre d'études parues jusqu'ici en témoignent, dont la présente analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Ces facteurs sont les blessures au dos, l'effort physique qu'exige la tâche, la profession, l'âge, les diverses formes de stress, la dépression et l'usage du tabac. Plusieurs de ces liens subsistent, plus particulièrement dans le cas des blessures au dos, et demeurent statistiquement significatifs nonobstant la prise en compte de facteurs multiples. L'effort physique qu'exige la tâche doit en outre faire partie intégrante de toute recherche visant à relier les facteurs psychosociaux à la dorsalgie chronique, même si ce lien ne semble pas tout à fait significatif.

Les maux de dos chroniques et les facteurs psychosociaux — en milieu de travail et en dehors de celui-ci — présentent un lien complexe. À cet égard, l'analyse ne révèle d'association significative entre les facteurs psychosociaux professionnels étudiés et le diagnostic d'une dorsalgie chronique ni avant ni après correction pour tenir compte de l'effet d'autres facteurs explicatifs. Par contre, l'association à la dépression et au stress chronique est significative. Le dépistage des personnes susceptibles de souffrir de dorsalgie chronique doit donc tenir compte de ces deux facteurs, étant donné l'effet indépendant qu'ils semblent avoir sur le diagnostic de ce problème. ●

Références

1. C. Hagggar-Guénette et J. Proulx, « Les lésions au dos subies au travail, 1982-1990 » *L'emploi et le revenu en perspective*, 4(3), 1992, p. 36-43 (Statistique Canada, n° 75-001-XPB au catalogue).
2. P. Leino, J. Hasan et S.L. Karppi, « Occupational class, physical workload, and musculoskeletal morbidity in the engineering industry », *British Journal of Industrial Medicine*, 45, 1998, p. 672-681.
3. G.B. Andersson, « Epidemiological features of chronic low-back pain », *The Lancet*, 354(9178), 1999, p. 581-585.
4. P.M. Bongers, C.R. de Winter, M.A.J. Kompier *et al.*, « Psychological factors at work and musculoskeletal disease », *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 19, 1993, p. 297-312.
5. M.J. Simmonds, S. Kumar et E. Lechelt, « Psychological factors in disabling low back pain: causes or consequences? », *Disability and Rehabilitation*, 18(4), 1996, p. 161-168.
6. *Musculoskeletal Disorders (MSDs) and Workplace Factors: A Critical Review of Epidemiologic Evidence for Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper Extremity, and Low Back*, disponible à : <http://www.cdc.gov/niosh/ergtxt7.html> (site Web du National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH] et Centers for Disease Control and Prevention [CDC]), site consulté en août 1999.
7. J.-L. Tamba et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
8. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
9. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association Conference*, Baltimore, Maryland, août 1999.
10. G. Hultman, M. Nordin et H. Saraste, « Physical and psychological workload in men with and without low back pain », *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 27(11), 1995, p. 11-17.
11. H. Hemingway, M.J. Shipley et S. Stansfeld, « Sickness, absence from back pain, psychosocial work characteristics and employment grade among office workers », *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 23, 1997, p. 121-129.
12. G.K. Ahlberg-Hultén, T. Theorell et F. Sigala « Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel », *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 21, 1995, p. 435-439.
13. N. Krause, D.R. Ragland, B.A. Greiner *et al.*, « Psychosocial job factors associated with back and neck pain in public transit operators », *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 23, 1997, p. 179-186.
14. T.L. Symonds, A.K. Burton, K.M. Tillotson *et al.*, « Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble? », *Occupational Medicine*, 46(1), 1996, p. 25-32.
15. J. Smedley, H. Inskip, C. Cooper *et al.*, « Natural history of low back pain. A longitudinal study in nurses », *Spine*, 23(22), 1998, p. 2422-2426.
16. J. Smedley, P. Egger, C. Cooper *et al.*, « Prospective cohort study of predictors of incident low back pain in nurses », *British Medical Journal*, 314(7089), 1997, p. 1225-1228.
17. H. Matsui, A. Maeda, H. Tsuji *et al.*, « Risk indicators of low back pain among workers in Japan. Association of familial and physical factors with low back pain », *Spine*, 22(11), 1997, p. 1242-1247, discussion 1248.
18. W.E. van der Weide, J.H. Verbeek, H.J. Salle *et al.*, « Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care », *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 25(1), 1999, p. 50-56.
19. B.C. de Zwart, J.P. Broersen, M.H. Frings-Dresen *et al.*, « Repeated survey on changes in musculoskeletal complaints relative to age and work demands », *Occupational and Environmental Medicine*, 54(11), 1997, p. 793-799.
20. J.M. Sikorski, H.G. Stampfer, R.M. Cole *et al.*, « Psychological aspects of chronic low back pain », *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 66(5), 1996, p. 294-297.
21. P.B. Polatin, R.K. Kinney et R.J. Gatchel, « Psychiatric illness and chronic low-back pain: The mind and the spine—which goes first? », *Spine*, 18(1), 1993, p. 66-71.
22. P.K. Levangie, « Association of low back pain with self-reported risk factors among patients seeking physical therapy services », *Physical Therapy*, 79(8), 1999, p. 757-766.
23. M. Gronblad, E. Jarvinen, O. Airaksinen *et al.*, « Relationship of subjective disability with pain intensity, pain duration, pain location, and work-related factors in nonoperated patients with chronic low back pain », *The Clinical Journal of Pain*, 12(3), 1996, p. 194-200.
24. P.R. Croft, A.C. Papageorgiou, S. Ferry *et al.*, « Psychologic distress and low back pain. Evidence from a prospective study in the general population », *Spine*, 20(24), 1995, p. 2731-2737.
25. A. Toomingas, T. Theorell et H. Michélsen, « Associations between self-rated psychosocial work conditions and musculoskeletal symptoms and signs », *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 23, 1997, p. 130-139.
26. E.L. Hurwitz et H. Morgenstern, « Correlates of back problems and back-related disability in the United States », *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(6), 1997, p. 669-681.
27. A. Lampe, W. Sollner, M. Krismer *et al.*, « The impact of stressful life events on exacerbation of chronic low-back pain », *Journal of Psychosomatic Research*, 44(5), 1998, p. 555-563.
28. E. Thomas, A.J. Silman, P.R. Croft *et al.*, « Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study », *British Medical Journal*, 318(7199), 1999, p. 1662-1667.
29. G.J. Macfarlane, E. Thomas, P.R. Croft *et al.*, « Predictors of early improvement in low back pain amongst consultants to general practice: the influence of pre-morbid and episode-related factors », *Pain*, 80(1-2), 1999, p. 113-119.
30. S. Kumar et A. Mital, « Margin of safety for the human back: a probable consensus based on published studies », *Ergonomics*, 35(7-8), 1992, p. 769-781.

31. C. Leboeuf, « Low back pain », *Journal of Manipulative Physiological Therapeutics*, 14(5), 1991, p. 311-316.
32. A.C. Papageorgiou, G.J. Macfarlane, E. Thomas *et al.*, « Psychosocial factors in the workplace—do they predict new episodes of low back pain? Evidence from the South Manchester Back Pain Study », *Spine*, 22(10), 1997, p. 1137-1142.
33. I.L.D. Houtman, P.M. Bongers, P.G.W. Smulders *et al.*, « Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems », *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 20, 1994, p. 139-145.
34. R.J. Gatchel, P.B. Polatin et T.G. Mayer, « The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability », *Spine*, 20(24), 1995, p. 2702-2709.
35. A.F. Mannon, P. Dolan et M.A. Adams, « Psychological questionnaires: Do “abnormal” scores precede or follow first-time low back pain? », *Spine*, 21(22), 1996, p. 2603-2611.
36. A.M. Estlander, E.P. Takala et E. Viikari-Juntura, « Do psychological factors predict changes in musculoskeletal pain? A prospective, two-year follow-up study of a working population », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40(5), 1998, p. 445-453.
37. J.H. Atkinson, M.A. Slater, T.L. Patterson *et al.*, « Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: a controlled study », *Pain*, 45, 1991, p. 111-121.
38. C. Leboeuf-Yde, J.M. Lauritsen et T. Lauritzen « Why has the search for causes of low back pain largely been nonconclusive? », *Spine*, 22(8), 1997, p. 877-881.
39. G.J. Macfarlane, E. Thomas, A.C. Papageorgiou *et al.*, « Employment and physical work activities as predictors of future low back pain », *Spine*, 22(10), 1997, p. 1143-1149.
40. R.A. Karasek, « Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, 29, 1979, p. 285-308.
41. R.A. Karasek et T. Theorell, *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books, 1990.
42. K. Wilkins et M.P. Beaudet, « Le stress au travail et la santé », *Rapports sur la santé*, 10(3), 1999, p. 49-66 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
43. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8-19.
44. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, troisième édition, Washington, DC, 1989.

Annexe

Définitions

Les participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ont été interrogés au sujet de certains problèmes de santé de longue durée qui persistaient depuis au moins six mois ou qui devaient persister au moins six mois et qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Les personnes qui ont répondu « oui » à la question « maux de dos excluant l'arthrite » en 1996-1997 sont considérées comme souffrant d'une *dorsalgie (maux de dos) chronique(s)*.

Les personnes qui ont subi une *blessure au dos* en 1994-1995 ou en 1996-1997 sont celles qui ont déclaré que la blessure la plus grave qu'elles ont subie au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue pertinente était une blessure au dos.

Les personnes *occupées* en 1994-1995 sont celles qui ont travaillé l'année qui a précédé l'entrevue de 1994-1995. Au moment de l'entrevue de 1996-1997, ces personnes pouvaient continuer d'occuper le même emploi, avoir un emploi différent ou ne plus travailler.

L'évaluation des facteurs psychosociaux liés au travail⁴⁰⁻⁴² a été faite en demandant aux participants à l'ENSP d'attribuer une valeur à chacun des 12 énoncés qui suivent au moyen d'une échelle à cinq points variant de « tout à fait d'accord » (cote de 0) à « entièrement en désaccord » (cote de 4).

- a) Votre travail exige l'acquisition de nouvelles connaissances (cote inverse).
- b) Votre travail exige un niveau élevé de compétences (cote inverse).
- c) Vous êtes libre de décider de votre façon de travailler (cote inverse).
- d) Votre travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.
- e) Votre travail est frénétique (cote inverse).
- f) Vous êtes exempt(e) des demandes opposées que font les autres.
- g) Vous avez une bonne sécurité d'emploi.
- h) Votre travail exige beaucoup d'effort physique.
- i) Vous avez votre mot à dire sur l'évolution de votre travail (cote inverse).
- j) Vous êtes exposé(e) à l'hostilité ou aux conflits de vos collègues (cote inverse).
- k) Votre surveillant facilite l'exécution du travail.
- l) Vos collègues facilitent l'exécution du travail.

Quatre composantes du stress au travail ont été évaluées :

1) Les *tensions et contraintes au travail* sont mesurées par le ratio des demandes psychologiques (éléments e et f) à la latitude de décision. Les éléments de la latitude de décision incluent la discrétion relative à la compétence (a, b et d) et le pouvoir décisionnel (c et i). Afin que les contributions de la latitude de décision et des demandes psychologiques soient égales, on a divisé la somme des cotes des

énoncés relatifs à chacune des deux composantes par 5 et par 2, respectivement. Puis, le calcul du ratio pour les tensions et les contraintes au travail a été fait en divisant la nouvelle cote obtenue pour les demandes psychologiques par celle obtenue pour la latitude de décision. On a considéré comme éprouvant de fortes tensions et contraintes au travail les personnes pour lesquelles la valeur du ratio est égale ou supérieure à 2,5 (valeur la plus proche du 75^e centile de la distribution pondérée du fichier transversal de 1994-1995).

2) La *menace de perdre son emploi* est mesurée au moyen de l'élément g. Les personnes qui ont répondu « en désaccord » ou « entièrement en désaccord » ont été classées dans la catégorie des personnes dont l'emploi est menacé.

3) L'*effort physique* a été évalué au moyen de l'élément h. Les personnes qui ont répondu « entièrement d'accord » ou « d'accord » ont été classées dans la catégorie des personnes soumises à un effort physique intense. Celles qui ont répondu « ni en accord ni en désaccord » ont été considérées comme soumises à un effort physique normal.

4) Le *manque de soutien émotionnel au travail* est mesuré au moyen des éléments j, k et l (une cote élevée indique un faible soutien). On considère comme recevant un *faible soutien émotionnel au travail* les personnes dont la cote totale est égale ou supérieure à 6 (valeur la plus proche du 75^e centile de la distribution pondérée du fichier transversal de 1994-1995).

La *profession* en 1994-1995 a été classée dans les catégories suivantes : administration, professionnel, ventes, services, col bleu ou travail de bureau.

Le *niveau de scolarité* en 1994-1995 a été classé en trois catégories : diplôme d'études secondaires ou scolarité moindre, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Les catégories de *revenu du ménage* en 1994-1995 ont été déterminées d'après le revenu total du ménage et le nombre de personnes qui composent ce dernier :

Catégorie de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieure	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyenne-inférieure	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Moyenne	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyenne-supérieure	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieure	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou plus	80 000 \$ et plus

Les trois premières catégories ont été regroupées pour les besoins de la présente analyse.

Pour évaluer le *stress personnel*, les participants à l'enquête devaient

indiquer si les énoncés qui suivent étaient vrais (cote de 1) ou faux (cote de 0) :

- Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.
- Vous ressentez trop de pressions pour être comme les autres.
- Les autres attendent trop de votre part.
- Votre travail à la maison n'est pas apprécié.
- Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.

Les personnes dont la cote est égale ou supérieure à 2 sont considérées comme subissant un stress personnel intense. Ces cotes correspondent à la partie supérieure au 67^e centile de la distribution pondérée du fichier transversal de 1994-1995. L'estimation de la cohérence interne de cette variable (coefficient alpha de Cronbach) est égale à 0,59.

Pour évaluer le *stress chronique*, les participants à l'enquête devaient indiquer si les énoncés qui suivent étaient vrais (cote de 1) ou faux (cote de 0) :

- Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.
- Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.
- Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas.
- L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué.
- Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.
- Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.

Les personnes qui obtiennent une cote égale ou supérieure à 2 sont considérées comme subissant un stress chronique intense. Ces cotes correspondent à la partie supérieure au 74^e centile de la distribution pondérée du fichier transversal de 1994-1995.

Pour évaluer le *stress familial*, les participants à l'enquête devaient indiquer si les énoncés qui suivent étaient vrais (cote de 1) ou faux (cote de 0) :

- Votre conjoint(e) ne vous comprend pas.
- Votre conjoint(e) ne vous témoigne pas assez d'affection.
- Votre conjoint(e) n'est pas suffisamment engagé(e) dans votre relation.
- Vous trouvez qu'il est très difficile de trouver quelqu'un avec qui vous êtes compatible.
- Un de vos enfants semble être très malheureux.
- Le comportement d'un de vos enfants vous inquiète sérieusement.

Les cotes varient de 0 à 5 (toutes les questions ne s'appliquent pas à chaque participant à l'enquête). On considère comme étant soumises à un stress familial intense les personnes qui obtiennent une cote au moins égale à 1. Ces cotes correspondent à la partie supérieure au 64^e centile de la distribution pondérée du fichier transversal de 1994-1995.

L'indice de l'*autoévaluation du soutien émotionnel* comprend quatre éléments qui indiquent si la personne estime qu'elle a quelqu'un à qui elle peut se confier, quelqu'un sur qui elle peut compter, quelqu'un qui peut lui donner des conseils et quelqu'un qui lui donne le sentiment

d'être aimée. Les cotes peuvent varier de 0 à 4, la perception d'un soutien social étant d'autant plus forte que la cote est élevée. Les personnes obtenant une cote égale ou inférieure à 3 ne bénéficient que d'un faible soutien émotionnel. Les cotes de 0 à 3 représentent 13 % de la distribution pondérée du fichier transversal de 1996-1997. L'estimation de la cohérence interne de cette variable (coefficient alpha de Cronbach) est de 0,73.

La somme des cotes obtenues pour chacun des énoncés qui suivent a permis d'évaluer le *sentiment de contrôle*, sur une échelle à cinq points allant de « tout à fait d'accord » (cote de 0) à « entièrement en désaccord » (cote de 4). La cote globale peut varier de 0 à 28.

- Vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive.
- Vous ne pouvez vraiment rien faire pour résoudre certains de vos problèmes.
- Vous ne pouvez pas faire grand-chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie.
- Vous vous sentez souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie.
- Vous trouvez parfois que vous vous faites malmener dans la vie.
- Ce que votre avenir renferme dépend surtout de vous-même (cote inverse).
- Vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire (cote inverse).

Les personnes obtenant une cote égale ou inférieure à 16 sont considérées comme éprouvant un faible sentiment de contrôle. Ces cotes représentent 21 % de la distribution pondérée du fichier transversal de 1994-1995. L'estimation de la cohérence interne de cette variable (coefficient alpha de Cronbach) est de 0,76.

Pour déterminer si une personne a vécu un *épisode dépressif majeur* (EDM), le questionnaire de l'ENSP comprend un sous-ensemble de questions de la *Composite International Diagnostic Interview*⁴³. Ces questions couvrent un groupe de symptômes du trouble dépressif qui sont énumérés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-III-R)⁴⁴.

Les numéros des questions correspondent aux numéros des questions de l'ENSP. Trois cheminements sont possibles : « oui » à 2, puis 3 à 13; « non » à 2, « oui » à 16, puis 17 à 26 et « non » à 2 et « non » à 16.

2. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous senti(e) triste, mélancolique ou déprimé(e) pour une période de deux semaines consécutives ou plus? (Oui - passez à 3; non - passez à 16)

16. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé pendant une période de deux semaines ou plus de perdre intérêt pour la plupart des choses que vous aimiez faire ou auxquelles vous preniez généralement plaisir, comme le travail, un passe-temps ou toute autre chose? (Oui - passez à 17; non - fin)

3./17. Pour les quelques questions suivantes, pensez à la période de deux semaines au cours des 12 derniers mois durant laquelle : 3. ces sentiments ont été les plus forts/17. Vous avez perdu presque tout intérêt. Pendant cette période, combien de temps ces sentiments/

cette perte d'intérêt duraient-ils/durait-elle généralement? (Toute la journée; presque toute la journée; environ la moitié de la journée; moins de la moitié de la journée)

4./18. Combien de fois avez-vous éprouvé ce sentiment/vous êtes-vous senti(e) de cette façon pendant ces deux semaines? (Tous les jours; presque tous les jours; moins souvent)

5. Pendant ces deux semaines, avez-vous perdu tout intérêt dans ce qui vous entoure? (Oui; non)

6./19. Éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie? (Oui; non)

7./20. Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé le même poids? (Pris du poids; perdu du poids, gardé le même poids; suivait un régime)

8./21. Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous pris ou perdus?

9./22. Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil? (Oui; non)

10./23. Combien de fois cela s'est-il produit? (Chaque nuit; presque chaque nuit; moins souvent)

11./24. Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté que d'habitude à vous concentrer? (Oui; non)

12./25. Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez-vous éprouvé ces sentiments? (Oui; non)

13./26. Avez-vous songé à la mort, soit la vôtre, celle d'une autre personne ou la mort en général? (Oui; non)

Une valeur de 1 a été attribuée à toute réponse « oui » aux questions à réponse oui/non. Pour les questions 8 et 21, une cote de 1 a été donnée si la variation de poids était d'au moins 10 livres (4,5 kilogrammes). Pour les questions 10 et 23, une cote de 1 a été attribuée aux personnes qui ont dit avoir de la difficulté à s'endormir toutes les nuits ou presque toutes les nuits. Celles qui ont répondu « oui » à la question 2 et dont les symptômes duraient toute la journée ou presque toute la journée et se manifestaient tous les jours ou presque tous les jours ont obtenu la cote maximale de 8. Aux personnes qui ont répondu « oui » à la question 16 et dont les symptômes duraient toute la journée ou presque toute la journée et se manifestaient tous les jours ou presque tous les jours, la cote maximale était égale à 7. Les personnes qui ont répondu « non » aux questions 2 et 16 ont obtenu une cote nulle (0).

Pour chaque répondant, la cote calculée d'après les réponses au questionnaire a été transformée en une estimation de la probabilité de constituer un EDM. Pour les besoins de la présente analyse, les personnes dont la cote était égale ou supérieure à 0,5, autrement dit une probabilité égale ou supérieure à 50 % de poser le diagnostic d'un EDM, ont été considérées comme ayant éprouvé des symptômes de dépression. Pour que la probabilité soit égale ou supérieure à 0,5, la personne devait avoir obtenu une cote égale ou supérieure à 3. Les cotes égales ou supérieures à 3 représentent 5 % de la distribution pondérée du fichier transversal de l'ENSP de 1996-1997.

Les catégories d'*usage du tabac* en 1994-1995 sont : non-fumeur, usage occasionnel du tabac ou usage quotidien du tabac.

La *consommation d'alcool* en 1994-1995 a été catégorisée comme suit : non-buveur, consommation occasionnelle (moins d'un verre par mois) ou consommation régulière (au moins un verre par mois). L'adoption d'une autre définition de la consommation régulière d'alcool (au moins un verre par jour) ne modifie pas la signification statistique des résultats.

Le calcul de la cote de dépense d'énergie durant les loisirs en 1994-1995 se fonde sur la déclaration des activités physiques durant les loisirs. L'intervieweur a lu une liste de 20 activités sur laquelle figuraient des sports comme les quilles et le basket-ball et des activités comme le jardinage et la marche. La cote se calcule en considérant la fréquence et la durée des séances d'activité, ainsi que la valeur de la dépense d'énergie métabolique établie pour l'activité. Les personnes qui ont obtenu une cote égale ou supérieure à 2,3 ont été considérées comme *actives durant les loisirs*.

On a posé aux participants à l'enquête des questions sur les limitations dues à l'état de santé qui influent sur les activités quotidiennes. Les personnes qui ont indiqué qu'une incapacité physique ou mentale ou un problème de santé de longue durée (qui persiste depuis au moins six mois ou qui devrait persister au moins six mois) limitait d'une façon quelconque le genre ou le nombre d'activités qu'elles exercent à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres activités comme les loisirs ou le déplacement entre la maison et le lieu de travail ou qui ont dit souffrir d'une incapacité ou d'un handicap de longue durée ont été considérées comme présentant une *limitation des activités*.

Un certain nombre de questions visaient à évaluer la santé des personnes interrogées « au cours des deux dernières semaines ». Ces personnes devaient préciser si elles avaient été « alitées à cause d'une maladie ou d'une blessure ou si elles avaient passé une nuit comme patient(e) à l'hôpital ». On leur a aussi demandé si elles ont dû se limiter dans leurs activités habituelles à cause d'une maladie ou d'une blessure. Pour déterminer le nombre de journées d'incapacité au cours des deux dernières semaines, les réponses aux questions

suivantes ont été regroupées : « Combien de jours [au cours des deux dernières semaines] avez-vous été alité(e) toute une journée ou presque? » et « Combien de jours [au cours des deux dernières semaines] a-t-il fallu que vous vous limitiez dans vos activités pour toute une journée ou presque? »

La question suivante a en outre été posée : « Au cours du dernier mois, avez-vous pris l'un des médicaments suivants? Puis, une liste de médicaments a été lue sur laquelle figurent les analgésiques, tels que l'aspirine ou le Tylenol (y compris les médicaments contre l'arthrite et les anti-inflammatoires), les antidépresseurs et la codéine, le Demerol ou la morphine.

La question suivante a servi à déterminer le nombre de consultations d'un professionnel de la santé : « Sans compter les séjours dans un établissement de santé, au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone [lisez la catégorie] pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux? » En plus des catégories « médecin de famille » ou « médecin omnipraticien » et « autre médecin » (par exemple, chirurgien, allergologue, gynécologue ou psychiatre), les catégories lues incluaient les chiropraticiens et les physiothérapeutes. Pour déterminer le nombre de consultations d'un médecin, on a regroupé les réponses recueillies pour le médecin de famille, le médecin omnipraticien et les autres médecins (par exemple, chirurgien, allergologue, gynécologue ou psychiatre).

On a aussi demandé : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu ou consulté par téléphone un intervenant en médecine douce, comme un acupuncteur, un homéopathe ou un massothérapeute, pour des troubles physiques, émotionnels ou mentaux? » Aux personnes qui ont répondu « oui », on a demandé « Quel genre d'intervenant avez-vous vu ou consulté? » L'intervieweur n'a pas lu à haute voix la liste des catégories, mais a coché toutes les réponses pertinentes. La liste comptait la catégorie « massothérapeute ».

Enfin, la question suivante a été posée : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, en personne ou par téléphone, un professionnel de la santé au sujet de votre santé émotionnelle ou mentale? »

Tableau A

Répartition de certaines caractéristiques de la population occupée de 16 ans et plus qui a déclaré ne pas souffrir de maux de dos chroniques et être en bonne, très bonne ou excellente santé en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Taille de l'échantillon	Population estimative			Taille de l'échantillon	Population estimative	
		en milliers	%			en milliers	%
Total	6 363	11 831,2	100,0				
Nouveaux maux de dos chroniques en 1996-1997	566	1 052,8	8,9				
Blessure au dos en 1994-1995							
Oui	216	438,2	3,7				
Non	6 146	11 391,2	96,3				
Données manquantes	1	1,8	--				
Sexe							
Hommes	3 234	6 499,1	54,9				
Femmes	3 129	5 332,1	45,1				
Âge							
16 à 29 ans	1 601	3 041,4	25,7				
30 à 39 ans	1 892	3 577,3	30,2				
40 à 49 ans	1 510	2 866,9	24,2				
50 à 59 ans	948	1 708,4	14,4				
60 ans et plus	412	637,2	5,4				
Niveau de scolarité							
Diplôme d'études secondaires ou scolarité moindre	2 335	4 213,5	35,7				
Études postsecondaires partielles	2 940	5 449,2	46,1				
Diplôme d'études postsecondaires	1 080	2 153,5	18,2				
Données manquantes	8	15,0	0,1				
Catégorie de revenu du ménage							
Inférieure, moyenne-inférieure, moyenne	2 486	4 202,7	35,5				
Moyenne-supérieure	2 614	4 774,5	40,4				
Supérieure	1 028	2 312,5	19,5				
Données manquantes	235	541,4	4,6				
Effort physique au travail							
Intense	2 379	4 224,5	35,7				
Normal	470	865,1	7,3				
Faible	2 299	4 298,1	36,3				
Données manquantes†	1 215	2 443,5	20,7				
Profession							
Administration	805	1 585,7	13,4				
Professionnel	1 202	2 186,7	18,5				
Ventes	542	1 037,5	8,8				
Services	983	1 777,4	15,0				
Col bleu	1 814	3 424,9	28,9				
Travail de bureau	980	1 758,4	14,9				
Fortes tensions et contraintes au travail							
Oui	1 375	2 566,6	21,7				
Non	3 742	6 745,5	57,0				
Données manquantes†	1 246	2 519,1	21,3				
Forte menace de perdre son emploi							
Oui	982	1 805,2	15,3				
Non	4 166	7 582,5	64,1				
Données manquantes†	1 215	2 443,5	20,7				
				Faible soutien émotionnel au travail			
				Oui	971	1 827,0	15,4
				Non	4 177	7 560,7	63,9
				Données manquantes†	1 215	2 443,5	20,7
				Faible satisfaction professionnelle			
				Oui	414	811,8	6,9
				Non	4 764	8 694,7	73,5
				Données manquantes†	1 185	2 324,8	19,6
				Stress personnel intense			
				Oui	1 946	3 673,9	31,1
				Non	3 931	7 051,0	59,6
				Données manquantes	486	1 106,3	9,4
				Stress chronique intense			
				Oui	1 480	2 687,6	22,7
				Non	4 397	8 037,3	67,9
				Données manquantes	486	1 106,3	9,4
				Stress familial intense			
				Oui	2 267	4 089,0	34,6
				Non	3 846	7 160,1	60,5
				Données manquantes	250	582,2	4,9
				Faible soutien émotionnel			
				Oui	839	1 634,9	13,8
				Non	5 236	9 555,7	80,8
				Données manquantes	288	640,6	5,4
				Faible sentiment de contrôle			
				Oui	998	1 818,9	15,4
				Non	5 087	9 366,2	79,2
				Données manquantes	278	646,1	5,5
				Symptômes de dépression			
				Oui	402	666,6	5,6
				Non	5 680	10 517,0	88,9
				Données manquantes	281	647,6	5,5
				Usage du tabac			
				Non-fumeur	4 367	8 222,4	69,6
				Occasionnel	245	532,8	4,5
				Quotidien	1 740	3 058,2	25,9
				Données manquantes	11	17,8	0,2
				Consommation d'alcool			
				Non-buveur	951	1 776,8	15,0
				Occasionnelle	4 116	2 247,7	19,0
				Régulière	1 290	7 795,2	66,0
				Données manquantes	6	11,4	0,1
				Personne active durant les loisirs			
				Oui	1 568	2 936,8	24,8
				Non	4 544	8 317,3	70,3
				Données manquantes	251	577,1	4,9

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Nota : Sauf pour les « nouveaux maux de dos chroniques en 1996-1997 », les caractéristiques se rapportent à la situation en 1994-1995. Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† À cause d'un problème concernant l'application d'interview assistée par ordinateur lors du troisième trimestre de la collecte des données de 1994-1995, les questions sur le stress au travail n'ont pas été posées aux personnes francophones de l'échantillon, situation qui s'est traduite par un taux de non-réponse anormalement élevé pour ces questions.

-- Nombres infimes

Tableau B

Répartition de certaines caractéristiques en 1994-1995, selon le diagnostic de nouveaux maux de dos chroniques en 1996-1997, population occupée de 16 ans et plus qui s'est dite être en bonne, très bonne ou excellente santé en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Diagnostic de maux de dos chroniques en 1996-1997		Diagnostic de maux de dos chroniques en 1996-1997	
	Oui	Non	Oui	Non
	%	%	%	%
Blessure au dos en 1994-1995				
Oui	10,0	3,1		
Non	90,0	96,9		
Sexe				
Hommes	53,3	55,1		
Femmes	46,7	44,9		
Âge				
16 à 29 ans	22,6	26,0		
30 à 39 ans	27,7	30,5		
40 à 49 ans	27,6	23,9		
50 à 59 ans	16,1	14,3		
60 ans et plus	6,0	5,3		
Niveau de scolarité				
Diplôme d'études secondaires ou scolarité moindre	39,3	35,3		
Études postsecondaires partielles	45,4	46,2		
Diplôme d'études postsecondaires	15,2	18,5		
Données manquantes	0,6	0,1		
Catégorie de revenu du ménage				
Inférieure, moyenne-inférieure, moyenne	36,0	35,5		
Moyenne-supérieure	40,9	40,3		
Supérieure	19,9	19,5		
Données manquantes	3,3	4,7		
Effort physique au travail				
Intense	39,9	35,3		
Normal	8,8	7,2		
Faible	29,0	37,0		
Données manquantes†	22,3	20,5		
Profession				
Administration	14,1	13,3		
Professionnel	18,8	18,5		
Ventes	7,3	8,9		
Services	13,1	15,2		
Col bleu	33,8	28,5		
Travail de bureau	12,5	15,1		
Fortes tensions et contraintes au travail				
Oui	22,3	21,6		
Non	54,7	57,2		
Données manquantes†	23,0	21,1		
Forte menace de perdre son emploi				
Oui	16,8	15,1		
Non	61,0	64,4		
Données manquantes†	22,3	20,5		
Faible soutien émotionnel au travail				
Oui	17,8	15,2		
Non	59,9	64,3		
Données manquantes†	22,3	20,5		
Faible satisfaction professionnelle				
Oui			7,5	6,8
Non			72,2	73,6
Données manquantes†			20,3	19,6
Stress personnel intense				
Oui			35,9	30,6
Non			54,1	60,1
Données manquantes			10,0	9,3
Stress chronique intense				
Oui			29,7	22,0
Non			60,3	68,7
Données manquantes			10,0	9,3
Stress familial intense				
Oui			38,8	34,2
Non			55,3	61,0
Données manquantes			5,9	4,8
Faible soutien émotionnel				
Oui			16,3	13,6
Non			77,0	81,1
Données manquantes			6,7	5,3
Faible sentiment de contrôle				
Oui			17,4	15,2
Non			75,4	79,5
Données manquantes			7,2	5,3
Symptômes de dépression				
Oui			8,9	5,3
Non			84,7	89,3
Données manquantes			6,4	5,4
Usage du tabac				
Non-fumeur			64,8	70,1
Occasionnel			4,6	4,5
Quotidien			30,6	25,4
Données manquantes			0,2	0,1
Consommation d'alcool				
Non-buveur			15,2	15,0
Occasionnelle			18,9	19,0
Régulière			65,9	66,0
Données manquantes			0,5	0,1
Personne active durant les loisirs				
Oui			24,7	24,8
Non			69,7	70,4
Données manquantes			5,6	4,8

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† À cause d'un problème concernant l'application d'interview assistée par ordinateur lors du troisième trimestre de la collecte des données de 1994-1995, les questions sur le stress au travail n'ont pas été posées aux personnes francophones de l'échantillon, situation qui s'est traduite par un taux de non-réponse anormalement élevé pour ces questions.

Dépenses des ménages en soins de santé

Robin Chaplin et Louise Earl

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit l'évolution des dépenses des ménages au titre des soins de santé de 1978 à 1998. Il brosse aussi le tableau détaillé de ces dépenses en 1998.

Sources des données

Les données sur les dépenses des ménages proviennent de deux enquêtes de Statistique Canada : l'Enquête sur les dépenses des familles, de 1978 à 1996 et l'Enquête sur les dépenses des ménages, pour 1997 et 1998.

Techniques d'analyse

La proportion des dépenses après impôt a été calculée en soustrayant du montant total moyen des dépenses des ménages le montant des impôts sur les revenus des particuliers et ensuite en divisant les dépenses en soins de santé par ce nombre. Les dépenses par habitant se calculent en divisant les dépenses moyennes des ménages par la taille moyenne des ménages. Enfin, les chiffres sont donnés en dollars constants et les corrections pour inflation sont basées sur l'indice des prix à la consommation (1998=100) afin de tenir compte de l'effet de l'inflation au cours du temps.

Principaux résultats

Presque tous les ménages canadiens (98,2 %) ont déclaré des dépenses pour soins de santé en 1998, lesquelles atteignaient en moyenne presque 1 200 \$, comparativement à environ 900 \$ en 1978. En 1998, les ménages ont consacré une part plus importante de leurs dépenses moyennes après impôt (2,9 %) aux soins de santé qu'ils ne l'avaient fait 20 ans plus tôt (2,3 %). Les primes d'assurance-santé représentaient la part la plus importante (29,8 %) des dépenses moyennes en soins de santé. Venaient ensuite les frais pour soins dentaires, puis les dépenses pour médicaments et produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance.

Mots-clés

Dépenses de santé, soins dentaires, services de santé dentaire, médicaments délivrés sur ordonnance, médicaments en vente libre

Auteurs

Robin Chaplin travaille à la Division de la statistique sur le revenu (613-951-4642; robin.chaplin@statcan.ca) et Louise Earl (613-951-2880; louise.earl@statcan.ca), à la Division de la science, de l'innovation et de l'information électronique, à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Quoique le système de santé du Canada assure l'accès universel aux soins médicaux, les divers régimes provinciaux d'assurance-santé ne couvrent pas la totalité des dépenses liées aux soins de santé¹.

La plupart des ménages ont des frais de santé, y compris le paiement de primes d'assurance-santé, de soins ophtalmologiques, et de médicaments ou de produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance ou en vente libre. Le montant moyen des dépenses que les ménages canadiens consacrent aux soins de santé a diminué fortement après la mise en œuvre complète du régime universel de soins de santé à la fin des années 1960, mais a de nouveau augmenté au cours des années 1990.

Les dépenses en soins de santé représentent certes une part assez faible du budget moyen des ménages, mais, en 1998, presque tous les ménages du Canada (98,2 %) ont fait état de ce genre de dépenses. Cette année-là, en moyenne, les ménages ont dépensé presque 1 200 \$ en soins de santé, la part la plus importante ayant été consacrée aux primes d'assurance-santé et aux soins dentaires (voir *Budget total des ménages en 1998*). En revanche, 20 ans plus tôt, les ménages dépensaient en moyenne environ 900 \$ en soins de santé (en dollars constants de 1998).

Méthodologie

Sources des données

Les renseignements détaillés sur tous les aspects des dépenses des ménages sont tirés de l'Enquête sur les dépenses des familles (EDF), qui a généralement été réalisée tous les quatre ans de 1969 à 1996, et de l'Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), enquête annuelle qui remplace l'EDF depuis 1997.

La présente analyse des dépenses des ménages au titre de soins de santé se fonde sur les données de l'EDF recueillies pour 1978, 1982, 1986, 1992 et 1996 et sur celles de l'EDM recueillies pour 1997 et 1998.

L'EDF couvrait les 10 provinces, y compris deux centres situés dans le Nord. L'EDM est réalisée auprès des ménages des 10 provinces et des territoires. Sont exclues du champ d'observation des deux enquêtes les personnes qui vivent dans les réserves indiennes et sur les terres de la Couronne, les représentants officiels des pays étrangers et les membres de leur famille qui vivent au Canada, les membres des congrégations religieuses et autres, les membres des Forces canadiennes vivant dans les bases militaires, les personnes qui vivent dans les foyers pour personnes âgées et les personnes vivant à temps plein en établissement (prisons, hôpitaux de soins de longue durée et maisons de soins infirmiers, par exemple).

Pour l'EDM de 1998, la taille de l'échantillon était de 20 236 ménages, tandis que pour l'EDF de 1978, elle était de 12 963 ménages. Les ménages ont été sélectionnés dans la base de sondage de l'Enquête sur la population active (EPA) réalisée par Statistique Canada et les données ont été recueillies de janvier à mars pour l'année civile précédente.

Des renseignements supplémentaires sur l'EDF et sur l'EDM figurent dans des rapports déjà publiés²⁻⁵.

Techniques d'analyse

On a choisi 1978 comme première année de la série chronologique, parce que cette année est la première pour laquelle on dispose de données nationales sur les dépenses des ménages au titre des soins de santé depuis la mise en œuvre du régime universel de soins de santé.

Les dépenses par habitant en soins de santé et articles pour soins de santé ont été calculées en divisant les dépenses moyennes en soins de santé par ménage par la taille moyenne des ménages. Cette formule permet de comparer les dépenses par habitant au fil du temps et selon la catégorie de ménage, mais elle ne tient pas compte de la composition du ménage (par exemple, le nombre d'adultes, d'enfants ou de personnes âgées) qui peut influencer les dépenses au titre des soins de santé.

La proportion des dépenses après impôt a été déterminée en soustrayant du montant total moyen des dépenses des ménages le montant payé au titre de l'impôt sur les revenus des particuliers et ensuite en divisant les dépenses en soins de santé par ce nombre.

Enfin, on a calculé les montants en dollars constants et les corrections pour inflation d'après l'indice des prix à la consommation (1998=100) afin de tenir compte de l'effet de l'inflation sur le pouvoir d'achat.

Compte tenu du caractère complexe du plan d'échantillonnage et de la méthode d'estimation de l'EDM, l'erreur-type a été calculée selon une méthode de rééchantillonnage appelée méthode du *jackknife*^{6,7} dont le seuil de signification a été fixé à 0,05.

Limites

Alors que peu de ménages tiennent des comptes détaillés de toutes leurs dépenses, la plupart gardent certaines preuves de leurs transactions, comme les relevés de comptes de carte de crédit et de comptes bancaires, les entrées de carnet de chèques ou les factures des services publics. Durant une entrevue sur place, on demande aux personnes qui participent à l'enquête de se remémorer les dépenses totales du ménage, y compris celles occasionnées par les soins de santé, de l'année civile précédente-période qui est sans doute plus précise dans l'esprit de la personne interrogée que toute autre période de 12 mois. On demande aux personnes interviewées de déclarer uniquement les frais directs pour tous les soins de santé individuels, ainsi que les montants non remboursés par l'assurance (exclusions, franchises et dépenses excédant la limite). On leur demande aussi d'exclure tout montant qui a été ou sera remboursé.

Comme pour les articles coûteux ou les dépenses importantes pour l'achat d'un véhicule ou de meubles, les personnes interrogées se rappellent habituellement assez facilement les dépenses importantes occasionnées par des soins de santé ou possèdent des reçus. Pour certains articles, on peut estimer les frais d'après le montant de l'achat, ainsi que sa fréquence (hebdomadaire ou mensuelle, par exemple). Naturellement, l'exactitude des données dépend de la capacité de remémoration de la personne interrogée et de la mesure dans laquelle elle est prête à consulter ses dossiers pour l'année civile étudiée. Elle dépend aussi de la compréhension de la question posée. Dans le cas des soins de santé, la distinction entre un régime privé d'assurance-santé et un régime public ou parrainé par le gouvernement (provincial) n'est pas toujours évidente. Les intervieweurs reçoivent une formation qui leur permet d'aider les personnes qu'ils interrogent, mais les différences de couverture et d'administration entre les divers régimes provinciaux d'assurance-santé rendent la tâche difficile.

Pour s'assurer que les dépenses totales soient proportionnées au revenu du ménage et à d'autres sources de fonds, on fait une « vérification de la balance des comptes ». Cette vérification consiste à comparer les recettes du ménage (revenus et autres sommes d'argent reçues par le ménage) et ses déboursements (dépenses et variation nette des éléments d'actif et de passif). Si l'écart est supérieur à 10 % du montant du reçu ou du déboursement le plus élevé, on demande à la personne interviewée de fournir des renseignements supplémentaires. Cependant, la vérification permet de s'assurer que les dépenses totales du ménage concordent avec les revenus, mais elle ne permet pas de vérifier si la personne interrogée se rappelle correctement des dépenses individuelles. De surcroît, il n'existe aucun moyen de savoir si les membres du ménage réduisent certaines catégories de dépenses pour accommoder les frais occasionnés par les soins de santé. Enfin, aucune question n'est posée pour déterminer si les dépenses pour tout bien ou service, y compris les soins de santé, sont à la mesure des moyens du ménage.

Budget total des ménages en 1998

Après déduction de l'impôt personnel, les dépenses totales moyennes des ménages en 1998 se chiffraient à 40 397 \$. La plus grande part du budget des ménages — environ le quart ou 10,092 \$ — était consacrée aux frais de logement. Venaient ensuite les frais de transport, puis les frais d'alimentation.

En 1998, les dépenses au titre des soins de santé représentaient une part assez faible du total des dépenses des ménages (2,9 %). Cependant, presque tous les ménages (98,2 %) ont dit avoir consacré une part de leur budget à des produits et services liés à la santé.

Dépenses moyennes après impôt des ménages, par grande catégorie de dépenses, 1998

	Dépenses moyennes par ménage	Proportion des dépenses après impôt
	\$	%
Dépenses totales après impôt	40 397	100,0
Logement	10 092	25,0
Transport	6 363	15,8
Alimentation	5 880	14,6
Loisirs	2 947	7,3
Primes d'assurance individuelle et cotisations de retraite	2 802	6,9
Entretien ménager	2 362	5,8
Habillement	2 201	5,4
Articles et accessoires d'ameublement	1 489	3,7
Produits du tabac et boissons alcoolisées	1 214	3,0
Soins de santé	1 191	2,9
Dons en espèces et contributions aux dépenses de personnes vivant hors du foyer	1 144	2,8
Dépenses diverses†	814	2,0
Soins personnels	693	1,7
Éducation	679	1,7
Matériel de lecture et autres imprimés	276	0,7
Jeux de hasard (montant net)	249	0,6

Source des données : Enquête sur les dépenses des ménages, 1998

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

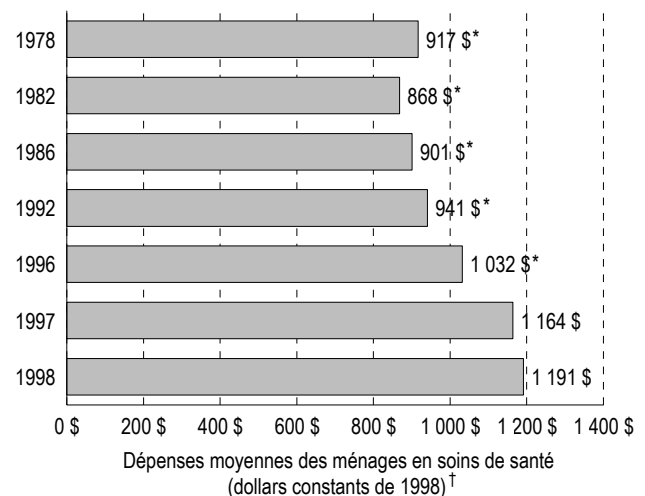
† Y compris les dépenses au titre d'autres propriétés (que le logement principal ou la résidence de vacances), les frais juridiques, les frais financiers, les cotisations versées aux syndicats et aux associations professionnelles, les contributions et les cotisations versées à des clubs sociaux, les dépôts retenus pour débit, les pertes d'argent et les achats d'outils et de matériel pour le travail.

Pour plus de renseignements sur les dépenses des ménages en 1978 et en 1998, consulter les rapports déjà publiés^{2,5,8}.

Le présent article se fonde sur les données de l'Enquête sur les dépenses des familles (EDF) pour la période de 1978 à 1996 et sur celles de l'Enquête sur les dépenses des ménages (EDM) pour 1997 et 1998. Ces enquêtes fournissent des renseignements sur les dépenses engagées par les ménages pour une grande variété de biens et de services. L'analyse se concentre sur les dépenses des ménages à l'égard des soins de santé et décrit l'évolution de ces dépenses de 1978 à 1998. Elle examine aussi les dépenses engagées par les ménages en 1998 au titre des soins de santé, selon la province et relativement aux principales catégories de dépenses des ménages. L'analyse plus approfondie des tendances et des variations selon la province, ainsi que des écarts selon l'âge et le groupe socioéconomique, dépasse le cadre de la présente étude.

L'année 1978, la première pour laquelle on dispose de données comparables au niveau national après la mise en œuvre du régime universel de soins de santé, a été choisie comme première année de la série chronologique de données sur les dépenses en soins de santé. Pour tenir compte des effets de l'inflation,

Graphique 1
Dépenses moyennes des ménages en soins de santé, Canada, territoires non compris, 1978 à 1998

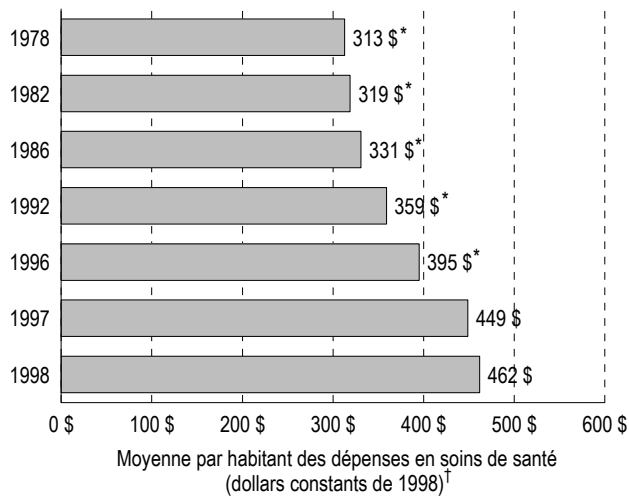


Sources des données : Enquête sur les dépenses des familles (EDF), cycles de 1978, 1982, 1986, 1992 et 1996 ; Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), cycles de 1997 et 1998

Nota : L'EDF a été réalisée périodiquement, en général tous les quatre ans, jusqu'en 1996, puis a été remplacée par l'EDM, qui est une enquête annuelle. † Les variations sur plusieurs années représentent les changements réels après correction pour tenir compte de l'inflation.

* Montant significativement plus faible qu'en 1998 ($p \leq 0,05$).

Graphique 2

Moyenne par habitant des dépenses en soins de santé, Canada, territoires non compris, 1978 à 1998

Sources des données : Enquête sur les dépenses des familles (EDF), cycles de 1978, 1982, 1986, 1992 et 1996 ; Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), cycles de 1997 et 1998

Nota : L'EDF a été réalisée périodiquement, en général tous les quatre ans, jusqu'en 1996, puis a été remplacée par l'EDM, qui est une enquête annuelle. † Les variations sur plusieurs années représentent les changements réels après correction pour tenir compte de l'inflation.

* Montant significativement plus faible qu'en 1998 ($p \leq 0,05$).

Les provinces

En 1998, les ménages canadiens ont dépensé, en moyenne, presque 1 200 \$ en soins de santé, mais le montant varie considérablement selon la province. Les ménages albertains sont ceux pour lesquels on enregistre les dépenses moyennes en soins de santé les plus élevées (1 693 \$); viennent ensuite ceux de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan. C'est à Terre-Neuve que les dépenses moyennes des ménages en soins de santé étaient les plus faibles (913 \$).

En pourcentage des dépenses après impôt, les dépenses en soins de santé varient de 2,3 % pour les ménages ontariens à 3,8 % pour ceux de l'Alberta. Le chiffre est également assez faible (2,7 %) pour Terre-Neuve et élevé pour la Colombie-Britannique (3,5 %).

Dépenses moyennes des ménages en soins de santé, Canada, territoires non compris, 1998

	Dépenses moyennes par ménage \$	Proportion des dépenses après impôt %
Terre-Neuve	913	2,7
Ontario	1 049	2,3
Nouveau-Brunswick	1 081	3,2
Québec	1 106	3,2
Île-du-Prince-Édouard	1 129	3,3
Nouvelle-Écosse	1 129	3,2
Manitoba	1 147	3,1
Saskatchewan	1 163	3,2
Canada	1 191	2,9
Colombie-Britannique	1 499	3,5
Alberta	1 693	3,8

Source des données : Enquête sur les dépenses des ménages, 1998

les montants des dépenses sont présentés en dollars constants de 1998. Sauf indication contraire, les pourcentages représentent les dépenses après impôt (voir *Méthodologie et Définitions*).

Augmentation des dépenses en soins de santé durant les années 1990

De 1978 à 1992, les dépenses annuelles moyennes des ménages au titre des soins de santé ont fluctué autour de 900 \$. Par contre, au début des années 1990, elles ont commencé à augmenter, si bien qu'en 1998, les ménages ont consacré aux soins de santé 300 \$ de plus, en moyenne, qu'ils ne l'avaient fait en 1978 : 1 191 \$ contre 917 \$ (graphique 1) (voir *Les provinces*).

De surcroît, en 1998, les ménages ont consacré aux soins de santé une part plus importante de leurs dépenses moyennes après impôt qu'ils ne l'avaient fait 20 ans plus tôt : 2,9 % contre 2,3 %. En revanche, la proportion de leur budget réservée à d'autres catégories de dépenses, comme l'alimentation ou l'habillement, a diminué régulièrement durant la même période (de 19,8 % à 14,6 % et de 8,4 % à 5,4 %, respectivement^{2,5}). Enfin, par habitant, les dépenses des ménages occasionnées par les soins de santé ont atteint en 1998 la valeur la plus élevée observée depuis 1978 (graphique 2).

Ces changements pourraient tenir, en partie, à la diminution de la taille moyenne des ménages, qui est passée de 2,93 en 1978 à 2,58 vingt ans plus tard^{2,5}, ainsi qu'au vieillissement de la population du Canada⁹.

Soins de santé et budget des ménages

En 1998, les primes d'assurance-santé représentaient la part la plus importante des dépenses moyennes des ménages au titre des soins de santé, soit 29,8 % (tableau 1). Venaient ensuite les soins dentaires, suivis par les médicaments et les produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance. Fait peu étonnant, les honoraires médicaux et les frais d'hospitalisation représentaient les parts les plus faibles des frais de santé, à savoir environ 1 % dans chaque cas.

Cependant, les ménages interrogés n'ont pas tous déclaré des dépenses pour les diverses catégories de soins de santé. Par conséquent, le montant moyen

Tableau 1
Dépenses moyennes des ménages en soins de santé, Canada, territoires non compris, 1998

	Dépenses moyennes par ménage	Proportion du total des frais de soins de santé	Proportion de ménages déclarant des dépenses	Dépenses moyennes par ménage qui déclare des dépenses
	Dollars constants de 1998	%	%	Dollars constants de 1998
Total	1 191	100,0	98,2	1 213
Primes d'assurance-santé [†]	355	29,8	51,5	689
Soins dentaires	231	19,4	48,5	476
Médicaments et produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance	198	16,6	65,7	301
Soins ophtalmologiques	151	12,7	50,6	298
Médicaments et produits pharmaceutiques en vente libre	131	11,0	87,1	150
Autres professionnels de la santé [‡]	54	4,5	19,4	278
Fournitures et produits pour soins de santé	30	2,5	39,2	77
Autres services médicaux [§]	19	1,6	7,9	244
Honoraires médicaux	13	1,1	5,6	232
Soins hospitaliers	9	0,8	2,3	391

Source des données : Enquête sur les dépenses des ménages, 1998

[†] Régimes provinciaux d'assurance-maladie et médicaments (le cas échéant); régimes privés d'assurance-santé; régimes d'assurance-soins dentaires; assurance-accident et invalidité.

[‡] Y compris les infirmières, les thérapeutes, les chiropraticiens, les ostéopathes et les podologues.

[§] Y compris les frais d'ambulances, de location de matériel médical, de services de laboratoire et de maisons de soins infirmiers et les frais liés aux programmes de contrôle du poids et de renoncement au tabac.

Définitions

Un *ménage* correspond à une personne ou un groupe de personnes qui occupe un logement (un ensemble distinct de pièces avec entrée indépendante).

Les *dépenses en soins de santé* représentent les frais qui incombent aux membres du ménage pour tous les soins de santé reçus durant l'année civile, y compris les montants non couverts par l'assurance, comme les exclusions, les franchises et les dépenses excédant les limites. Tous les montants incluent la taxe sur les produits et services, la taxe de vente provinciale, les droits de douane et toute charge ou taxe supplémentaire. Sont exclus les paiements qui ont été remboursés ou qui le seront.

Les dépenses au titre des *primes d'assurance-santé* incluent les cotisations au régime provincial (autrement dit, public ou parrainé par le gouvernement) d'assurance-santé et médicaments (le cas échéant) et aux régimes privés d'assurance-santé, y compris les régimes d'assurance-soins dentaires et d'assurance-accident et incapacité. On ne fait pas ici la distinction entre les régimes publics et privés, car le champ d'application de ces régimes varient au fil du temps ou d'une province à l'autre.

Par *soins dentaires*, on entend les soins dentaires, ainsi que les traitements orthodontiques et périodontiques, comme les examens, les détartrages, les soins réguliers d'entretien, les interventions chirurgicales de traitement radiculaire et les prothèses dentaires.

Les *soins ophtalmologiques* englobent les lentilles de prescription, comme les verres de contact et les lunettes, d'autres produits pour

soins des yeux, y compris les lentilles non prescrites, les étuis à lunettes et les fournitures pour verres de contact, ainsi que les examens des yeux, les interventions chirurgicales (y compris les traitements au laser) et d'autres services de soins ophtalmologiques.

Les *médicaments et produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance* sont ceux prescrits par un médecin, les *médicaments et produits pharmaceutiques en vente libre* sont les articles vendus sans ordonnance, comme les vitamines, les analgésiques et les sirops pour la toux.

Les *autres professionnels de la santé* sont des spécialistes comme les infirmières, les thérapeutes, les chiropraticiens, les ostéopathes et les podologues.

Les *fournitures et produits pour soins de santé* incluent les articles comme les trousse de premiers soins, les prothèses auditives, les fauteuils roulants et d'autres appareils.

Les *autres services médicaux* englobent les frais d'inscription à certains programmes, de location de matériel médical, d'ambulances, de services de laboratoire et de maisons de soins infirmiers.

Les *honoraires médicaux* incluent les honoraires des médecins généralistes et des spécialistes.

Les *frais d'hospitalisation* représentent toutes les charges figurant sur une facture d'hospitalisation que le malade doit payer de sa poche.

des dépenses engagées dans ces catégories par les ménages qui ont effectivement eu des frais pour soins de santé est beaucoup plus élevé que le montant moyen calculé pour l'ensemble des ménages. Par exemple, globalement, les ménages ont consacré, en moyenne, 231 \$ aux soins dentaires. Cependant, la moitié seulement des ménages ont fait état de telles dépenses. La moyenne correspondante pour les ménages qui ont réellement déclaré des dépenses pour soins dentaires est de 476 \$. De même, les dépenses moyennes globales des ménages ne se chiffraient qu'à 13 \$ pour les soins médicaux et à 9 \$ pour les soins hospitaliers. Par contre, si l'on ne tient compte que des quelques ménages qui ont déclaré ce genre de dépenses, les chiffres sont respectivement de 232 \$ et de 391 \$.

Primes d'assurance-santé

Les primes d'assurance-santé comprennent les paiements pour les services des hôpitaux publics (financés par l'État), les régimes d'assurance-maladie et médicaments, les régimes privés d'assurance-santé,

les régimes d'assurance-soins dentaires faisant l'objet d'une police distincte et les régimes d'assurance-accident et invalidité (voir *Définitions*). La plupart des membres des ménages sont couverts par un régime public administré directement ou indirectement par une administration provinciale. Ils ont aussi parfois un régime privé (régime offert par l'employeur ou assurance individuelle) qui leur assure certaines prestations supplémentaires pour soins de santé. Bien sûr, le lancement du régime universel de soins de santé durant les années 1970 a fait baisser le montant que les ménages consacrent aux primes d'assurance-santé. Toutefois, au début des années 1990, les dépenses moyennes des ménages pour les primes d'assurance-santé ont commencé à augmenter.

Plusieurs facteurs pourraient être à l'origine de cette augmentation. Bon nombre d'employeurs offrent une forme ou l'autre d'assurance-santé collective, mais tous les employés n'ont pas nécessairement droit aux prestations. Les employés à temps partiel et les contractuels, ainsi que les

Tableau 2
Dépenses moyennes des ménages en soins de santé, Canada, territoires non compris, 1978 et 1998

	Dépenses moyennes par ménage		Proportion du total des frais de soins de santé		Proportion de ménages déclarant des dépenses		Dépenses moyennes par ménage qui déclare des dépenses	
	1978	1998	1978	1998	1978	1998	1978	1998
	Dollars constants de 1998		%		%		Dollars constants de 1998	
Total	917 *	1 191	100,0	100,0	95,7	98,2	958	1 213
Primes d'assurance-santé [†]	355	355	38,7	29,8	62,4	51,5	568	689
Soins dentaires	247 *	231	26,9	19,4	52,3	48,5	472	476
Médicaments et produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance	115 *	198	12,5	16,6	60,5	65,7	189	301
Soins ophtalmologiques	89 *	151	9,7	12,7	34,9	50,6	254	298
Médicaments et produits pharmaceutiques en vente libre	48 *	131	5,3	11,0	66,1	87,1	73	150
Honoraires médicaux	21 *	13	2,3	1,1	16,7	5,6	124	232
Autres professionnels de la santé [‡]	19 *	54	2,1	4,5	7,9	19,4	243	278
Fournitures et produits pour soins de santé	10 *	30	1,1	2,5	25,4	39,2	40	77
Soins hospitaliers	9	9	1,0	0,8	4,7	2,3	185	391
Autres services médicaux [§]	5 *	19	0,5	1,6	4,3	7,9	116	241

Source des données : Enquête sur les dépenses des familles (EDF), 1978; Enquête sur les dépenses des ménages, 1998

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

[†] Régimes provinciaux d'assurance-maladie et médicaments (le cas échéant); régimes privés d'assurance-santé; régimes d'assurance-soins dentaires; assurance-accident et invalidité.

[‡] Y compris les infirmières, les thérapeutes, les chiropraticiens, les ostéopathes et les podologues.

[§] Y compris les frais d'ambulances, de location de matériel médical, de services de laboratoire et de maisons de soins infirmiers et les frais liés aux programmes de contrôle du poids et de renoncement au tabac.

* Chiffres statistiquement différents de ceux présentés pour 1998 ($p \leq 0,05$).

employés et les exploitants des petites entreprises, ne bénéficient pas tous d'une assurance complémentaire et, le cas échéant, sont contraints d'acheter une assurance individuelle. Par ailleurs, les entreprises ne continuent pas toutes de payer les primes une fois que l'employé est à la retraite ou ne les payent que partiellement; par conséquent, certains retraités pourraient avoir des frais supplémentaires de primes d'assurance-santé. La hausse des dépenses moyennes pourrait également refléter partiellement les cotisations au régime provincial d'assurance-santé versées par les résidents de l'Alberta et de la Colombie-Britannique.

En 1998, les dépenses moyennes des ménages liées aux primes d'assurance-santé se chiffraient à 355 \$ (29,8 % de l'ensemble des dépenses en soins de santé). Cette année-là, environ la moitié seulement des ménages ont dit avoir payé des primes d'assurance-santé, la dépense moyenne par ménage déclarant étant de 689 \$. Par contre, en 1978, le montant était de 568 \$ (62,4 % des ménages) (tableau 2).

Soins dentaires

De 1978 à 1998, le montant moyen des dépenses des ménages au titre des soins dentaires a diminué, pour passer de 247 \$ à 231 \$. La part du total des dépenses en soins de santé consacrée aux soins dentaires a également diminué, passant de 26,9 % à 19,4 %. En 1998, moins de la moitié des ménages ont fait état de paiements directs d'honoraires pour soins dentaires, ce qui laisse supposer que ces frais étaient couverts par un régime d'assurance-soins dentaires ou que certaines personnes renoncent à subir régulièrement un examen dentaire. Selon une étude récente, fondée sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, un peu plus de la moitié (53 %) des Canadiens ont dit être couverts par une assurance-soins dentaires et un grand nombre de personnes ne consultent leur dentiste que si cela est nécessaire au lieu de lui rendre visite à intervalles réguliers¹⁰.

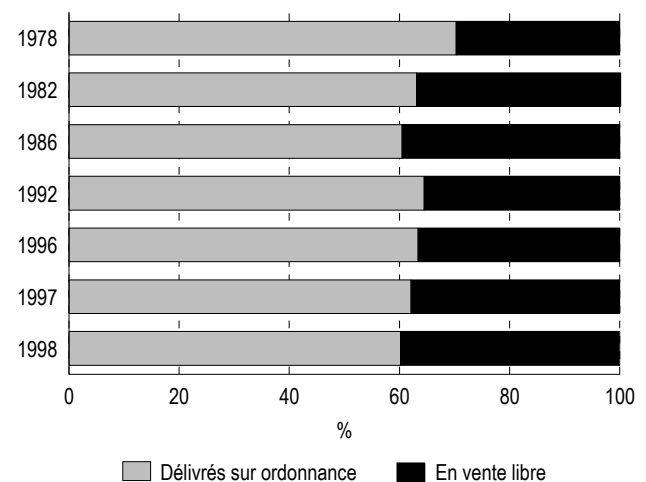
En 1998, les dépenses moyennes pour soins dentaires des 48,5 % de ménages qui ont effectivement déclaré ce genre de dépenses se chiffraient à 476 \$. Pour 1978, les chiffres comparatifs sont 52,3 % et 472 \$.

Médicaments et produits pharmaceutiques

De 1978 à 1998, les dépenses des ménages consacrées aux médicaments et aux produits pharmaceutiques (délivrés sur ordonnance et en vente libre) ont augmenté régulièrement. Alors qu'en 1978, le montant consacré par chaque ménage à ce genre de produit était de 163 \$, en 1998, il se chiffrait à 329 \$. En outre, les dépenses pour cette catégorie de biens représentaient une part plus importante du budget total consacré aux soins de santé en 1998 qu'en 1978, à savoir 27,6 % contre 17,8 %.

En 1978 et en 1998, la part la plus importante des dépenses des ménages vouées à l'achat de médicaments et de produits pharmaceutiques concernait les produits délivrés sur ordonnance. Cependant, on constate une évolution de la répartition des dépenses, une part beaucoup plus importante ayant été consacrée aux produits en vente libre en 1998 (39,8% comparativement à 29,7%) (graphique 3). Dans l'ensemble, en 1998, les ménages canadiens ont dépensé, en moyenne, 198 \$ pour l'achat de médicaments délivrés sur ordonnance et

Graphique 3
Proportion des dépenses en médicaments et produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance et en vente libre, Canada, territoires non compris, 1978 à 1998



Sources des données : Enquête sur les dépenses des familles (EDF), cycles de 1978, 1982, 1986, 1992 et 1996 ; Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), cycles de 1997 et 1998

Nota : L'EDF a été réalisée périodiquement, en général tous les quatre ans, jusqu'en 1996, puis a été remplacée par l'EDM, qui est une enquête annuelle.

131 \$ pour l'achat de médicaments et de produits pharmaceutiques en vente libre. Comparativement, en 1978, les chiffres étaient de 115 \$ et 48 \$, respectivement.

Cependant, les ménages ne déclarent pas tous des dépenses en médicaments et produits pharmaceutiques. En 1998, environ les deux tiers (65,7 %) ont déclaré des dépenses pour médicaments délivrés sur ordonnance. Vingt ans plus tôt, la proportion était de 60,5 %. De 1978 à 1998, la proportion de ménages qui ont déclaré des dépenses pour médicaments en vente libre est passée de 66,1 % à 87,1 %, augmentation qui est appréciable. Le montant moyen des dépenses par ménage déclarant a également augmenté durant ces 20 années. Pour les médicaments délivrés sur ordonnance, il était de 301 \$ en 1998, ce qui représente une hausse considérable par rapport aux 189 \$ observés en 1978. Le montant consacré aux produits en vente libre, quant à lui, a plus que doublé, passant de 73 \$ à 150 \$.

En ce qui concerne les médicaments délivrés sur ordonnance, ces augmentations donnent à penser que les ménages achètent plus de médicaments ou qu'ils assument une plus grande part des frais pharmaceutiques. Certains régimes d'assurance exigent maintenant un plus grand partage du coût (sous forme de franchise, de co-assurance ou de co-paiements) des médicaments délivrés sur ordonnance; certains de ces régimes pourraient aussi promouvoir l'usage de médicaments génériques. Dans le premier cas, les particuliers paient une plus grande part de leur poche pour les médicaments délivrés sur ordonnance; dans le second, le régime d'assurance rembourse uniquement le prix des médicaments génériques et laisse à l'assuré le soin de payer la différence s'il y a lieu^{1,11,12}.

Il se pourrait aussi que les consommateurs achètent davantage de produits en vente libre, comme les remèdes contre le rhume ou la grippe, ainsi que les vitamines et les remèdes à base de plantes médicinales¹³ – tous des produits dont la gamme offerte sur le marché est fort variée. Conjugué à la place croissante réservée à la pharmacothérapie¹ et au coût réel plus élevé des nouveaux médicaments délivrés sur ordonnance¹¹,

ce phénomène pourrait avoir augmenté la part des dépenses des ménages consacrées aux produits médicaux et pharmaceutiques.

Soins ophtalmologiques

En 1978, les ménages ont consacré, en moyenne, 9,7 %, soit 89 \$, de leurs dépenses totales en soins de santé aux soins ophtalmologiques. Ces dépenses incluent les lunettes et les verres de contact de prescription, les solutions ou les fournitures de nettoyage et les examens des yeux. En 1998, les dépenses moyennes des ménages pour soins ophtalmologiques se chiffraient à 151 \$ et représentaient 12,7 % des dépenses totales en soins de santé. Même si les innovations ont été nombreuses en ophtalmologie ces dernières années, y compris la chirurgie au laser et une vaste gamme d'articles de lunetteries délivrés sur ordonnance ou en vente libre, en 1998, la plupart des dépenses (75 % ou 113 \$, données non présentées) étaient imputables aux lunettes et aux verres de contact de prescription.

Si l'on ne tient compte que des ménages qui ont déclaré des dépenses pour soins ophtalmologiques (34,9 % en 1978 et 50,6 % en 1998), les dépenses moyennes des ménages à cet égard se chiffrent, pour chacune de ces années, à 254 \$ et à 298 \$, respectivement.

Honoraires médicaux

La part des dépenses en soins de santé consacrées aux honoraires médicaux, qui incluent les honoraires non remboursés des généralistes ou des spécialistes, est passée de 2,3 % en 1978 à 1,1 % en 1998. La proportion a atteint un sommet en 1982, puis a fluctué autour de 1 % de 1986 à 1998 (données non présentées). La dépense moyenne par ménage a pratiquement diminué de moitié durant ces 20 années, passant de 21 \$ à 13 \$. Selon une étude, la surfacturation et les frais modérateurs perçus par les hôpitaux étaient courants à la fin des années 1970¹⁴, ce qui pourrait expliquer la moyenne nettement plus élevée observée pour 1978. En 1998, un nombre moins élevé de ménages ont déclaré des dépenses imputables aux honoraires des médecins; cependant, le montant moyen consacré à ces

honoraires était presque deux fois plus important que celui observé en 1978 (232 \$ comparativement à 124 \$).

Soins hospitaliers, autres soins de santé

En 1998, les frais non remboursés pour des soins prodigués par d'autres professionnels de la santé, comme les infirmières, les thérapeutes, les chiropraticiens et les podologues, atteignaient en moyenne 54 \$ par ménage, comparativement à 19 \$ il y a 20 ans. Ces soins retenaient en outre une plus grande part du total des dépenses des ménages en 1998 qu'en 1978 : 4,5 % contre 2,1 %. Presque le cinquième (19,4 %) des ménages ont déclaré des dépenses pour ce genre de services en 1998, chacun y consacrant en moyenne 278 \$. Même si certains d'entre eux bénéficient d'un régime provincial qui couvre partiellement ce genre de frais, il n'est pas surprenant que la dépense soit assez forte.

La plupart des frais hospitaliers sont couverts par un régime d'assurance-santé. Or, les dépenses moyennes des ménages au titre des soins hospitaliers ont, sans grande surprise, été assez faibles en 1998, tout comme elles l'avaient été en 1978 : 9 \$ par ménage, soit à peine environ 1 % des dépenses totales en soins de santé. Cette catégorie englobe tous les frais facturés directement au malade et payés par celui-ci, dont la surcharge pour une chambre privée. Comme 2,3 % des ménages seulement ont déclaré des dépenses dans cette catégorie en 1998, la dépense moyenne par ménage était de 391 \$ comparativement à 185 \$ en 1978.

Les dépenses moyennes consacrées aux fournitures et produits pour soins de santé, qui comprennent notamment les trousseaux de premiers soins, les prothèses auditives et les fauteuils roulants, ne représentaient en 1998 qu'une part relativement faible de l'ensemble des dépenses dévolues aux soins de santé (2,5 %). Il en allait de même de la part de ces dépenses associée aux autres frais médicaux (1,6 %), par exemple en ce qui a trait aux programmes visant le contrôle du poids ou le renoncement au tabac. Cependant, un plus grand pourcentage de ménages qu'il y a 20 ans ont déclaré des dépenses à l'égard de ces deux catégories, chaque ménage consacrant en moyenne près du double du montant alloué à chacune des ces deux catégories.

Mot de la fin

Au cours des 20 dernières années, les frais de soins de santé des Canadiens ont augmenté considérablement. En 1998, les primes d'assurance-santé représentaient la part la plus importante des dépenses moyennes des ménages en soins de santé. Venaient ensuite les dépenses pour soins dentaires, puis celles pour médicaments et produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance. Comme il faut s'y attendre, les honoraires versés aux médecins et les frais pour soins hospitaliers représentaient les proportions les plus faibles des frais de soins de santé.

Selon les enquêtes sur les dépenses des ménages réalisées par Statistique Canada, de 1978 à 1998, la dépense moyenne par ménage au titre des soins de santé a augmenté de presque 300 \$ (en dollars constants de 1998). Les ménages consacrent maintenant aux soins de santé non seulement plus d'argent, mais aussi une part plus importante de leurs dépenses après impôt – 2,9 % comparativement à 2,3 %.

Références

1. W.J. Millar, « Disparités des régimes d'assurance-médicaments », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 9-30 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. Statistique Canada, *Les habitudes de dépenses au Canada, 1998* (n° 62-202 au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 2000.
3. Statistique Canada, *Les habitudes de dépenses au Canada, 1997* (n° 62-202 au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1999.
4. H. Champion, *Document de référence de l'EDFAM, Comptes rendus* (n° 63F0018XPF au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1995.
5. Statistique Canada, *Dépenses des familles au Canada, 1978* (n° 62-555 au catalogue), Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1982 (*note : aussi disponible pour 1982, 1986, 1992 et 1996*).
6. J.G. Gambino, M.P. Singh, J. Dufour *et al.*, *Méthodologie de l'enquête sur la population active du Canada* (Statistique Canada, n° 71-526-XPB au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1998.
7. K.M. Wolter, *Introduction to Variance Estimation*, New York : Springer – Verlag New York Inc., 1985.
8. Statistique Canada, « Dépenses des ménages, caractéristiques du logement et équipement ménager, 1998 », *Le Quotidien* (n° 11-001F au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 13 décembre 1999.
9. J. Dumas, « Effets de l'entourage des personnes âgées sur leur condition socio-économique », *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1997* (Statistique Canada, n° 91-209-XPB au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1998.
10. W.J. Millar et D. Locker, « L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaires », *Rapports sur la santé*, 11(1), 1999, p. 59-72 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. F. Condron, « Drug costs snowball as workforce ages », *Benefits and Pensions Monitor*, 8(6), 1998, p. 25-28.
12. B. Drinkwater, « Generic and patent drug debate: Which way to go? », *Benefits and Pensions Monitor*, 7(5), 1998, p. 79-80.
13. D. Anderson, « Alternative and complementary medicine in employee benefit plans », *Benefits and Pensions Monitor*, 8(3), 1998, p. 31-33.
14. E. Nelson, « What's it all about? The Canada Health Act », *Law Now*, 21(3), 1997, p. 29-31.

A stylized, high-contrast graphic of a person's face. The face is composed of white and light gray shapes against a dark gray background. The eyes are represented by two small white squares. The nose is a vertical white bar. The mouth is a horizontal white bar. The chin and neck area are filled with a pattern of white and light gray shapes, including a prominent white maple leaf. The overall style is modern and abstract.

Données

Aperçu des données sur la santé
produites récemment par
Statistique Canada

Fichier de microdonnées à grande diffusion sur les résidents des établissements de santé, 1996-1997

Le fichier de microdonnées transversales à grande diffusion tiré de la composante des établissements de santé pour le deuxième cycle de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) est maintenant disponible. Offert sur CD-ROM, le fichier comprend un large éventail de renseignements sur la santé des résidents des centres de soins de santé au Canada. Outre les données sociodémographiques de base telles que l'âge, le sexe et l'éducation, l'information touche les problèmes de santé chroniques, l'état de santé, la limitation des activités, l'utilisation des soins de santé, le soutien social, de même que les facteurs de risque que sont la consommation d'alcool et l'usage du tabac.

L'information a été recueillie auprès de quelque 2 100 personnes, ce qui permet de produire des estimations représentatives à l'échelle nationale. Il s'agit du deuxième fichier de microdonnées à grande diffusion tiré de la composante des établissements de santé de l'ENSP. Le fichier du premier cycle a été rendu public en juin 1996. On peut également consulter les fichiers de microdonnées à grande diffusion tirés de la composante des ménages pour les premier et deuxième cycles de l'ENSP.

Pour obtenir une copie du CD-ROM intitulé *Enquête nationale sur la santé de la population : établissements de santé, fichier de microdonnées à grande diffusion* (82M0010XCB, 250 \$), les autres fichiers à grande diffusion de l'ENSP, des totalisations spéciales ou de l'information d'ordre général au sujet de l'enquête, communiquez avec les Services personnalisés à la clientèle au (613) 951-1746 (hd-ds@statcan.ca), Division des statistiques sur la santé, télécopieur : (613) 951-0792. Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données ou sur l'ENSP, communiquez avec Sandrine Prasil au (613) 951-4409 (sandrine.prasil@statcan.ca), Division des statistiques sur la santé, télécopieur : (613) 951-4198.

Enquête nationale sur la santé de la population : enquête supplémentaire sur la précarité alimentaire, 1998-1999

Les données tirées du supplément sur la précarité alimentaire sont disponibles. Ce supplément a été réalisé à partir de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998-1999 à la demande de Développement des ressources humaines Canada.

L'enquête supplémentaire s'adressait aux participants à l'ENSP dits en situation de «précarité alimentaire». On observe une telle situation si une personne, ou quelqu'un d'autre de son ménage, a indiqué avoir eu une des trois préoccupations suivantes au cours des 12 derniers mois à cause d'un manque d'argent : craindre manquer de nourriture, n'avoir pas eu suffisamment de nourriture, ou n'avoir pas mangé d'aliments de la qualité ou de la variété désirées.

Quelque 1 300 personnes ont ainsi pris part à l'enquête qui portait sur les points suivants : les difficultés liées à l'achat de nourriture, les moyens utilisés pour subvenir aux besoins alimentaires lorsqu'il n'y avait pas assez d'argent, l'alimentation des enfants, ainsi que les dépenses liées au logement.

Pour obtenir des totalisations spéciales, communiquez avec les Services personnalisés à la clientèle au (613) 951-1746 (hd-ds@statcan.ca), Division des statistiques sur la santé, télécopieur : (613) 951-0792. Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données, communiquez avec Mario Bédard au (613) 951-8933 (mario.bedard@statcan.ca), Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, télécopieur : (613) 951-4198, ou avec Satya Brink au (819) 953-6622 (satya.brink@spg.org), Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines Canada, télécopieur : (819) 953-8868.

Enquête annuelle sur les hôpitaux, 1996-1997 et 1997-1998

Les données de l'Enquête annuelle sur les hôpitaux pour les exercices financiers de 1996-1997 et de 1997-1998 sont disponibles auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Statistique Canada a mené cette enquête jusqu'à l'exercice financier de 1993-1994, après quoi l'ICIS s'est vu confier la responsabilité de l'enquête et de la base de données.

Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données de 1996-1997 et de 1997-1998, communiquez avec Karen McCarthy au (613) 241-7860, poste 4026, Institut canadien d'information sur la santé, télécopieur : (613) 241-8120. Pour plus de renseignements sur les données des années précédentes, communiquez avec Richard Trudeau au (613) 951-8782, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, télécopieur : (613) 951-4251.

Soins de santé au Canada

Les soins de santé au Canada, un premier rapport annuel (n° 82-222-XIF au catalogue, gratuit) est offert dans le site Web de Statistique Canada (www.statcan.ca). Le rapport a été diffusé conjointement par l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada le 26 avril 2000. Les sujets traités comprennent l'évolution du système de soins de santé, le coût des soins de santé, l'équipe de santé, les soins primaires, les hôpitaux, et les soins de santé en dehors du milieu hospitalier.

Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données, communiquez avec Karen McCarthy au (613) 241-7860, poste 4026, Institut canadien d'information sur la santé, télécopieur : (613) 241-8120, ou avec Michel Séguin au (613) 951-4262 (michel.seguin@statcan.ca), Statistique Canada. ●

An abstract graphic design on the left side of the page. It features stylized human figures in white and light gray against a dark gray background. The figures are composed of simple geometric shapes like rectangles and circles. At the bottom, there is a large, stylized gear or cogwheel. The overall style is modern and minimalist.

Pour commander les publications

Un inventaire des produits et services d'information de la Division des statistiques sur la santé comprenant les publications (sur papier, disquette, microfiche ou dans Internet), les fichiers de microdonnées et les totalisations spéciales



Pour obtenir les produits ci-dessous, veuillez communiquer avec :

Division du marketing, ventes et services
 Statistique Canada
 Ottawa (Ontario)
 K1A 0T6
 Téléphone : (613) 951-7277
 Ailleurs au Canada, sans frais : 1 800 267-6677
 Télécopieur : (613) 951-1584

Ou visiter notre site Internet : www.statcan.ca

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix†		
			Canada	É.-U. (\$US)	Autres pays (\$US)
Rapports sur la santé · par année · l'exemplaire	82-003-XPB	Papier	116 \$	116 \$	116 \$
			35 \$	35 \$	35 \$
· par année · l'exemplaire	82-003-XIF	Internet	87 \$	87 \$	87 \$
			26 \$	26 \$	26 \$
Aperçu des statistiques sur la santé	82F0075XCB	CD-ROM	100 \$	100 \$	100 \$
Régions socio-sanitaires en l'an 2000 – Limites, renseignements géographiques et estimations démographiques	82F0082XCB	CD-ROM	60 \$	60 \$	60 \$
Rapport statistique sur la santé de la population canadienne	82-570-XIF	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Rapport sur la prévalence de l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 1999	82F0077XIF	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Les soins de santé au Canada 2000 : Un premier rapport annuel	82-222-XIF	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Statistiques sur santé : Catalogue des produits et services	82F0058XIF	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Indicateurs sur la santé	82-221-XCB	(remplacé par l'Aperçu des statistiques sur la santé)			
Cancer					
L'incidence du cancer au Canada, de 1969 à 1993	82-566-XPB	Papier	42 \$	42 \$	42 \$
La filière du cancer, bulletin des registres de cancer au Canada	82F0081XIB	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Enquête nationale sur la santé de la population					
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995	82-567-XPB	Papier	10 \$	12 \$	14 \$
	82-567-XIB	Internet	8 \$	8 \$	8 \$
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997	82-567-XPB	Papier	35 \$	35 \$	35 \$
	82-567-XIB	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées Enquête nationale sur la santé de la population 1998-1999 – composante des ménages (disponible automne 2000)	82M0009GPF	Papier	50 \$	50 \$	50 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$	50 \$	50 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997 – établissements de soins de santé	82M0010GPF	Papier	50 \$	50 \$	50 \$
Renseignements sur l'Enquête nationale sur la santé de la population	82F0068XIF	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix†		
			Canada	É.-U. (\$US)	Autres pays (\$US)
Espérance de vie					
Tables de mortalité, Canada et provinces, de 1990 à 1992	84-537-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
	84-537-XDB	Disquette	40 \$	40 \$	40 \$
État civil					
Tableaux standards					
La Division des statistiques sur la santé prépare les tableaux standards suivants, à partir des années de référence 1996 et 1997.					
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Causes de décès	84F0208XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes	84F0209XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes, 1997	84F0209XIB	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Naissances et décès	84F0210XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Mariages	84F0212XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Divorces	84F0213XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Causes principales de décès	84F0503XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Ces tableaux standards peuvent être commandés en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle – voir à la page 79 pour les coordonnées.					
Autre					
Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada	84F0013XIF	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Renseignements historiques					
Recueil de statistiques de l'état civil, 1996	84-214-XPB	Papier	45 \$	45 \$	45 \$
	84-214-XIF	Internet	33 \$	33 \$	33 \$
Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, de 1974 à 1993	82-568-XPB	Papier	32 \$	39 \$	45 \$
Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, de 1921 à 1990	82-548-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Le déclin du mariage au Canada de 1981 à 1991	84-536-XPB	Papier	36 \$	44 \$	51 \$
Hospitalisation					
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Maladies cardiovasculaires					
Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada	82F0076XIF	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Maladies et lésions professionnelles					
Dépistage des maladies et lésions professionnelles au Canada : mortalité par cause chez les travailleurs, 1965-1991	84-546-XCB	CD-ROM	500 \$	500 \$	500 \$
Personnel infirmier					
Données sur les infirmiers(ères) autorisés(ées) à l'intention de la direction 1998, tableau standard	83F0005-XPB	Papier	25 \$	25 \$	25 \$
Ce tableau standard peut être commandé en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle - voir à la page 79 pour les coordonnées.					

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.



La Division des statistiques sur la santé offre un service de totalisations spéciales afin de répondre aux besoins particuliers en ressources, ainsi que des données publiées, tirées d'enquêtes supplémentaires, payables en fonction du service demandé. Il est possible de créer des tableaux personnalisés à partir des nombreuses sources de données sur la santé et l'état civil dont s'occupe la Division.

Les demandes de totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792
Courriel : HD-DS@statcan.ca

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.



Fichiers de microdonnées

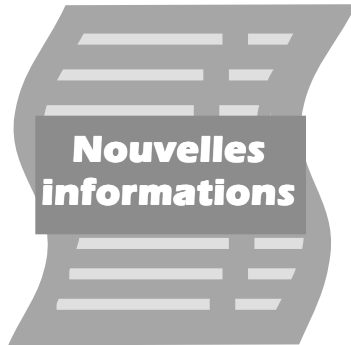
Les demandes de produits tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792
Courriel : HD-DS@statcan.ca

Fichiers de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête nationale sur la santé de la population	Numéro du produit	Version	Prix†		
			Canada	Autres pays (\$US)	
Cycle 3, 1998-1999 Ménages (CD-ROM disponible automne 2000)	Fichiers transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaires de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le fichier de données « santé »	82M0009XCB	CD-ROM	2 000 \$	2 000 \$
Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée		
Cycle 2, 1996-1997 Composante des ménages	Données transversales, fichier texte ASCII, Navigateur Beyond 20/20 – Fichier santé seulement,	82M0009XCB	CD-ROM	500 \$	500 \$
Établissements de soins de santé	Données transversales, fichier texte ASCII	82M0010XCB	CD-ROM	250 \$	250 \$
Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée		
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée		
Cycle 1, 1994-1995 Composante des ménages	Données, navigateur Beyond 20/20 – Fichier santé seulement, fichier texte ASCII	82F0001XCB	CD-ROM	300 \$	300 \$
Établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	75 \$	75 \$
Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée		
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée		

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.



L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Statistique Canada est en train de mener une nouvelle enquête, appelée Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), dont la mise en œuvre a été proposée pour produire, sur une base régulière, des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 132 régions socio-sanitaires réparties à travers le Canada.

Pour plus de renseignements, veuillez visiter notre site Web au <http://www.statcan.ca>, sous Concepts, définitions et méthodes et sous Documents de discussion ou nouvelles enquêtes.

Questionnaires de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

- Ménages
- Institutions
- Nord

Les questionnaires de l'ENSP peuvent être téléchargés du site Web de Statistique Canada au <http://www.statcan.ca>, sous Concepts, définitions et méthodes, suivi de Questionnaires et dictionnaires de données et Enquête nationale sur la santé de la population.

Le Canada en statistiques

Obtenez des tableaux de données gratuits sur certains aspects de l'économie, du territoire, de la société et du gouvernement du Canada.

Pour plus de renseignements, veuillez visiter notre site Web au <http://www.statcan.ca> sous Le Canada en statistiques, et ensuite cliquez sur Santé.