



N° 82-003-XIF au catalogue

Rapports sur la santé

Vol. 15, n° 1

• Obésité et arthrite

• Mortalité prématurée

• Stress



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : Division de la statistique de 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-XPF au catalogue est publié trimestriellement en version imprimée standard et est offert au prix de 22 \$ CAN l'exemplaire et de 63 \$ CAN pour un abonnement annuel. Les frais de livraison supplémentaires suivants s'appliquent aux envois à l'extérieur du Canada :

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

Ce produit est aussi disponible sous forme électronique dans le site Web de Statistique Canada, sous le n° 82-003-XIF au catalogue, et est offert au prix de 17 \$ CAN l'exemplaire et de 48 \$ CAN 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 « Nos produits et services ».

Les prix ne comprennent pas les taxes de vente.

La version imprimée peut être commandée par

- Téléphone (Canada et États-Unis) **1 800 267-6677**
- Télécopieur (Canada et États-Unis) **1 877 287-4369**
- Courriel **infostats@statcan.ca**
- Poste
Statistique Canada
Division 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 faites part d'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 de la statistique de la santé

Rapports sur la santé

Volume 15, numéro 1

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2004

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.

Janvier 2004

N° 82-003-XPF au catalogue, vol. 15, n° 1
ISSN 1492-7128

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 15, 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 :

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

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



Au sujet de Rapports sur la santé

Rédactrice en chef
Christine Wright

Rédactrice principale
Mary Sue Devereaux

Rédactrice
Barbara Riggs

Rédacteurs adjoints
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
Elizabeth Lin
Nazeem Muhajarine
Yves Péron
Georgia Roberts
Geoff Rowe
Eugene Vayda

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

Rapports sur la santé contient 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 de la statistique de 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 de la statistique de la santé, Statistique Canada, 3^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-1765. Courrier électronique : healthreports@statcan.ca. Télécopieur : (613) 951-4436.

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.

Version électronique

Rapports sur la santé est une publication offerte aussi 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 Web de Statistique Canada, de les télécharger et de les consulter avec l'aide d'Adobe Acrobat Reader. Pour commander un numéro récent de *Rapports sur la santé*, visitez notre site à l'adresse www.statcan.ca. Choisissez « Français » à la page d'accueil, puis « Nos produits et services » à la page suivante. Choisissez ensuite « Parcourir les publications Internet (PDF ou HTML) », « Payantes »; vous trouverez *Rapports sur la santé*, n° 82-003-XIF au catalogue, à la rubrique « Santé ».

Recommandation concernant les citations

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

Stress, santé et bienfaits du soutien social 9

Bien que la quasi-totalité des Canadiens aient déclaré avoir éprouvé du stress en 1994-1995, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'y être exposées et elles étaient sensibles à un plus grand nombre d'agents stressants. Le stress est en outre lié à la détresse psychologique ainsi qu'à un certain nombre de problèmes de santé, tant à long qu'à court terme. Le soutien affectif pourrait par ailleurs avoir un effet d'atténuation des conséquences du stress sur le bien-être psychologique.

Margot Shields

Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids 43

En 2000-2001, 19 % des hommes et 31 % des femmes âgés de 40 ans et plus ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite. Tant chez les hommes que chez les femmes, la cote exprimant le risque d'être atteint d'arthrite était plus élevée chez les personnes obèses que chez celles dont le poids se situait dans la fourchette normale, et ce, indépendamment d'autres facteurs comme l'âge, le revenu du ménage, le levage quotidien d'objets, les visites chez le médecin et la détresse psychologique.

Kathryn Wilkins

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone 55

Le taux d'années potentielles de vie perdues – une mesure qui sert à quantifier la mortalité prématurée – était nettement plus élevé dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone que dans les autres régions sociosanitaires. Cet écart tient en grande partie aux traumatismes observés dans les régions à forte population autochtone, notamment les suicides et les accidents impliquant un véhicule à moteur.

Yvon E. Allard, Russell Wilkins et Jean-Marie Berthelot



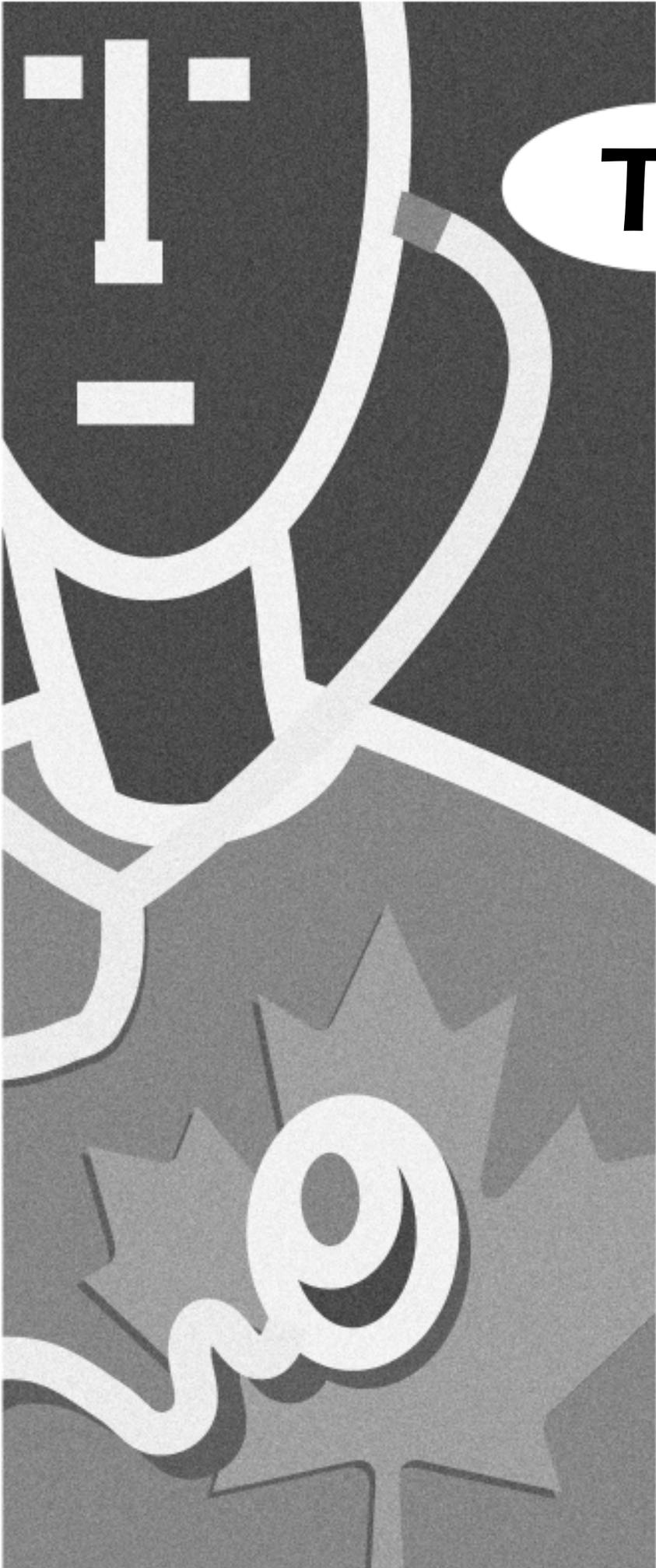
Données disponibles

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002	69
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Supplément des Forces canadiennes sur la santé mentale, 2002	69
Naissances, 2001	70
Mortinaissances, 2001	71

Pour commander les publications

.....	75
-------	----

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

The graphic features a dark grey background with white and light grey stylized elements. On the left, there are two human-like figures. The upper figure has a face composed of simple geometric shapes: two small squares for eyes, a vertical bar for a nose, and a horizontal bar for a mouth. Below it, another figure is partially visible, showing a similar face and a large, white, stylized letter 'e' or '9' on its chest. To the right of these figures, a large, white, stylized letter 'T' is positioned, which serves as the first letter of the main title. The overall style is minimalist and modern.

Travaux de **recherche**

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

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Stress, santé et bienfaits du soutien social

Margot Shields

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit le stress auquel sont exposés les Canadiens et les Canadiennes de 18 ans et plus et analyse les rapports à court et à long terme entre le stress et la détresse psychologique et les problèmes de santé chroniques. Le rôle d'atténuation que joue le soutien affectif est également examiné.

Sources des données

Les données sont tirées des composantes transversale (1994-1995) et longitudinale (1994-1995 à 2000-2001) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (volet des ménages), qui est menée par Statistique Canada. Des données supplémentaires ont été tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001.

Techniques d'analyse

Les taux d'exposition au stress ont été calculés selon le sexe, le groupe d'âge et diverses caractéristiques socioéconomiques. Des analyses multivariées ont servi à examiner les liens entre le stress et la santé mentale et physique en 1994-1995, ainsi qu'entre le stress et les changements qui s'étaient produits au chapitre de la santé en 2000-2001, une fois pris en considération l'effet d'autres variables confusionnelles possibles.

Principaux résultats

Les femmes ont déclaré davantage de stress que les hommes. Chez les hommes comme chez les femmes, le stress était plus élevé parmi les personnes moins instruites, moins aisées et qui avaient été mariées antérieurement. En 1994-1995, le niveau de détresse psychologique et la prévalence des problèmes de santé chroniques étaient liés au stress, tout comme à des hausses de la détresse au cours des six années suivantes et à la probabilité qu'un diagnostic de problème de santé chronique soit posé.

Mots-clés

Événements marquants de la vie, stress quotidien, maladie chronique, santé mentale, études longitudinales, enquêtes sur la santé.

Auteure

Margot Shields (613-951-4177; margot.shields@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Sous le poids des demandes incessantes de la vie moderne qui, pour beaucoup, sont parfois écrasantes, le stress meuble dorénavant le quotidien de tous. Les pressions qui s'exercent à la maison, au travail et même pendant les loisirs semblent souvent implacables. Parallèlement, la diminution de la taille de la famille et l'augmentation de la mobilité géographique ont contribué à réduire les réseaux de soutien. Or, nul ne s'étonnera du fait que la plupart des Canadiens et des Canadiennes affirment éprouver au moins un certain stress dans leur vie et que, pour plus du quart d'entre eux, les journées sont « assez stressantes », voire « extrêmement stressantes ». Pour certains, ce stress peut s'intensifier jusqu'à ce qu'il représente une menace pour la santé mentale¹⁻⁹. Quoique ses mécanismes exacts ne soient pas encore pleinement compris, le stress peut susciter des émotions qui peuvent se répercuter sur la réponse immunitaire et influencer l'apparition et la progression de certaines maladies physiques¹⁰⁻¹³. Le stress pourrait aussi être à l'origine de changements négatifs dans les comportements de santé des individus qui tentent de s'en accommoder^{10,11,13}.

La mesure du stress

Cette analyse examine trois genres de stress, c'est-à-dire le stress attribuable à de récents événements négatifs de la vie, aux tensions chroniques et à des traumatismes subis dans l'enfance.

Pour déterminer s'il y avait eu de récents événements négatifs dans la vie des répondants, on leur a posé 10 questions à réponses « oui/non » dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), à savoir : Au cours des 12 derniers mois,

- 1) ... un de vous (c'est-à-dire vous ou votre conjoint(e) ou partenaire, vos enfants, vos parents ou vos amis) a-t-il été battu ou agressé physiquement?
- 2) ... est-ce que vous ou un membre de votre famille êtes devenue enceinte sans l'avoir désiré?
- 3) ... est-ce que vous ou un membre de votre famille avez subi un avortement ou eu une fausse couche?
- 4) ... est-ce que vous ou un membre de votre famille avez éprouvé de graves difficultés financières?
- 5) ... est-ce que vous ou un membre de votre famille avez échoué à l'école ou à un programme de formation?
- 6) ... vous est-il arrivé ou est-il arrivé à votre conjoint(e) de changer d'emploi pour un autre qui s'est avéré pire?
- 7) ... vous est-il arrivé ou est-il arrivé à votre conjoint(e) d'être rétrogradé(e) ou de subir une baisse de salaire?
- 8) ... avez-vous eu des disputes de plus en plus fréquentes avec votre conjoint(e)?
- 9) ... avez-vous, personnellement, été bénéficiaire de l'aide du Bien-être social?
- 10) ... est-ce qu'un de vos enfants est revenu habiter à la maison?

On a calculé une cote totale en additionnant toutes les réponses « oui ». La question 8 ne s'appliquait pas aux répondants n'ayant pas de conjoint(e) ou de partenaire, et la question 10 ne s'appliquait pas aux répondants n'ayant pas d'enfant. Afin d'obtenir des fourchettes de cotes uniformes pour toutes les sous-populations, les cotes ont été rajustées (au prorata) pour que le maximum possible soit de 10 pour chaque répondant. Par exemple, si un homme célibataire sans enfant a répondu « oui » à quatre des huit questions qui le concernaient, sa cote initiale de 4 a été recalculée au prorata, c'est-à-dire qu'elle a été multipliée par 10 (le maximum) puis divisée par 8 (le nombre de questions applicables), pour obtenir une cote finale de 5.

Les tensions chroniques ont été mesurées en demandant aux répondants de répondre « vrai » ou « faux » à 17 énoncés :

- 1) Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.
- 2) Vous ressentez trop de pression pour être comme les autres.
- 3) Les autres attendent trop de votre part.
- 4) Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.
- 5) Votre conjoint(e) ne vous comprend pas.
- 6) Votre conjoint(e) ne vous témoigne pas assez d'affection.
- 7) Votre conjoint(e) n'est pas suffisamment engagé(e) dans votre relation.
- 8) Vous trouvez qu'il est très difficile de trouver quelqu'un/une avec qui vous êtes compatible.
- 9) Un de vos enfants semble être très malheureux.
- 10) Le comportement d'un de vos enfants vous inquiète sérieusement.
- 11) Votre travail à la maison n'est pas apprécié.

- 12) Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.
- 13) Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas.
- 14) L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué.
- 15) Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.
- 16) Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.
- 17) Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.

Les énoncés 5 à 7 visaient les personnes qui avaient un(e) conjoint(e)/partenaire; l'énoncé 8, les répondants célibataires; et les énoncés 9 et 10, les répondants qui avaient des enfants. Le nombre maximum d'énoncés applicables était de 16. La cote totale a été calculée en additionnant le nombre de réponses affirmatives et en recalculant le résultat au prorata (comme démontré ci-dessus) pour obtenir une cote sur 16.

Les traumatismes subis pendant l'enfance ont été mesurés au moyen de sept questions à réponses « oui/non » au sujet d'événements qui se sont produits dans l'enfance ou l'adolescence des répondants, avant qu'ils ou elles quittent la maison familiale :

- 1) Avez-vous passé deux semaines ou plus à l'hôpital?
- 2) Est-ce que vos parents ont divorcé?
- 3) Est-ce que votre père ou votre mère n'a pas eu d'emploi pour une longue durée alors qu'il ou elle voulait travailler?
- 4) Vous est-il arrivé quelque chose qui vous a effrayé(e) à tel point que vous y avez pensé pendant des années?
- 5) Avez-vous dû quitter la maison parce que vous aviez fait quelque chose de mal?
- 6) Est-ce que votre père ou votre mère buvait ou consommait de la drogue si souvent que cela causait des problèmes à la famille?
- 7) Avez-vous déjà été maltraité physiquement par un proche?

La cote des traumatismes subis dans l'enfance a été calculée en faisant la somme des réponses affirmatives.

Le stress global représente la somme des cotes attribuées aux récents événements négatifs de la vie, aux tensions chroniques et aux traumatismes subis dans l'enfance.

Pour maximiser le nombre de répondants pour qui des cotes ont été calculées, certains cas de non-réponse ont été acceptés. Si les valeurs manquantes ne concernaient pas plus de 25 % des énoncés applicables, une cote a été calculée et rajustée pour tenir compte de la non-réponse. Par exemple, si le nombre d'énoncés applicables à la cote du stress du répondant était de 16 et que ce répondant avait donné quatre réponses affirmatives et huit réponses négatives et n'avait pas répondu à quatre énoncés, sa cote initiale de 4 a été rajustée en la multipliant par 16 (nombre total d'énoncés applicables) puis en la divisant par 12 (nombre total d'énoncés pour lesquels il y avait une réponse), pour obtenir une cote globale de 5,3. Ce rajustement en fonction de la non-réponse a été fait avant le rajustement en fonction des énoncés applicables dont il a été question ci-dessus.

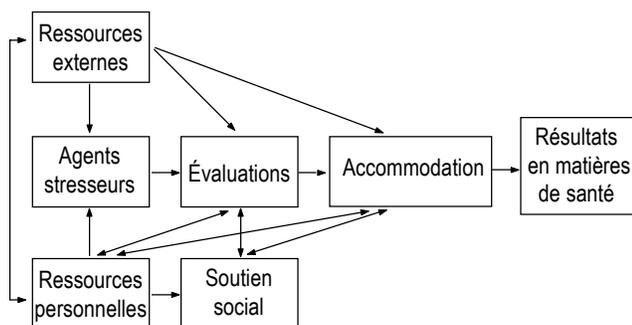
Pour déterminer le stress quotidien, la question suivante a été posée dans le cadre de l'Enquête de 2000-2001 sur la santé dans les collectivités canadiennes : « En pensant au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont : pas du tout stressantes? pas tellement stressantes? un peu stressantes? assez stressantes? extrêmement stressantes? »

Le stress ne se traduit toutefois pas toujours par la maladie. La réaction de l'individu à une situation éventuellement stressante détermine les répercussions de cette dernière sur sa santé. Les agents stressseurs pourront entraîner ou non la maladie selon un jeu complexe de facteurs qui peuvent comprendre des éléments génétiques, la façon dont le stress est perçu et les ressources à la disposition du sujet¹³⁻¹⁵.

Des ressources externes comme l'argent et l'éducation¹⁶, des ressources personnelles comme l'impression d'exercer un contrôle sur sa propre vie¹⁶⁻²¹ ainsi que le soutien affectif^{3,16-20} peuvent atténuer les répercussions du stress (figure 1)^{15,16}.

Des individus qui disposent de certaines ressources pourront ne pas éprouver de stress du tout. Par exemple, les personnes très instruites n'auront peut-être jamais à faire face au stress de l'insécurité d'emploi. Les ressources peuvent également influencer la façon dont un événement est perçu. L'impression d'exercer un certain contrôle pourra aider quelqu'un à accorder moins d'importance à des situations stressantes. En outre, les ressources peuvent être utiles comme mécanismes d'accommodation. Les personnes qui disposent d'un solide réseau de soutien pourront recevoir des conseils qui les aideront à résoudre un problème avant qu'il ne se répercute sur leur santé, ou recevoir un soutien affectif qui en atténuera les effets.

Figure 1
Manifestation du stress



Source : Références nos 15 et 16

À partir des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), le présent article décrit les niveaux de stress auxquels sont soumis les adultes canadiens (voir *La mesure du stress*) et montre comment ces niveaux varient selon des caractéristiques démographiques et socioéconomiques (voir *Définitions, Sources des données, Techniques d'analyse et Limites*). D'après des données transversales recueillies en 1994-1995, les liens sont déterminés entre le stress d'une part et la détresse psychologique et des problèmes de santé chroniques d'autre part. Des données longitudinales permettent ici d'étudier le stress signalé en 1994-1995 par rapport aux changements qui se sont manifestés dans la détresse psychologique et l'incidence des problèmes de santé chroniques en 2000-2001. Ces liens sont examinés au moyen de techniques multivariées qui permettent de tenir compte de l'effet d'autres variables qui pourraient influencer sur les résultats. L'analyse évalue aussi le rôle que joue le soutien affectif dans la relation entre le stress et la santé mentale et physique. Comme les niveaux de stress et les sources du stress signalés par les hommes et les femmes diffèrent, des analyses distinctes ont été faites pour chaque sexe.

Les sources du stress

Le stress peut tirer son origine de diverses situations, d'où la nécessité d'envisager de multiples sources pour arriver à en comprendre le plein impact sur la santé²² (voir *Le stress engendre le stress*). Aussi l'analyse privilégie-t-elle ici l'examen de trois genres de stress, à savoir le stress attribuable à de récents événements négatifs de la vie, le stress attribuable aux tensions chroniques et le stress attribuable à des traumatismes subis pendant l'enfance.

Par « événement de la vie », on entend un changement de grande envergure qui appelle une importante adaptation sur une brève période¹⁹. Les premiers chercheurs qui se sont penchés sur le stress estimaient que tout changement pouvait être une source de stress. Mais aujourd'hui, il semblerait plutôt que des changements négatifs, particulièrement s'ils se produisent à l'improviste ou s'il est impossible de les contrôler, auraient une plus

Définitions

Quatre *groupes d'âge* ont été retenus pour les besoins de l'analyse, soit 18 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus.

Le *revenu du ménage* a été calculé selon le nombre de personnes qui composent le ménage et le revenu total de toutes sources du ménage au cours des 12 mois ayant précédé l'entrevue de 1994-1995.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Moyen	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou plus	80 000 \$ et plus

Les répondants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ont été divisés en quatre *niveaux de scolarité*, selon le niveau le plus élevé atteint : pas de diplôme d'études secondaires, diplômes d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Les répondants ont été priés d'indiquer leur *état matrimonial* au moment de l'enquête. Ceux qui ont indiqué qu'ils étaient mariés, qu'ils vivaient en union libre ou qu'ils vivaient avec un partenaire ont été classés dans la catégorie des répondants mariés. Ceux qui ont répondu qu'ils étaient célibataires ont été classés dans la catégorie des personnes jamais mariées et ceux qui ont répondu qu'ils étaient veufs, séparés ou divorcés ont été classés dans la catégorie des personnes mariées antérieurement.

Les personnes qui font un *usage quotidien du tabac* sont celles qui ont répondu qu'elles fumaient la cigarette chaque jour.

L'*activité physique* pendant les loisirs, qui repose sur la dépense d'énergie (DE) cumulative totale, a été calculée d'après la fréquence et la durée signalées de toutes les activités physiques des répondants pendant leurs loisirs au cours des trois mois ayant précédé les entrevues de l'ENSP de 1994-1995 et de la demande d'énergie métabolique (valeur DEM) de chaque activité, qui a été établie indépendamment^{23,24}.

$$DE = \sum (N_i * D_i * DEM_i / 365 \text{ jours}), \text{ où}$$

N_i = nombre de fois où l'activité i est pratiquée au cours d'une année

D_i = durée moyenne en heures de l'activité i

DEM_i = valeur constante de la dépense d'énergie métabolique de l'activité i .

Pour chaque répondant, la DE quotidienne était la somme de toutes les dépenses d'énergie pour toutes les activités pendant les loisirs, exprimée en kilocalories dépensées par kilogramme de poids par jour (K/K/J). Une DE de 3 K/K/J ou plus signalait des loisirs actifs; de 1,5 à 2,9, des loisirs modérément actifs; et de moins de 1,5, des loisirs passifs²³.

On a mesuré l'*abus d'alcool* en demandant aux répondants le nombre de fois au cours de l'année écoulée où ils avaient consommé cinq verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion. Ceux qui ont répondu « 12 fois ou plus » ont été classés parmi les buveurs abusant de l'alcool.

Le *poids* a été défini selon l'indice de masse corporelle (IMC), lequel est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres. L'IMC n'est pas calculé pour les femmes enceintes. Les répondants ont été classés en deux catégories : obèses (IMC de 30 ou plus) et non obèses (IMC de moins de 30).

La mesure du *sentiment de contrôle* a été faite en demandant aux répondants d'indiquer, sur une échelle de cinq points allant de « tout à fait d'accord » (cote de 0) à « entièrement en désaccord » (cote de 4), ce qu'ils pensaient des énoncés suivants :

- 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 malmené(e) dans la vie.
- Ce que votre avenir renferme dépend surtout de vous-même (cote inversée).
- Vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire (cote inversée).

Les réponses ont été additionnées (fourchette de 0 à 28), les cotes plus élevées témoignant d'un plus grand contrôle (coefficient alpha de Cronbach = 0,76).

Quatre questions à réponses « oui/non » ont servi à mesurer le soutien affectif perçu :

- Avez-vous un confident ou une confidente, c'est-à-dire quelqu'un à qui vous pouvez parler de vos sentiments ou préoccupations intimes?
- Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise?
- Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter pour des conseils lorsque vous devez prendre des décisions personnelles importantes?
- Connaissez-vous quelqu'un qui vous donne le sentiment d'être aimé(e) et choyé(e)?

Les réponses affirmatives ont été additionnées (fourchette de 0 à 4), les cotes plus élevées témoignant d'un plus grand soutien affectif perçu. Les répondants ont été considérés comme ayant un faible soutien affectif s'ils avaient répondu « oui » à au moins une des quatre questions.

La *détresse psychologique* a été établie à partir des réponses aux questions suivantes : Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) :

- ... si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire?
- ... nerveux(se)?
- ... agité(e) ou ne tenant pas en place?
- ... désespéré(e)?
- ... bon(ne) à rien?
- ... que tout était un effort?

Pour chaque question, il y avait cinq choix de réponses : tout le temps (cote 4), la plupart du temps (3), parfois (2), rarement (1) ou jamais (0). Les réponses ont été cotées puis additionnées; la fourchette possible allait de 0 à 24, une cote plus élevée signalant davantage de stress (coefficient alpha de Cronbach = 0,77). Pour les analyses longitudinales, la différence dans les cotes du stress a été calculée ainsi : cote de 2000-2001 moins cote de 1994-1995.

Pour déterminer la présence de *problèmes de santé chroniques*, on a demandé aux répondants si certains problèmes de santé de longue durée, c'est-à-dire qui persistent ou qui devraient persister six mois ou plus, avaient été diagnostiqués chez eux par un professionnel de la santé. L'intervieweur lisait ensuite une liste de problèmes de santé. Les problèmes retenus pour les besoins de la présente analyse étaient les suivants : asthme, arthrite ou rhumatisme, maux de dos (à l'exclusion de l'arthrite), hypertension, migraines, bronchite chronique ou emphysème, diabète, maladie cardiaque, cancer et ulcères à l'estomac ou à l'intestin. Les répondants ont été classés dans deux catégories, selon qu'ils ne manifestaient aucun de ces problèmes ou qu'ils en manifestaient au moins un en 1994-1995. Pour les besoins des analyses longitudinales, l'incidence de chaque problème a été déterminée sur une période de six ans. Les répondants ont été classés dans la catégorie de ceux qui avaient au moins un nouveau problème de santé chronique si, en 2000-2001, ils ont signalé au moins un problème de la liste qu'ils n'avaient pas signalé en 1994-1995.

Le stress engendre le stress

Le stress se produit rarement de manière isolée et, dans certains cas, le stress éprouvé dans un contexte peut être une source de stress dans un autre¹⁸. Par exemple, des problèmes au travail peuvent entraîner des tensions à la maison qui, à leur tour, peuvent exacerber les problèmes au travail. La « prolifération des agents stressants », s'entend de l'apparition et de la progression du stress dans tous les aspects de la vie^{16,18,25}.

Des corrélations allant de modestes à appréciables ont été observées entre les diverses sources de stress mesuré dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995. Les femmes semblaient particulièrement vulnérables à la « prolifération du stress ».

En outre, la présence de stress en 1994-1995 était associée à la présence de stress six ans plus tard. De plus, chez les hommes comme chez les femmes, les traumatismes subis dans l'enfance étaient associés à des tensions chroniques et à de récents événements négatifs de la vie, ce qui laisse penser que le stress qui s'est manifesté des décennies plus tôt peut avoir des répercussions à long terme.

Corrélations entre les sources du stress, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Hommes	Femmes
Corrélations transversales, 1994-1995		
Récents événements négatifs de la vie		
x tensions chroniques	0,38	0,43
Récents événements négatifs de la vie		
x traumatismes subis dans l'enfance	0,31	0,34
Tensions chroniques x traumatismes subis dans l'enfance	0,30	0,37
Corrélations longitudinales, 1994-1995 à 2000-2001		
Récents événements négatifs de la vie, 1994-1995		
x récents événements négatifs de la vie, 2000-2001	0,25	0,27
x tensions chroniques, 2000-2001	0,25	0,26
Tensions chroniques, 1994-1995		
x récents événements négatifs de la vie, 2000-2001	0,22	0,27
x tensions chroniques, 2000-2001	0,37	0,49
Traumatismes subis dans l'enfance, 1994-1995		
x récents événements négatifs de la vie, 2000-2001	0,20	0,25
x tensions chroniques, 2000-2001	0,18	0,29

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995; échantillon longitudinal, fichier santé (extrême), 1994-1995 à 2000-2001

grande valeur prédictive pour les problèmes de santé^{18, 26-28}. Les événements négatifs de la vie sont habituellement mesurés sur une période de référence fixe; dans le cas de l'ENSP, il s'agit d'une période d'un an.

Les tensions chroniques, quant à elles, ne sont pas attribuables à des événements particuliers. Souvent, il est impossible d'en déterminer clairement le début; elles se manifestent de façon subtile et persistante^{19,29}. Elles sont parfois associées aux rôles sociaux^{18,25}, par exemple le fait d'être dans une relation, d'être un parent ou de travailler. Elles peuvent également découler de l'absence d'une situation souhaitée, par exemple quelqu'un qui souhaite un partenaire mais ne réussit pas à en trouver²². Une autre catégorie de tensions chroniques a trait aux circonstances ambiantes, par exemple les contraintes de temps, les difficultés financières et les problèmes environnementaux^{25,29}.

Les traumatismes subis dans l'enfance, notamment le divorce des parents ou la consommation de drogues de la part des parents, même s'ils se sont produits il y a de nombreuses années, peuvent avoir des effets persistants³⁰.

Une expérience courante

Un nombre important de Canadiens et de Canadiennes éprouvent du stress. Selon l'ESCC de 2000-2001, 26 % des personnes de 18 ans et plus estimaient que leur vie était « assez stressante » ou « extrêmement stressante » et 40 %, qu'elle était « un peu stressante » (graphique 1).

Selon les données de l'ENSP de 1994-1995, les formes les plus courantes du stress étaient les tensions chroniques, et particulièrement le fait d'essayer d'entreprendre trop de choses en même temps, réponse qui a été donnée par 44 % des adultes (tableau 1, graphique 2). Les problèmes financiers touchaient 38 % des répondants et 31 % estimaient que les autres avaient trop d'attentes à leur égard. Une personne sur cinq (21 %) aurait aimé déménager, mais estimait que cela était impossible.

Parmi les personnes qui avaient été mariées antérieurement ou qui n'avaient jamais été mariées, le tiers signalait avoir des difficultés à trouver un partenaire compatible; de plus, 30 % des personnes

Tableau 1

Pourcentage de la population à domicile âgée de 18 ans et plus ayant déclaré du stress, selon la source du stress et le sexe, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
		%	
Récents événements négatifs de la vie (au cours des 12 derniers mois)			
Vous/un membre de votre famille avez éprouvé de graves difficultés financières	13,3	12,0	14,6*
Vous/votre conjoint(e) avez été rétrogradé(e) ou subi une baisse de salaire	11,7	12,4*	11,0
Disputes de plus en plus fréquentes avec votre conjoint(e) [†]	8,7	7,1	10,1*
Vous avez été bénéficiaire de l'aide du Bien-être social	6,4	5,9	6,9
Un enfant est revenu habiter à la maison [‡]	5,3	4,9	5,6
Vous/votre conjoint(e) avez changé d'emploi pour un autre qui s'est avéré pire	5,1	5,8*	4,5
Vous/un proche avez été battu ou agressé physiquement	5,0	5,1	5,0
Membre de votre famille avez échoué à l'école ou à un programme de formation	4,6	4,6	4,6
Vous/un membre de votre famille avez subi un avortement ou une fausse couche	2,8	2,0	3,5*
Vous/un membre de votre famille êtes devenue enceinte sans l'avoir désiré	2,0	1,5	2,4*
Tensions chroniques			
Stress personnel			
Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps	43,8	41,1	46,3*
Les autres attendent trop de votre part	31,3	29,1	33,3*
Vous ressentez trop de pression pour être comme les autres	16,0	15,0	16,9*
Votre travail à la maison n'est pas apprécié	12,7	8,7	16,3*
Les gens sont trop critiques à votre égard	11,8	11,7	11,9
Difficultés financières			
Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin	38,2	40,1*	36,5
Problèmes dans les relations			
Vous trouvez qu'il est très difficile de trouver quelqu'un/une avec qui vous êtes compatibles [§]	32,8	35,7*	30,4
Votre conjoint(e) ne vous comprend pas [†]	13,8	11,7	15,8*
Votre conjoint(e) ne vous témoigne pas assez d'affection [†]	12,2	9,9	14,5*
Votre conjoint(e) n'est pas suffisamment engagé(e) dans votre relation [†]	6,0	5,0	7,0*
Problèmes avec un enfant[§]			
Le comportement d'un de vos enfants vous inquiète sérieusement	29,6	29,5	29,7
Un de vos enfants semble très malheureux	16,3	14,1	18,1*
Problèmes environnementaux			
Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas	20,6	20,6	20,5
L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué	9,8	9,6	10,1
Vos amis ont une mauvaise influence sur vous	3,5	5,0*	2,1
Santé des membres de la famille			
Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue	14,0	12,4	15,4*
Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir	11,4	10,3	12,3*
Traumatismes subis dans l'enfance			
Il vous est arrivé quelque chose qui vous a effrayé(e) à tel point que vous y avez pensé pendant des années	22,0	18,5	25,1*
Vous avez passé deux semaines ou plus à l'hôpital	15,7	16,4	15,1
Votre père ou votre mère buvait ou consommait de la drogue si souvent que cela causait des problèmes à la famille	14,5	13,4	15,4*
Votre père ou votre mère n'a pas eu d'emploi pour une longue durée	13,4	13,2	13,6
Vos parents ont divorcé	10,7	9,9	11,5*
Vous avez été maltraité(e) physiquement par un proche	7,5	4,6	10,2*
Vous avez dû quitter la maison parce que vous aviez fait quelque chose de mal	2,5	2,7	2,4

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : D'après 6 954 répondants de sexe masculin et 8 736 répondantes de sexe féminin.

[†] Répondants mariés.

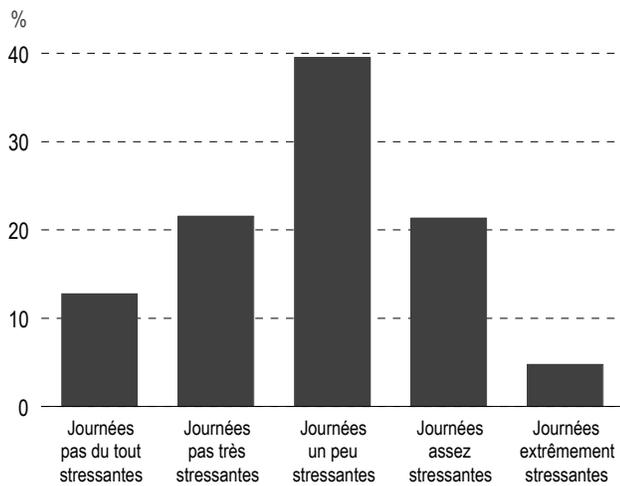
[‡] Répondants ayant des enfants.

[§] Répondants mariés antérieurement ou jamais mariés.

* Chiffres sensiblement plus élevés que les estimations pour l'autre sexe ($p < 0,05$).

Graphique 1

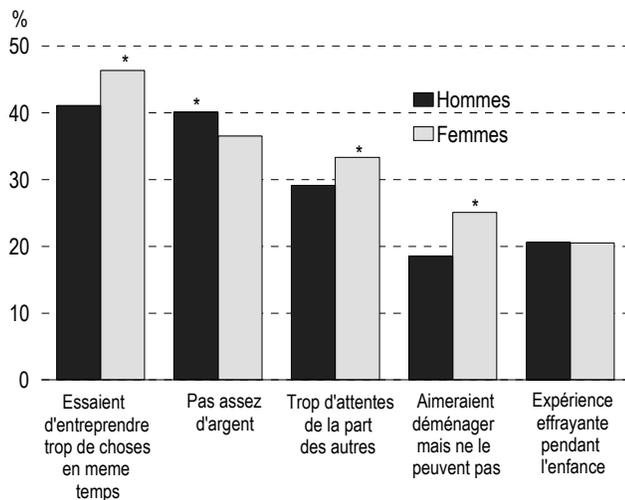
Répartition en pourcentage de la population à domicile âgée de 18 ans et plus, selon le niveau de stress quotidien, Canada, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Graphique 2

Les cinq sources de stress les plus fréquentes, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

* Chiffres sensiblement plus élevés que les estimations pour l'autre sexe ($p < 0,05$).

ayant des enfants se préoccupaient beaucoup du comportement de l'un d'entre eux.

La prévalence d'agents stresseurs plus marquants dans les catégories des récents événements négatifs de la vie et des traumatismes subis dans l'enfance

Tableau 2

Cotes liées au stress selon la source du stress et le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Stress global			
Cote moyenne	4,6	4,3	4,8*
Minimum observé	0	0	0
Maximum observé	28,7	25,7	28,7
Récents événements négatifs de la vie			
Cote moyenne	0,7	0,6	0,7*
Minimum observé	0	0	0
Maximum observé	7,8	7,8	7,8
Tensions chroniques			
Cote moyenne	3,0	2,9	3,2*
Minimum observé	0	0	0
Maximum observé	16,0	14,7	16,0
Traumatismes subis dans l'enfance			
Cote moyenne	0,9	0,8	0,9*
Minimum observé	0	0	0
Maximum observé	7,0	7,0	7,0

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : D'après 6 954 répondants de sexe masculin et 8 736 répondantes de sexe féminin.

* Cote sensiblement plus élevée que celle obtenue pour les hommes ($p < 0,05$).

était moindre. Environ 3 % des adultes ont signalé qu'au cours de la dernière année, elles-mêmes ou quelqu'un de leur famille avaient subi un avortement ou une fausse couche, et 5 % ont affirmé qu'eux-mêmes ou un proche avaient été battus ou agressés physiquement. Un grand nombre — plus de 7 % — avait été agressé physiquement par un proche pendant leur enfance.

En additionnant les divers agents stresseurs de la vie d'un adulte, on obtenait une moyenne de 4,6 en 1994-1995 (tableau 2). La fourchette était cependant assez vaste, certains répondants ne signalant aucun agent stresseur et d'autres en signalant jusqu'à 29.

Les femmes sont plus stressées

Qu'il s'agisse de récents événements négatifs de la vie, de tensions chroniques ou de traumatismes subis pendant l'enfance, les femmes étaient généralement plus susceptibles que les hommes de signaler du stress. Nul ne s'étonnera donc que les femmes obtiennent une cote moyenne plus élevée que celle des hommes quant au stress qu'elles éprouvent (4,8

Sources des données

Enquête nationale sur la santé de la population

Depuis 1994-1995, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada permet de recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population canadienne. Elle vise la population à domicile et les personnes qui vivent dans les établissements de santé des provinces et des territoires, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. La présente analyse se fonde sur des données concernant seulement les personnes vivant dans des ménages dans les 10 provinces.

En 1994-1995 (cycle 1), les données ont été recueillies au moyen de deux questionnaires, un questionnaire général et un questionnaire sur la santé. Le questionnaire général a permis de recueillir des données sociodémographiques et certaines informations de base sur la santé auprès d'un membre bien informé du ménage pour tous les membres des ménages échantillonnés. De plus, le questionnaire sur la santé a permis de recueillir d'autres renseignements approfondis sur la santé d'un membre du ménage choisi au hasard. Étant donné la nature détaillée du questionnaire sur la santé, les réponses devaient être fournies par le répondant sélectionné. Les réponses par procuration n'ont été acceptées que dans des circonstances particulières (par exemple, si un problème de santé empêchait la personne sélectionnée de fournir elle-même les renseignements demandés à son propre égard).

Au total, 20 725 ménages ont participé au premier cycle, ce qui signifie qu'au moins le questionnaire général a été rempli pour le répondant choisi au hasard, pour un taux de réponse de 88,7 %. Le taux de réponse au questionnaire sur la santé auprès des répondants sélectionnés au hasard s'est élevé à 96,1 %. Ces répondants, au nombre de 17 276, ont constitué le panel longitudinal. Les taux de réponse du panel longitudinal pour les cycles suivants ont été de 93,6 % en 1996-1997, de 88,9 % en 1998-1999 et de 84,8 % en 2000-2001. Les trois premiers cycles comptaient à la fois une composante longitudinale et une composante transversale, mais à partir de 2000-2001, pour le cycle 4, l'ENSP est devenue une enquête strictement longitudinale, et un seul questionnaire a été utilisé pour recueillir toute l'information auprès du panel longitudinal.

En 1994-1995, la majorité des entrevues ont été réalisées en personne. Pour les cycles suivants, dans la mesure où les répondants étaient capables de le faire et disposés à le faire, les entrevues ont été menées par téléphone. Des rapports déjà publiés

décrivent plus en détail le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'entrevue de l'ENSP^{31,32}.

L'échantillon transversal qui a servi aux analyses présentées ici se compose de 15 690 répondants (6 954 hommes et 8 736 femmes) de 18 ans et plus et il a été constitué à l'issue de l'ENSP de 1994-1995. Il a fallu utiliser les données de 1994-1995 pour procéder à l'analyse transversale, puisque les questions sur le stress n'ont été posées dans le cadre d'aucun des cycles subséquents pour lesquels un fichier transversal avait été produit. (Les questions sur le stress ont été reprises en 2000-2001, c'est-à-dire le cycle à l'occasion duquel l'ENSP est devenue une enquête strictement longitudinale.) Étant donné la nature subjective des questions sur le stress, on estimait qu'un autre membre du ménage ne pourrait pas y répondre avec précision. Par conséquent, 433 hommes et 168 femmes au sujet desquels les réponses au questionnaire sur la santé avaient été fournies par procuration ont été exclus des analyses.

L'enquête longitudinale se fonde sur des données concernant 10 151 répondants (4 370 hommes et 5 781 femmes) qui avaient 18 ans et plus en 1994-1995, et pour lesquels des données complètes étaient disponibles pour les cycles 1 et 4. Les répondants au sujet desquels les réponses au questionnaire sur la santé avaient été fournies par procuration en 1994-1995 ont été exclus (261 hommes et 102 femmes). Ont également été exclus les membres du panel longitudinal qui étaient décédés ou qui étaient dans un établissement de santé au moment de l'entrevue de 2000-2001 (506 hommes et 544 femmes). Par conséquent, les estimations pondérées reposant sur le fichier longitudinal sont plus faibles que les estimations reposant sur le fichier transversal de 1994-1995.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Les estimations récentes des niveaux de stress quotidien ont été établies à partir des réponses à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) que Statistique Canada a menée en 2000-2001. L'ESCC vise la population à domicile de 12 ans et plus dans toutes les provinces et dans les territoires, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'échantillon totalisait 131 535 personnes et le taux de réponse a été de 84,7 %. Les données de l'ESCC utilisées dans cet article concernent 118 105 répondants de 18 ans et plus dans les provinces et les territoires qui ont répondu à la question sur le stress quotidien.

par rapport à 4,3 chez les hommes) et que la proportion de femmes indiquant être aux prises avec 10 agents stressants ou plus soit plus élevée (graphique 3).

Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de faire part de tensions chroniques liées au stress personnel, aux relations, aux enfants et à la santé de la famille. La plupart de ces agents stressants concernaient leurs proches. À cet égard, le processus de socialisation des femmes les amènerait à être plus réceptives au bien-être d'autrui, de sorte que leur taux plus élevé de stress s'explique peut-être en partie par leur rôle de soutien émotif — ce qu'il est convenu d'appeler le « coût de la compassion »^{33,34}.

Les femmes étaient également plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir été confrontées à quatre des sept traumatismes subis dans l'enfance retenus : une expérience tellement effrayante qu'elles y ont pensé pendant des années, un parent qui avait un problème d'alcool ou de drogue, le divorce des parents et de mauvais traitements physiques.

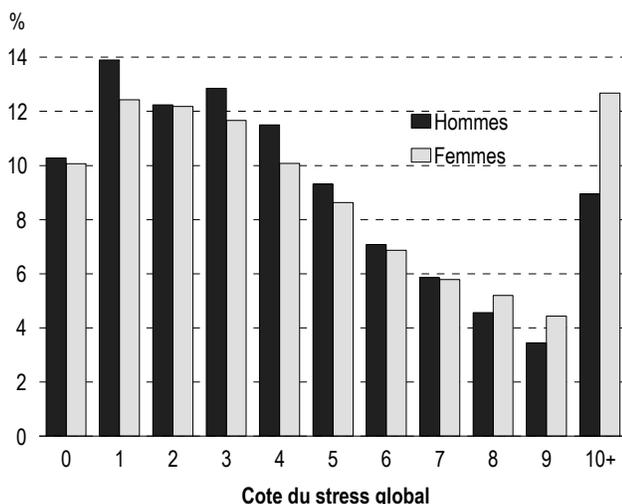
Quelques agents stressants touchaient un pourcentage plus élevé d'hommes que de femmes. Ainsi, les hommes étaient plus susceptibles de

mentionner éprouver un stress lié à l'emploi, par exemple le fait d'avoir changé d'emploi pour un autre qui s'est révélé pire, une rétrogradation ou une baisse de salaire, et le fait de ne pas avoir assez d'argent. Chez les personnes qui avaient été mariées antérieurement et chez celles qui n'avaient jamais été mariées, les hommes étaient proportionnellement plus nombreux que les femmes à éprouver de la difficulté à trouver un partenaire compatible. Et même si les nombres n'étaient pas élevés, ni chez les hommes, ni chez les femmes, les hommes étaient plus susceptibles de dire que leurs amis exerçaient une mauvaise influence.

Le stress diminue avec l'âge

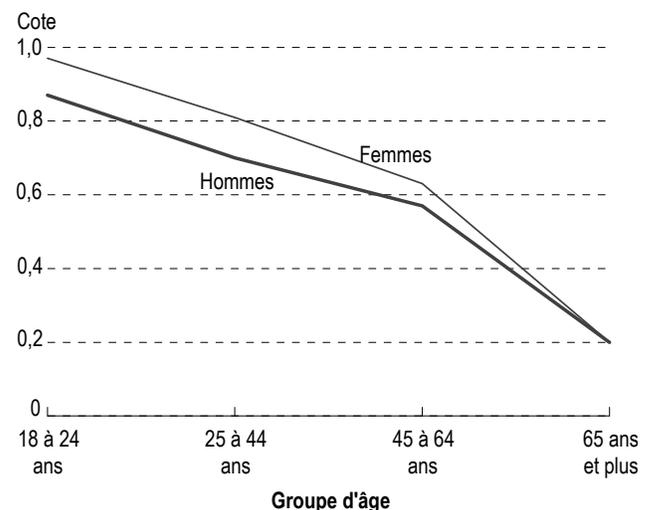
À l'instar de nombreuses études préalables^{30,34,35}, les analyses des données de l'ENSP de 1994-1995 montrent que les niveaux de stress provenant de chacune des trois sources — c'est-à-dire récents événements négatifs de la vie, tensions chroniques et traumatismes subis dans l'enfance — diminuaient avec l'âge (graphiques 4 à 6). Or, avec l'expérience

Graphique 3
Répartition en pourcentage de la population à domicile âgée de 18 ans et plus, selon les cotes liées au stress et le sexe, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Graphique 4
Cote moyenne liée aux récents événements négatifs de la vie, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : Les cotes diminuent sensiblement à mesure que l'âge augmente ($p < 0,05$, valeur rajustée pour les comparaisons multiples), à cette exception qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes de 18 à 24 ans et de 25 à 44 ans chez les femmes; les cotes des femmes sont sensiblement plus élevées que celles des hommes dans le groupe de 25 à 44 ans.

Techniques d'analyse

La prévalence du stress quotidien a été établie d'après les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001. Les données ont été pondérées de façon à représenter la population des provinces et des territoires en 2000-2001.

Des statistiques descriptives tirées du fichier transversal de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 ont été utilisées pour déterminer les niveaux de stress selon le sexe et le groupe d'âge. Les relations entre le stress et divers problèmes de santé en 1994-1995 ont été prises en considération dans une série de modèles multivariés qui tiennent compte des effets de certains facteurs dont on pense qu'ils jouent un rôle dans la relation entre le stress et la santé, soit les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, les comportements de santé et les ressources psychosociales^{10,11,16,18,20,21}. La santé mentale a été prise en considération en examinant les niveaux de détresse psychologique. Pour étudier la relation entre le stress et la santé physique, 10 problèmes de santé chroniques ont été retenus, soit asthme, arthrite, maux de dos, hypertension, migraines, bronchite chronique ou emphysème, diabète, maladie cardiaque, cancer et ulcères à l'estomac ou à l'intestin.

Le fichier longitudinal de l'ENSP a servi à l'examen des changements dans la détresse psychologique et l'incidence des problèmes de santé chroniques entre 1994-1995 et 2000-2001 par rapport au stress en 1994-1995. Chaque corrélation a été examinée dans le cadre de modèles de régression multivariés. Encore ici, les effets des facteurs dont on pense qu'ils atténuent la relation entre le stress et la santé ont été pris en considération dans ces modèles. Dans tous les modèles de régression, des mesures continues ont été utilisées pour les variables du stress, du contrôle, du soutien affectif et de la détresse psychologique^{36,37}.

Pour tester l'hypothèse de l'effet d'atténuation du soutien affectif, des modèles de régression comme celui-ci ont été utilisés :

$$S = \beta_0 + \beta_1(\text{str}) + \beta_2(\text{sap}) + \beta_3(\text{stress} \times \text{sap}) + (\text{autres variables de contrôle})$$
 où

S = résultats en matière de santé

str = stress

sap = soutien affectif perçu

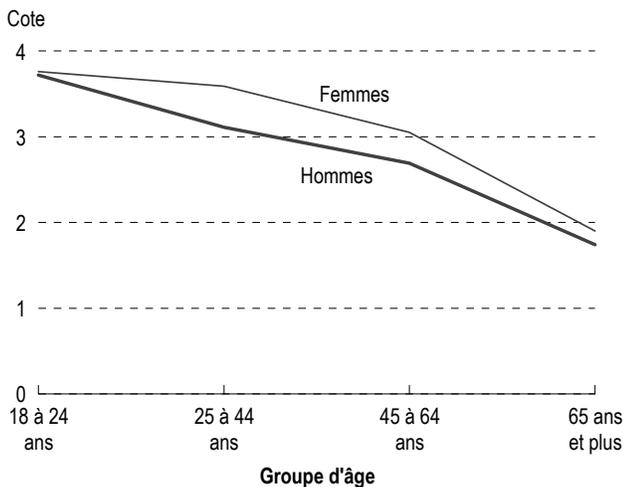
La présence d'un effet d'atténuation serait démontrée par une

interaction négative significative entre le stress et le soutien affectif. En d'autres termes, si β_3 (le coefficient de régression des produits croisés) est sensiblement inférieur à zéro, cela témoigne des bienfaits que représente le soutien affectif (du point de vue du résultat en matière de santé) pour chaque degré d'augmentation du stress. Les coefficients de régression des variables constitutives (β_1 et β_2) estiment l'effet de l'une de ces variables lorsque l'autre est zéro. Dans cet exemple, β_1 représente l'effet du stress sur les résultats en matière de santé des personnes dont le soutien affectif est zéro et β_2 , l'effet du soutien affectif des personnes dont le stress est zéro³⁸. Dans la réalité toutefois, presque personne ne manque complètement de soutien affectif ou est totalement protégé contre le stress. Par conséquent, pour les besoins de l'analyse, les variables du stress et du soutien affectif ont été centrées. La moyenne de chaque variable a été soustraite de la valeur correspondante dans chaque enregistrement individuel. Dans les données révisées, β_1 représente l'effet du stress chez les personnes qui disposent d'un soutien affectif moyen; β_2 représente l'effet du soutien affectif chez les personnes qui éprouvent un stress moyen³⁹.

Les données transversales et longitudinales de l'ENSP ont été pondérées de façon à refléter la composition sociodémographique de la population des 10 provinces en 1994-1995. On trouvera en annexe les tailles des échantillons et les répartitions pondérées de tous les facteurs qui ont été intégrés aux modèles de régression (annexe, tableaux A à E). Pour tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés à l'aide de la méthode *bootstrap*⁴⁰⁻⁴³. Tous les tests de signification ont été réalisés au moyen d'une valeur p de 0,05, qui a été jugée appropriée, car le nombre de cas de problèmes de santé chroniques, qui constituent le principal objet des analyses, était relativement faible (annexe, tableau E). Cependant, des seuils de signification de 0,01 et de 0,001 sont également montrés dans les tableaux pour indiquer les relations entre le stress et les résultats en matière de santé.

Graphique 5

Cote moyenne liée aux tensions chroniques, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995

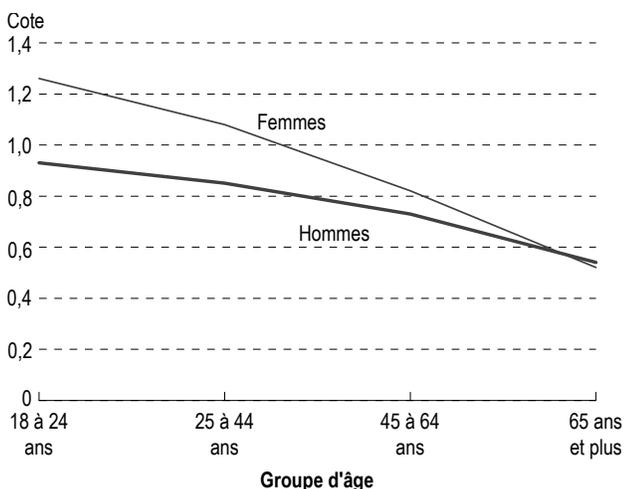


Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : Les cotes diminuent sensiblement à mesure que l'âge augmente ($p < 0,05$, valeur rajustée pour les comparaisons multiples), à cette exception qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes de 18 à 24 ans et de 25 à 44 ans chez les femmes; les cotes des femmes sont sensiblement plus élevées que celles des hommes dans les groupes de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans.

Graphique 6

Cote moyenne liée aux traumatismes subis dans l'enfance, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : Les cotes diminuent sensiblement à mesure que l'âge augmente ($p < 0,05$, valeur rajustée pour les comparaisons multiples), à cette exception qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes de 18 à 24 ans et de 25 à 44 ans chez les hommes; les cotes des femmes sont sensiblement plus élevées que celles des hommes dans les groupes de 18 à 24 ans, de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans.

et la maturité, les gens sont peut-être moins susceptibles de juger certains événements comme étant stressants. Même si la relation inverse entre l'âge et les traumatismes subis dans l'enfance peut être attribuable à des problèmes de mémoire, elle peut aussi témoigner d'un amoindrissement des répercussions de tels événements au fil du temps. Quoi qu'il en soit, un grand nombre des situations qui se retrouvent sur les échelles du stress surviennent généralement chez les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen³⁵.

Une relation inverse avec le statut socioéconomique

Le stress a tendance à être relativement élevé chez les personnes dont le statut socioéconomique est faible^{34,44}. Ce rapport peut toutefois être atténué par la faible prévalence du stress dans les groupes d'âge plus vieux et le fait qu'un pourcentage démesuré de personnes âgées a un revenu faible et un niveau de scolarité relativement peu élevé. Même après avoir tenu compte des effets de ces variables confusionnelles possibles, on a constaté qu'en 1994-1995, les hommes et les femmes provenant de ménages dont le revenu était moindre avaient généralement mentionné des niveaux de stress plus élevés de chacune des trois sources (tableau 3). La relation entre la scolarité et le stress était moins systématique. Les diplômés du postsecondaire avaient tendance à déclarer moins de stress que les personnes dont le niveau de scolarité était moindre. Cependant, les hommes et les femmes ayant fait certaines études postsecondaires ont fait état de niveaux de stress plus élevés que les diplômés du secondaire (données non illustrées). Le fait de commencer des études collégiales ou universitaires sans les terminer peut en soi constituer une source de stress⁴⁵.

Les personnes non mariées sont, selon diverses études, plus susceptibles que les personnes mariées de signaler des événements négatifs de la vie et des tensions chroniques^{34,44}. Les analyses des données de l'ENSP donnent des résultats semblables pour les personnes mariées antérieurement (les veufs et les veuves, les personnes séparées, les personnes divorcées), mais non pour celles qui n'ont jamais

Tableau 3

Coefficients de régression exprimant la relation entre certaines caractéristiques et le stress, selon la source du stress et le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Stress global				Récents événements négatifs de la vie				Tensions chroniques				Traumatismes subis dans l'enfance			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T
Âge	-0,06*	0,004	-0,08*	0,004	-0,01*	0,001	-0,02*	0,001	-0,03*	0,003	-0,05*	0,003	-0,01*	0,001	-0,02*	0,001
Revenu du ménage																
Inférieur/moyen- inférieur	1,46*	0,197	1,34*	0,170	0,46*	0,055	0,40*	0,051	0,79*	0,135	0,74*	0,119	0,23*	0,059	0,22*	0,052
Moyen	0,47*	0,126	0,41*	0,130	0,10*	0,038	0,13*	0,037	0,36*	0,092	0,28*	0,091	0,02	0,038	0,00	0,043
Moyen-supérieur/ supérieur†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Niveau de scolarité																
Pas de diplôme d'études secondaires	0,36*	0,145	0,88*	0,159	0,01	0,040	0,03	0,047	0,26*	0,108	0,57*	0,110	0,11*	0,044	0,27*	0,049
Diplôme d'études secondaires	0,33*	0,158	0,43*	0,170	0,05	0,047	-0,03	0,047	0,22	0,119	0,38*	0,121	0,07	0,050	0,08	0,050
Études post- secondaires partielles	0,64*	0,150	0,63*	0,148	0,15*	0,045	0,05	0,039	0,39*	0,104	0,36*	0,101	0,11*	0,043	0,21*	0,046
Diplôme d'études postsecondaires†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
État matrimonial																
Marié(e)†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Marié(e) antérieurement	0,76*	0,173	0,97*	0,138	0,14*	0,046	0,07*	0,037	0,51*	0,127	0,68*	0,100	0,09	0,052	0,20*	0,042
Jamais marié(e)	0,02	0,165	-0,31	0,166	-0,09*	0,043	-0,16*	0,048	0,18	0,114	-0,06	0,114	-0,07	0,047	-0,09	0,052
Coordonnée à l'origine	6,03		7,47		1,06		1,30		3,87		4,61		1,09		1,56	
Renseignements sur le modèle																
R ²	0,10		0,12		0,07		0,07		0,08		0,09		0,02		0,06	
Taille de l'échantillon	6 872		8 669		6 886		8 687		6 889		8 684		6 884		8 680	
Répondants écartés en raison de valeurs manquantes	82		67		68		49		65		52		70		56	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : On a intégré à chaque modèle une catégorie « manquante » pour la variable du revenu du ménage, de façon à maximiser la taille de l'échantillon, mais les coefficients ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

été mariées. Les cotes qu'on associe aux personnes jamais mariées pour ce qui est des tensions chroniques étaient équivalentes à celles des personnes mariées, mais leurs cotes pour les événements négatifs récents étaient en réalité plus faibles. Cela tient peut-être au fait que beaucoup des événements négatifs de la vie concernent non seulement les répondants, mais aussi leur famille. Les personnes qui n'ont jamais été mariées, dont la famille compte moins de membres, sont peut-être moins exposées à de tels agents stressseurs.

La réaction aux agents stressseurs

La plupart des personnes qui éprouvent du stress mènent une vie normale et productive, sans que cela n'altère leur santé. Mais pour certaines, le stress est relié à des problèmes de santé mentale comme la dépression et la détresse psychologique¹⁻⁹. Le stress a également été relié à l'apparition et à la progression de maladies physiques, notamment des maladies infectieuses comme le rhume et la grippe; des maladies auto-immunes comme la polyarthrite rhumatoïde; et des maladies pouvant se révéler

mortelles comme la maladie coronarienne, le diabète insulino-dépendant, le cancer et le VIH^{10-12,46-48}.

Des études précédentes ont clairement démontré que le stress est un facteur de risque non spécifique. Il importe donc de considérer plus d'un résultat en matière de santé. Le stress peut se manifester de diverses façons, selon sa nature et les caractéristiques de la personne qui l'éprouve²⁶. La présente analyse examine divers résultats en matière de santé au moyen d'une série de modèles multivariés qui tiennent compte de l'effet de facteurs soupçonnés de jouer un rôle important dans la relation entre le stress et la santé, soit les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, les comportements de santé et les ressources psychosociales. La relation entre le stress et la santé mentale sera examinée par le biais de la détresse psychologique. Pour étudier les associations entre stress et santé physique, 10 problèmes de santé chroniques ont été retenus : asthme, arthrite ou rhumatisme, maux de dos, hypertension, migraine, bronchite chronique ou emphysème, diabète, maladie cardiaque, cancer et ulcères à l'estomac ou à l'intestin.

Le stress et la santé mentale

Pour certains, le stress peut être associé à des bouleversements affectifs¹⁻⁹. En fait, l'analyse des données de l'ENSP de 1994-1995 a montré une relation entre la détresse psychologique chez les hommes et les femmes et le degré global de stress qu'ils déclaraient (tableau 4). De plus, chaque source de stress — soit les événements négatifs de la vie, les tensions chroniques et les traumatismes subis dans l'enfance — était associée de façon indépendante à une augmentation de la détresse psychologique, même après que les facteurs démographiques et socioéconomiques, les comportements de santé et les ressources psychosociales aient été pris en considération (annexe, tableaux F et G). Les tensions chroniques jouaient le plus grand rôle lorsqu'il s'agissait d'expliquer les différences dans la détresse psychologique, peut-être parce qu'elles témoignent de problèmes prolongés non résolus^{26,49}.

Le stress signalé en 1994-1995 était associé non seulement à la détresse psychologique à ce moment-là, mais aussi à une détresse accrue en 2000-2001. Même lorsque leur niveau de détresse au début de la période était pris en considération, un événement négatif de la vie déclaré en 1994-1995 était significativement associé à une hausse de la détresse psychologique en 2000-2001 chez les hommes (annexe, tableau H). Chez les femmes, les tensions chroniques et les traumatismes subis dans l'enfance signalés en 1994-1995 présentaient une relation semblable avec la détresse psychologique à long terme (tableau I en annexe).

Le stress et la santé physique

La cote exprimant le risque de déclarer au moins l'un des 10 problèmes chroniques examinés dans le présent article était élevée chez les personnes qui, en 1994-1995, étaient aux prises avec des niveaux élevés de stress (tableaux J et K en annexe). Chez les hommes, chaque agent stressor supplémentaire représentait une hausse de 12 % de la cote exprimant le risque de signaler un problème chronique et chez les femmes, une hausse de 13 %. Chaque source de stress était indépendamment liée à la déclaration d'au moins un problème chronique. Il y avait également un lien entre le stress et la déclaration de problèmes particuliers — dans certains cas, seulement chez les hommes, dans d'autres, seulement chez les femmes, mais parfois, chez les hommes comme chez les femmes (tableau 5). Par exemple, les hommes et les femmes qui ont déclaré soit un récent événement négatif de la vie, des tensions chroniques ou un traumatisme subi dans l'enfance avaient une cote élevée exprimant le risque de déclarer aussi de l'arthrite ou du rhumatisme, des maux de dos et des migraines. De même, les hommes et les femmes dont le niveau global de stress était plus élevé avaient une plus forte cote exprimant le risque de signaler les problèmes suivants : asthme, arthrite ou rhumatisme, maux de dos, migraines, bronchite chronique ou emphysème, maladie cardiaque et ulcères à l'estomac ou à l'intestin.

Même si ces données transversales laissent penser qu'il existe peut-être un lien entre l'exposition au stress en 1994-1995 et des problèmes de santé à la

Tableau 4

Coefficients de régression exprimant la relation entre certaines caractéristiques présentes en 1994-1995 et la détresse psychologique en 1994-1995 ainsi que des changements dans la détresse psychologique en 2000-2001, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Niveau de détresse psychologique en 1994-1995				Changement dans le niveau de détresse psychologique entre 1994-1995 et 2000-2001			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T
Niveau de détresse en 1994-1995	...	...	...	...	-0,71***	0,033	-0,73***	0,026
Âge	-0,02***	0,003	-0,01***	0,003	0,00	0,005	-0,01	0,005
Revenu du ménage								
Inférieur/moyen-inférieur	0,22	0,154	0,29	0,149	0,39	0,211	0,46*	0,199
Moyen	-0,01	0,099	0,08	0,098	0,11	0,145	0,08	0,142
Moyen-supérieur/supérieur†	...	...	...	...	...	...	...	...
Niveau de scolarité								
Pas de diplôme d'études secondaires	-0,20	0,129	0,09	0,128	0,21	0,170	0,36	0,186
Diplôme d'études secondaires	-0,32**	0,123	-0,07	0,126	-0,05	0,171	0,25	0,212
Études postsecondaires partielles	-0,10	0,114	0,07	0,103	0,07	0,152	-0,23*	0,114
Diplôme d'études postsecondaires†	...	...	...	...	...	...	...	...
État matrimonial								
Marié(e)†	...	...	...	...	...	...	...	...
Marié(e) antérieurement	0,10	0,143	0,32*	0,134	-0,01	0,171	-0,18	0,151
Jamais marié(e)	0,38**	0,130	0,52***	0,142	0,01	0,169	0,02	0,168
Comportements de santé								
Usage quotidien du tabac	0,08	0,103	0,27*	0,118	0,28	0,145	0,25	0,147
Inactivité physique	0,19*	0,093	0,26**	0,080	0,05	0,108	-0,12	0,125
Abus d'alcool	0,10	0,096	0,14	0,211	-0,27	0,142	-0,18	0,245
Obésité	-0,14	0,128	-0,16	0,126	-0,34*	0,146	0,23	0,208
Ressources psychosociales								
Contrôle	-0,20***	0,015	-0,26***	0,012	-0,04*	0,018	-0,04**	0,015
Soutien affectif	-0,06	0,073	-0,29**	0,100	-0,14	0,138	0,20*	0,094
Interactions entre le stress et le soutien affectif‡								
Stress global	0,29***	0,016	0,28***	0,014	0,06*	0,024	0,10***	0,019
x soutien affectif	-0,05**	0,017	-0,07***	0,017	0,01	0,031	-0,05*	0,019
Coordonnée à l'origine	3,86		3,63		1,25		1,71	
Renseignements sur le modèle								
R ²	0,30		0,34		0,35		0,35	
Taille de l'échantillon	6 644		8 467		3 960		5 474	
Répondants écartés en raison de valeurs manquantes	310		269		410		307	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995; échantillon longitudinal, fichier santé (extrême), 1994-1995 à 2000-2001

Nota : On a intégré aux modèles des catégories « manquantes » pour les variables du revenu du ménage et de l'obésité, de façon à maximiser la taille de l'échantillon, mais les coefficients ne sont pas présentés. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « usage quotidien du tabac » est « aucun usage quotidien du tabac ».

† Catégorie de référence.

‡ Les coefficients bêta ne sont pas présentés parce que les coefficients de régression normalisés pour les termes d'interaction et les variables constitutives sont influencés par des changements dans l'origine et par conséquent, ils ne sont pas des indicateurs utiles de l'importance relative des variables dans un modèle de régression multiplicatif (voir Techniques d'analyse) (référence n° 39).

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau 5

Rapports corrigés de cotes exprimant la relation entre la source de stress et certains problèmes de santé chroniques, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Stress global		Récents événements négatifs de la vie		Tensions chroniques		Traumatismes subis dans l'enfance	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Asthme								
Hommes	1,07**	1,02 - 1,12	1,19*	1,03 - 1,37	1,08*	1,01 - 1,15	1,11	0,97 - 1,27
Femmes	1,09***	1,06 - 1,13	1,19**	1,06 - 1,33	1,09***	1,04 - 1,15	1,27***	1,17 - 1,37
Arthrite/Rhumatisme								
Hommes	1,14***	1,10 - 1,18	1,28***	1,16 - 1,42	1,15***	1,09 - 1,21	1,31***	1,19 - 1,43
Femmes	1,09***	1,06 - 1,11	1,17***	1,08 - 1,27	1,09***	1,06 - 1,13	1,24***	1,16 - 1,32
Maux de dos								
Hommes	1,11***	1,08 - 1,14	1,30***	1,19 - 1,41	1,10***	1,06 - 1,15	1,23***	1,15 - 1,33
Femmes	1,12***	1,09 - 1,14	1,26***	1,18 - 1,36	1,13***	1,09 - 1,17	1,27***	1,19 - 1,34
Hypertension								
Hommes	1,08***	1,04 - 1,13	1,24***	1,10 - 1,39	1,10***	1,04 - 1,17	1,05	0,93 - 1,18
Femmes	1,02	0,99 - 1,05	1,02	0,91 - 1,15	1,01	0,97 - 1,06	1,09*	1,00 - 1,17
Migraines								
Hommes	1,13***	1,08 - 1,17	1,31***	1,14 - 1,50	1,15***	1,08 - 1,23	1,20**	1,07 - 1,35
Femmes	1,12***	1,09 - 1,15	1,25***	1,16 - 1,34	1,13***	1,10 - 1,17	1,30***	1,21 - 1,39
Bronchite chronique/Emphysème								
Hommes	1,08**	1,03 - 1,14	1,23*	1,02 - 1,48	1,06	0,98 - 1,14	1,29**	1,10 - 1,50
Femmes	1,15***	1,11 - 1,20	1,29***	1,11 - 1,49	1,16***	1,10 - 1,21	1,48***	1,33 - 1,64
Diabète								
Hommes	1,03	0,97 - 1,10	1,05	0,82 - 1,35	1,02	0,94 - 1,10	1,12	0,94 - 1,35
Femmes	1,10***	1,05 - 1,15	1,41***	1,20 - 1,66	1,09**	1,03 - 1,16	1,20**	1,06 - 1,37
Maladie cardiaque								
Hommes	1,10***	1,04 - 1,16	1,11	0,93 - 1,33	1,09*	1,01 - 1,18	1,32***	1,13 - 1,54
Femmes	1,07**	1,03 - 1,11	1,14	0,97 - 1,34	1,06*	1,00 - 1,12	1,21**	1,07 - 1,37
Cancer								
Hommes	0,97	0,86 - 1,10	0,95	0,65 - 1,39	0,88	0,72 - 1,08	1,29*	1,04 - 1,60
Femmes	1,02	0,96 - 1,07	1,12	0,97 - 1,28	0,97	0,90 - 1,05	1,21*	1,01 - 1,44
Ulcères à l'estomac ou à l'intestin								
Hommes	1,13***	1,08 - 1,19	1,28***	1,12 - 1,47	1,16***	1,08 - 1,24	1,21**	1,06 - 1,39
Femmes	1,09***	1,05 - 1,13	1,11	0,98 - 1,26	1,10***	1,04 - 1,16	1,28***	1,16 - 1,41

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : Il s'agit des résultats de 40 modèles de régression distincts pour chaque sexe (un modèle pour chaque problème de santé chronique). Chaque régression comprend les mêmes variables de contrôle que celles qui sont indiquées dans les tableaux J et K de l'annexe. On peut se procurer sur demande les résultats complets. Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance dont la limite inférieure est de 1,00 sont significatifs.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

même époque, elles ne permettent pas de déterminer si c'est le stress qui donne lieu à la maladie physique, ou l'inverse. Cependant, les données longitudinales montrent que, dans une certaine mesure, le stress précède la maladie. Chez les hommes comme chez les femmes, le stress global en 1994-1995 était associé à l'apparition d'au moins l'un des 10 problèmes de santé en 2000-2001, même lorsqu'on tenait compte du nombre de problèmes de santé chroniques au

début de la période et d'autres facteurs d'influence possibles (tableaux L et M en annexe).

En outre, les diverses sources de stress déclarées en 1994-1995 étaient liées à l'incidence de certains problèmes chroniques particuliers au cours des six années suivantes (tableau 6). Les tensions chroniques étaient liées à une cote élevée exprimant le risque de commencer à souffrir d'arthrite ou de rhumatisme, de maux de dos, de bronchite

Tableau 6

Rapports corrigés de cotes exprimant la relation entre la source de stress en 1994-1995 et l'incidence de certains problèmes de santé chroniques en 2000-2001, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Stress global		Récents événements négatifs de la vie		Tensions chroniques		Traumatismes subis dans l'enfance	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Asthme								
Hommes	1,06	1,00 - 1,13	1,05	0,80 - 1,37	1,02	0,94 - 1,11	1,40***	1,15 - 1,71
Femmes	1,06**	1,02 - 1,11	1,02	0,88 - 1,17	1,11**	1,04 - 1,19	1,11	0,98 - 1,27
Arthrite/Rhumatisme								
Hommes	1,08**	1,03 - 1,13	1,21**	1,05 - 1,39	1,09*	1,02 - 1,17	1,14	1,00 - 1,29
Femmes	1,10***	1,06 - 1,13	1,10	0,99 - 1,22	1,11***	1,06 - 1,16	1,32***	1,19 - 1,46
Maux de dos								
Hommes	1,09***	1,04 - 1,14	1,07	0,92 - 1,24	1,11***	1,04 - 1,18	1,23**	1,09 - 1,40
Femmes	1,08***	1,04 - 1,12	1,10	0,97 - 1,26	1,08**	1,03 - 1,14	1,24***	1,14 - 1,36
Hypertension								
Hommes	1,00	0,94 - 1,06	1,02	0,81 - 1,30	1,00	0,92 - 1,09	0,98	0,84 - 1,14
Femmes	1,01	0,97 - 1,05	1,04	0,92 - 1,19	0,99	0,94 - 1,05	1,06	0,94 - 1,18
Migraines								
Hommes	1,06	0,99 - 1,14	1,01	0,77 - 1,31	1,10	1,00 - 1,21	1,10	0,92 - 1,31
Femmes	1,10***	1,06 - 1,13	1,22**	1,08 - 1,39	1,13***	1,07 - 1,18	1,12	1,00 - 1,25
Bronchite chronique/Emphysème								
Hommes	1,12*	1,00 - 1,24	1,37*	1,01 - 1,86	1,16*	1,00 - 1,35	0,97	0,75 - 1,24
Femmes	1,13***	1,05 - 1,20	1,13	0,92 - 1,37	1,19***	1,09 - 1,30	1,21	0,96 - 1,52
Diabète								
Hommes	1,05	0,97 - 1,12	1,10	0,83 - 1,44	1,01	0,91 - 1,13	1,22	0,97 - 1,54
Femmes	1,06	0,99 - 1,14	1,43***	1,18 - 1,74	1,03	0,94 - 1,13	1,08	0,86 - 1,35
Maladie cardiaque								
Hommes	1,10*	1,02 - 1,19	1,26	0,99 - 1,60	1,12*	1,02 - 1,24	1,07	0,87 - 1,30
Femmes	1,07	0,99 - 1,15	1,15	0,90 - 1,48	1,06	0,96 - 1,18	1,17*	1,00 - 1,37
Cancer								
Hommes	1,07	0,93 - 1,25	1,11	0,71 - 1,71	1,11	0,90 - 1,37	1,00	0,71 - 1,41
Femmes	1,07	0,99 - 1,15	1,20	0,92 - 1,56	1,08	0,97 - 1,19	1,10	0,86 - 1,41
Ulcères à l'estomac ou à l'intestin								
Hommes	1,13**	1,05 - 1,22	1,26*	1,00 - 1,58	1,13*	1,02 - 1,26	1,39***	1,15 - 1,67
Femmes	1,11***	1,05 - 1,18	1,18	0,96 - 1,45	1,15***	1,06 - 1,25	1,24*	1,04 - 1,48

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, fichier santé (extrême) 1994-1995 à 2000-2001

Nota : Il s'agit des résultats de 40 modèles de régression distincts pour chaque sexe (un modèle pour chaque problème de santé chronique). Chaque régression comprend les mêmes variables de contrôle que celles qui sont indiquées dans les tableaux L et M de l'annexe et se base sur les répondants qui n'avaient pas signalé le problème de référence en 1994-1995. On peut se procurer sur demande les résultats complets. Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance dont la limite inférieure est de 1,00 sont significatifs.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

chronique ou d'emphysème et d'ulcères à l'estomac ou à l'intestin chez les hommes comme chez les femmes, ainsi que de maladie cardiaque chez les hommes et d'asthme et de migraines chez les femmes. Il y avait un lien entre les traumatismes subis dans l'enfance et de nouveaux cas de maux de dos et d'ulcères à l'estomac ou à l'intestin chez les deux sexes, l'asthme chez les hommes et l'arthrite ou le rhumatisme et les maladies cardiaques chez les femmes. Les événements négatifs de la vie avaient des effets à long terme moins marqués sur la santé. Chez les hommes, ce genre de stress augmentait la cote exprimant le risque de souffrir d'arthrite ou de rhumatisme, de bronchite chronique ou d'emphysème et d'ulcères à l'estomac ou à l'intestin en 2000-2001; chez les femmes, il augmentait la cote exprimant le risque de migraines et de diabète.

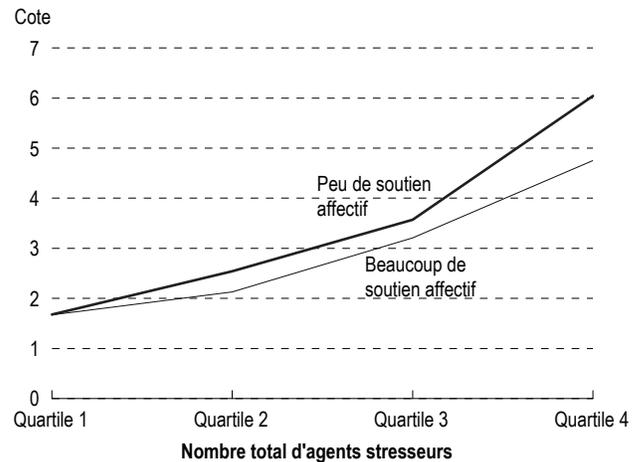
L'effet d'atténuation du soutien affectif

Le soutien affectif s'entend du sentiment selon lequel une personne est capable de se retourner vers des proches pour obtenir de l'affection, de l'aide ou des conseils^{19,21}. Selon l'hypothèse de l'effet d'atténuation, ce genre de soutien affectif amoindrirait les effets psychologiques du stress^{36,37,42,50,51}. En fait, le soutien perçu peut se révéler plus important que le soutien réellement reçu^{19,42,52-56}.

À l'instar des résultats d'études antérieures^{17,50,56-59}, les données de l'ENSP de 1994-1995 semblent indiquer que le soutien affectif soit un facteur de protection contre la détresse psychologique. Les répondants ayant déclaré moins d'agents stresseurs avaient de faibles niveaux de détresse psychologique, peu importe l'ampleur du soutien affectif qu'ils croyaient avoir (graphiques 7 et 8). Mais parmi les répondants exposés à un plus grand nombre d'agents stresseurs, les niveaux de détresse psychologique en 1994-1995 étaient moindres chez ceux qui recevaient du soutien affectif. Et à mesure que le stress augmentait, l'effet protecteur du soutien affectif s'accroissait, comme en témoigne l'interaction négative entre le stress et le soutien social chez les deux sexes (tableau 4).

Graphique 7

Cotes de la détresse psychologique, selon le soutien affectif et le nombre total d'agents stresseurs, homme âgés de 18 ans et plus, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1994-1995

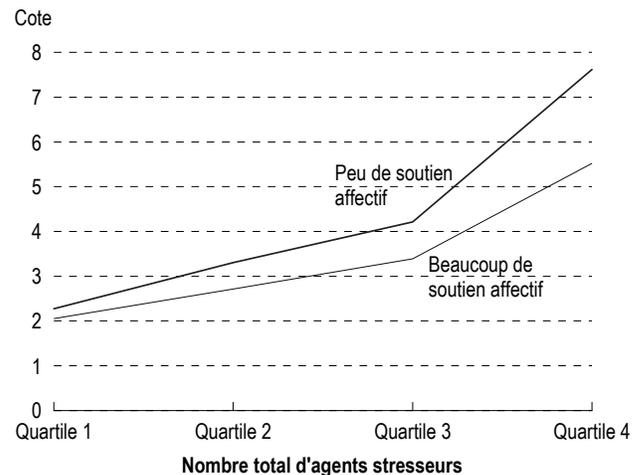


Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : Dans le quatrième quartile des agents stresseurs, chez les hommes, la détresse psychologique est plus élevée chez ceux qui ont peu de soutien affectif ($p < 0,05$).

Graphique 8

Cotes de la détresse psychologique, selon le soutien affectif et le nombre total d'agents stresseurs, femmes âgées de 18 ans et plus, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : Dans les troisième et quatrième quartiles des agents stresseurs, chez les femmes, la détresse psychologique est plus élevée chez celles qui ont peu de soutien affectif ($p < 0,05$).

Limites

Même si l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) a permis de mesurer le stress de différentes façons, les éléments qui entraient dans ces mesures n'étaient pas exhaustifs. Les taux plus faibles d'exposition au stress observés chez les personnes âgées peuvent s'expliquer par des listes de facteurs de stress où sont surreprésentées des situations plus susceptibles de toucher des personnes plus jeunes et qui omettent des événements stressants qui se produisent généralement plus tard dans la vie^{28,35}.

Il se peut que les associations apparentes entre le stress et la santé s'expliquent par le fait que le stress comme la santé sont liés à un autre facteur qui ne figurait pas dans l'analyse. Les données autodéclarées sont susceptibles de contenir un « biais d'affectivité négative », en ce sens que les personnes qui ont un tempérament pessimiste ou névrotique peuvent être enclines à signaler à la fois stress et mauvaise santé^{28,60-63}. Si l'analyse longitudinale tient compte du niveau initial de santé (le nombre de problèmes chroniques), la possibilité qu'un troisième facteur entre en jeu est réduite. Mais elle peut par ailleurs donner des estimations trop prudentes de l'association entre le stress et la santé si les problèmes de santé observés au départ étaient attribuables à un stress qui s'était manifesté antérieurement⁶⁰⁻⁶².

Certaines personnes sélectionnées pour faire partie du panel longitudinal en 1994-1995 n'ont pas répondu à l'enquête de 2000-2001, de sorte qu'elles ont été exclues de l'analyse longitudinale. Les cotes liées au stress global en 1994-1995 étaient plus élevées pour ces exclus que pour les persévérants (5,0 par rapport à 4,5). Pour compenser pour ces décrocheurs, des poids d'enquête rajustés ont été appliqués aux persévérants, bien qu'un certain biais puisse persister³¹. Les répondants qui étaient en établissement de santé ou qui étaient décédés en 2000-2001 ont été obligatoirement exclus. Leurs cotes de stress en 1994-1995 étaient relativement faibles (3,0 pour les personnes en établissement et 3,2 pour les personnes décédées), ce qui est conforme au stress moins élevé observé chez les personnes âgées.

Selon l'analyse longitudinale, rien ne démontre que le soutien affectif ait eu un effet d'atténuation par rapport à l'augmentation de la détresse psychologique chez les hommes en 2000-2001, mais un tel effet a cependant été observé chez les femmes (tableau 4). Des recherches longitudinales antérieures n'avaient en outre révélé que bien peu d'éléments pouvant témoigner de l'effet

Les répondants dont les réponses avaient été obtenues par procuration dans le cadre du questionnaire sur la santé en 1994-1995 ont été exclus (voir *Méthodes*). Il se peut que certaines associations en aient été affaiblies, car par définition, leur état de santé avait tendance à être moins bon. Les réponses par procuration ont été acceptées seulement si le répondant sélectionné ne pouvait pas répondre en raison de circonstances particulières, souvent à cause d'un problème de santé.

Les répondants dont les réponses avaient été recueillies par procuration dans le cadre du questionnaire général de 1994-1995 ont été inclus dans l'analyse. Cependant, la mesure dans laquelle ces réponses sont inexactes en raison d'erreurs de déclaration n'est pas connue. Par exemple, l'incidence des problèmes de santé chroniques a pu en être influencée⁶⁴. En fait, même les données autodéclarées au sujet des problèmes chroniques peuvent comporter certaines erreurs, puisqu'on n'a eu recours à aucune source indépendante pour vérifier si les problèmes chroniques signalés par les répondants avaient véritablement fait l'objet d'un diagnostic de la part d'un professionnel.

La plupart des entrevues de 1994-1995 ont été menées en personne; dans les cycles suivants, la plupart ont été menées par téléphone. Des différences dans les niveaux de détresse psychologique entre les cycles peuvent s'expliquer en partie par ce changement de méthode. En effet, si les questions relatives à des symptômes psychiatriques sont posées dans le cadre d'une entrevue par téléphone plutôt qu'une entrevue en personne, il se peut que le nombre problèmes signalés soit moindre⁶⁵, même si certaines études n'ont observé aucune différence significative^{66,67}.

La mesure du soutien affectif perçu repose seulement sur quatre questions appelant des réponses « oui/non ». La fourchette étroite des cotes possibles a peut-être limité les possibilités de trouver des preuves de l'effet d'atténuation du soutien affectif^{16,36,37,58,68,69}.

d'atténuation du soutien affectif sur le plan de la santé mentale au fil du temps^{1,8,9,42,57,59,70}.

Rien ne démontre non plus l'effet d'atténuation que pourrait avoir le soutien affectif par rapport à au moins un problème chronique, à court ou à long terme (tableaux J à M en annexe), selon l'analyse des données de l'ENSP, mais il semble y avoir un faible effet d'atténuation pour certains problèmes particuliers (données non présentées).

Mot de la fin

Le stress est un élément incontournable de la vie. Les situations qui le provoquent peuvent être des bouleversements importants qui nécessitent une adaptation rapide, ou il peut s'agir des soucis de la vie quotidienne qui sont des sources de frustration et de tension. Le stress peut également tirer son origine d'événements qui se sont produits il y a longtemps, mais qui ne sont pas encore résolus.

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, les agents stressés les plus fréquents étaient les tensions chroniques — essayer de faire trop de choses en même temps, ne pas avoir assez d'argent, et avoir des problèmes de relations récurrents et des problèmes avec les enfants. D'importants événements de la vie étaient également fréquents : pendant une période d'un an, un nombre substantiel de répondants avaient connu des difficultés financières, avaient été rétrogradés, avaient subi une baisse salariale ou avaient dû demander de l'assistance sociale. Et un nombre considérable d'adultes ont déclaré des traumatismes subis pendant l'enfance, par exemple le divorce des parents ou des mauvais traitements qui leur avaient été infligés par un proche.

Même si presque tous les Canadiens et les Canadiennes ont déclaré éprouver du stress, certains étaient beaucoup plus stressés que d'autres. En général, les femmes signalaient davantage de stress

et réagissaient à un plus vaste éventail d'agents stressés que les hommes. Chez les deux sexes, le stress diminue avec l'âge. Le stress a tendance à être relativement faible chez les personnes dont le niveau de revenu et de scolarité est plus élevé.

Il existe un lien entre le stress et la détresse psychologique ainsi que divers problèmes de santé à court terme, mais surtout, à long terme. Un stress élevé en 1994-1995 était associé à une augmentation de la détresse psychologique en 2000-2001 — et à une cote plutôt élevée exprimant le risque de souffrir de divers problèmes chroniques : arthrite ou rhumatisme, maux de dos, bronchite chronique ou emphysème et ulcères à l'estomac ou à l'intestin chez les deux sexes, ainsi que maladie cardiaque chez les hommes et asthme et migraines chez les femmes. On peut en déduire que, du moins dans certains cas, le stress est un précurseur d'un mauvais état de santé. Et parmi les diverses sources de stress, les tensions chroniques semblaient jouer le rôle le plus important. Un événement stressant l'année précédente avait un effet moins systématique sur les risques du répondant de tomber malade que des anxiétés et des frustrations persistantes.

Le soutien affectif peut atténuer l'association entre le stress et les bouleversements psychologiques, à court terme chez les hommes comme chez les femmes, et à plus long terme chez les femmes. Rien ne semble toutefois démontrer que le soutien affectif protège du stress et de la maladie. ●

Références

1. O.S. Dalgard, S. Bjork et K. Tambs, « Social support, negative life events and mental health », *British Journal of Psychiatry*, 166(1), 1995, p. 29-34.
2. R.R. DeMarco, « The epidemiology of major depression: implications of occurrence, recurrence, and stress in a Canadian community sample », *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(1), 2000, p. 67-74.
3. W.M. Ensel et N. Lin, « The life stress paradigm and psychological distress », *Journal of Health and Social Behavior*, 32(4), 1991, p. 321-341.
4. K.S. Kendler, R.C. Kessler, M.C. Neale et al., « The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model », *American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1993, p. 1139-1148.
5. R.C. Kessler, « The effects of stressful life events on depression », *Annual Review of Psychology*, 48, 1997, p. 191-214.
6. H.Z. Reinherz, R.M. Giaconia, A.M. Hauf et al., « Major depression in the transition to adulthood: risks and impairments », *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 1999, p. 500-510.
7. T. Riise et A. Lund, « Prognostic factors in major depression: a long-term follow-up study of 323 patients », *Journal of Affective Disorders*, 65(3), 2001, p. 297-306.
8. A.W. Williams, J.E. Ware et C.A. Donald, « A model of mental health, life events, and social supports applicable to a general population », *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 1981, p. 324-336.

9. M. Ystgaard, K. Tambs et O.S. Dalgard, « Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: a longitudinal study », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(1), 1999, p. 12-19.
10. S. Cohen et T.B. Herbert, « Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology », *Annual Review of Psychology*, 47, 1996, p. 113-142.
11. J.K. Kiecolt-Glaser, L. McGuire, T.F. Robles *et al.*, « Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 2002, p. 537-547.
12. B.S. McEwen et E. Stellar, « Stress and the individual. Mechanisms leading to disease », *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 1993, p. 2093-2101.
13. A. Steptoe [examinateur invité], « The links between stress and illness », *Journal of Psychosomatic Research*, 35(6), 1991, p. 633-644.
14. C.S. Aneshenel, « Outcomes of the stress process », *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*, publié sous la direction de A.V. Horwitz et T.L. Scheid, Cambridge University Press UK, 1999, p. 211-227.
15. L.I. Pearlin, M.A. Lieberman, E.G. Menaghan *et al.*, « The stress process », *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 1981, p. 337-356.
16. S.E. Taylor et L.G. Aspinwall, « Mediating and moderating processes in psychosocial stress: appraisal, coping, resistance, and vulnerability », *Psychological Stress, Perspective on Structure, Theory, Life-Course, and Methods*, publié sous la direction de H. Kaplan, San Diego, Academic, 1996, p. 71-110.
17. K.L. Chou et I. Chi, « Stressful life events and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators? », *International Journal of Aging and Human Development*, 52(2), 2001, p. 155-171.
18. L.I. Pearlin, « Stress and mental health: a conceptual overview », *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*, publié sous la direction de A.V. Horwitz et T.L. Scheid, Cambridge University Press UK, 1999, p. 161-175.
19. P.A. Thoits, « Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? », *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, numéro spécial, p. 53-79.
20. P.A. Thoits, « Sociological approaches to mental illness », *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*, publié sous la direction de A.V. Horwitz et T.L. Scheid, Cambridge University Press UK, 1999, p. 121-138.
21. R.J. Turner, D.A. Lloyd et P. Roszell, « Personal resources and the social distribution of depression », *American Journal of Community Psychology*, 27(5), 1999, p. 643-672.
22. B. Wheaton, « The nature of stressors », *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*, publié sous la direction de A.V. Horwitz et T.L. Scheid, Cambridge University Press UK, 1999, p. 176-197.
23. Statistique Canada, Annexe F : Variables dérivées, Enquête nationale sur la santé de la population, *Fichiers de microdonnées à grande diffusion*, 1994-1995 (n° 82F0001XCB au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1995, p. 17-20.
24. T. Stephens, C.L. Craig et B.F. Ferris, « Adult physical activity in Canada: findings from the Canada Fitness Survey », *La revue canadienne de santé publique*, 77(4), 1986, p. 285-290.
25. L.I. Pearlin, « The sociological study of stress », *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 1989, p. 241-256.
26. C.S. Aneshenel, « Social stress: Theory and research », *Annual Review of Sociology*, 18, 1992, p. 15-38.
27. D. Blazer, D. Hughes et L.K. George, « Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome », *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1987, p. 1178-1183.
28. T.B. Herbert et S. Cohen, « Measurement issues in research on psychosocial stress », *Psychological Stress, Perspective on Structure, Theory, Life-Course, and Methods*, publié sous la direction de H. Kaplan, San Diego, Academic, 1996, p. 295-332.
29. B. Wheaton, « Chronic Stress: Models and Measurement », document présenté lors du Society for Social Problems meetings, Cincinnati, Ohio, 1991.
30. R.J. Turner et D.A. Lloyd, « Lifetime traumas and mental health: the significance of cumulative adversity », *Journal of Health and Social Behavior*, 36(4), 1995, p. 360-376.
31. 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).
32. 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).
33. R.J. Turner et W.R. Avison, « Gender and depression: assessing exposure and vulnerability to life events in a chronically strained population », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(8), 1989, p. 443-455.
34. R.J. Turner, B. Wheaton et D.A. Lloyd, « The epidemiology of social stress », *American Sociological Review*, 60(1), 1995, p. 104-125.
35. L.I. Pearlin et M.M. Skaff, « Stress and the life course: a paradigmatic alliance », *The Gerontologist*, 36(2), 1996, p. 239-247.
36. S. Cohen et T.A. Wills, « Stress, social support, and the buffering hypothesis », *Psychological Bulletin*, 98(2), 1985, p. 310-357.
37. R.C. Kessler et J.D. McLeod, « Social support and mental health in community samples », *Social Support and Health*, publié sous la direction de S. Cohen et S.L. Syme, New York, Academic, 1985, p. 219-240.
38. P.D. Cleary et R.C. Kessler, « The estimation and interpretation of modifier effects », *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 1982, p. 159-169.
39. J.W. Finney, R.E. Mitchell, R.C. Cronkite *et al.*, « Methodological issues in estimating main and interactive effects: examples from coping/social support and stress field », *Journal of Health and Social Behavior*, 25(1), 1984, p. 85-98.
40. J.N.K. Rao, G.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).

41. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
42. R. Olstad, H. Sexton et A.J. Sogaard, « The Finnmark Study. A prospective population study of the social support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(12), 2001, p. 582-589.
43. 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*, Baltimore, août 1999.
44. R.J. Turner et DA. Lloyd, « The stress process and the social distribution of depression », *Journal of Health and Social Behavior*, 40(4), 1999, p. 374-404.
45. R.J. Turner et F. Marino, « Social support and social structure: a descriptive epidemiology », *Journal of Health and Social Behavior*, 35(3), 1994, p. 193-212.
46. D.C. Greenwood, K.R. Muir, C.J. Packham et al., « Coronary heart disease: a review of the role of psychosocial stress and social support », *Journal of Public Health Medicine*, 18(2), 1996, p. 221-231.
47. M. Herrmann, J. Scholmerich et R.H. Straub, « Stress and rheumatic diseases », *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 26(4), 2000, p. 737-763.
48. A. Rosengren, K. Orth-Gomer, H. Wedel et al., « Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933 », *British Medical Journal*, 307(6912), 1993, p. 1102-1105.
49. W.R. Avison et R.J. Turner, « Stressful life events and depressive symptoms: disaggregating the effects of acute stressors and chronic strains », *Journal of Health and Social Behavior*, 29(3), 1988, p. 253-264.
50. S. Cohen et H.M. Hoberma, « Positive events and social supports as buffers of life change stress », *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 1983, p. 99-125.
51. I. Kawachi et L.F. Berkman, « Social ties and mental health », *Journal of Urban Health*, 78(3), 2001, p. 458-467.
52. L.K. George, D.G. Blazer, D.C. Hughes et al., « Social support and the outcome of major depression », *British Journal of Psychiatry*, 154, 1989, p. 478-485.
53. J.S. House et R.L. Kahn, « Measures and concepts of social support », *Social Support and Health*, publié sous la direction de S. Cohen et S.L. Syme, New York, Academic, 1985, p. 83-108.
54. N. Lin, X. Ye et W.M. Ensel, « Social support and depressed mood: a structural analysis », *Journal of Health and Social Behavior*, 40(4), 1999, p. 344-359.
55. R.J. Turner, « Social support and coping », *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*, publié sous la direction de A.V. Horwitz et T.L. Scheid, Cambridge University Press UK, 1999, p. 198-210.
56. E. Wethington et RC. Kessler, « Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events », *Journal of Health and Social Behavior*, 27(1), 1986, p. 78-89.
57. S. Cohen, D.R. Sherrod et M.S. Clark, « Social skills and the stress-protective role of social support », *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 1986, p. 963-973.
58. N. Krause, « Social support, stress, and well-being among older adults », *Journal of Gerontology*, 41(4), 1986, p. 512-519.
59. R.J. Turner, « Social support as a contingency in psychological well-being », *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 1981, p. 357-367.
60. M. Frese, « Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: a longitudinal study with objective measures », *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(3), 1999, p. 179-192.
61. D.K. Ingledew, L. Hardy et C.L. Cooper, « Do resources bolster coping and does coping buffer stress? An organizational study with longitudinal aspect and control for negative affectivity », *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(2), 1997, p. 118-133.
62. S.V. Kasl, « Stress and health », *Annual Review of Public Health*, 5, 1984, p. 319-341.
63. K.S. Kendler, L.M. Karkowski et C.A. Prescott, « Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression », *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 1999, p. 837-841.
64. M. Shields, « Enquête nationale sur la santé de la population – Déclaration par procuration », *Rapports sur la santé*, 12(1), 2000, p. 23-44 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
65. R. Henson, A. Roth et C.F. Cannell, « Personal versus telephone interviews: the effects of telephone reinterviews on reporting of psychiatric symptoms », dans : *National Center for Health Services Research Report Series: Field Experiments in Health Reporting, 1971-1977*, Ann Arbor, Mich, University of Michigan, Survey Research Center, Institute for Social Research, 1977, p. 205-212.
66. C.S. Aneshensel et P.A. Yokopenic, « Tests for the comparability of a causal model of depression under two conditions of interviewing », *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(5), 1985, p. 1337-1348.
67. K.B. Wells, M.A. Burnam, B. Leake et al., « Agreement between face-to-face and telephone-administered versions of the depression section of the NIMH Diagnostic Interview Schedule », *Journal of Psychiatric Research*, 22, 1988, p. 207-220.
68. S. Cohen, R. Merelstein, T. Kamarck et al., « Measuring the functional components of social support », *Social Support: Theory, Research and Applications*, publié sous la direction de I.G. Sarason et B.R. Sarason, 1985, p. 73-94.
69. P.A. Thoits, « Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress », *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 1982, p. 145-159.
70. R.C. Kessler, K.S. Kendler, A. Heath et al., « Perceived support and adjustment to stress in a general population sample of female twins », *Psychological Medicine*, 24(2), 1994, p. 317-334.

Annexe

Tableau A

Répartition de certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Fichier transversal de 1994-1995						Fichier longitudinal					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	Taille de l'échantillon	Population estimative		Taille de l'échantillon	Population estimative		Taille de l'échantillon	Population estimative		Taille de l'échantillon	Population estimative	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%		
Total	6 954	9 742	100,0	8 736	10 598	100,0	4 370	8 988	100,0	5 781	9 788	100,0
Groupe d'âge												
18 à 24 ans	857	1 204	12,4	965	1 184	11,2	545	1 191	13,2	652	1 099	11,2
25 à 44 ans	2 977	4 511	46,3	3 591	4 708	44,4	1 960	4 380	48,7	2 478	4 609	47,1
45 à 64 ans	1 974	2 770	28,4	2 316	2 925	27,6	1 306	2 581	28,7	1 639	2 794	28,5
65 ans et plus	1 146	1 258	12,9	1 864	1 782	16,8	559	837	9,3	1 012	1 285	13,1
Revenu du ménage												
Inférieur/moyen-inférieur	1 229	1 401	14,4	2 246	2 119	20,0	674	1 146	12,8	1 343	1 775	18,1
Moyen	2 003	2 643	27,1	2 547	3 068	29,0	1 227	2 358	26,2	1 681	2 779	28,4
Moyen-supérieur/supérieur	3 441	5 219	53,6	3 589	4 948	46,7	2 284	5 038	56,1	2 541	4 824	49,3
Données manquantes	281	480	4,9	354	462	4,4	185	446	5,0	216	410	4,2
Niveau de scolarité												
Pas de diplôme d'études secondaires	2 063	2 419	24,8	2 561	2 765	26,1	1 165	2 054	22,9	1 523	2 306	23,6
Diplôme d'études secondaires	1 034	1 475	15,1	1 387	1 812	17,1	653	1 374	15,3	906	1 715	17,5
Études postsecondaires partielles	1 713	2 472	25,4	2 230	2 728	25,7	1 107	2 357	26,2	1 527	2 617	26,7
Diplôme d'études postsecondaires	2 130	3 350	34,4	2 549	3 282	31,0	1 436	3 183	35,4	1 818	3 136	32,0
Données manquantes	14	F	F	9	F	F	9	F	F	7	F	F
État matrimonial												
Marié(e)	4 246	6 604	67,8	4 824	6 734	63,5	2 785	6 200	69,0	3 296	6 427	65,7
Marié(e) antérieurement	925	821	8,4	2 318	1 987	18,8	487	612	6,8	1 438	1 720	17,6
Jamais marié(e)	1 781	2 316	23,8	1 592	1 874	17,7	1 097	2 175	24,2	1 047	1 640	16,8
Données manquantes	2	F	F	2	F	F	1	F	F	0	F	F
Usage quotidien du tabac												
Oui	2 105	2 766	28,4	2 254	2 564	24,2	1 281	2 469	27,5	1 460	2 318	23,7
Non	4 846	6 968	71,5	6 478	8 025	75,7	3 086	6 508	72,4	4 318	7 458	76,2
Données manquantes	3	F	F	4	F	F	3	F	F	3	F	F
Inactivité physique												
Oui	3 984	5 524	56,7	5 524	6 803	64,2	2 484	5 015	55,8	3 644	6 277	64,1
Non	2 941	4 180	42,9	3 191	3 766	35,5	1 866	3 938	43,8	2 125	3 495	35,7
Données manquantes	29	38 ^{E1}	0,4 ^{E1}	21	29 ^{E1}	0,3 ^{E1}	20	36 ^{E2}	0,4 ^{E2}	12	F	F
Abus d'alcool												
Oui	1 549	1 897	19,5	474	477	4,5	971	1 795	20,0	294	425	4,3
Non	5 265	7 679	78,8	8 176	10 004	94,4	3 323	7 052	78,5	5 439	9 269	94,7
Données manquantes	140	166	1,7	86	117	1,1	76	142	1,6	48	94 ^{E1}	1,0 ^{E1}
Obésité												
Oui	1 000	1 234	12,7	1 235	1 355	12,8	601	1 132	12,6	824	1 268	13,0
Non	5 920	8 448	86,7	7 185	8 819	83,2	3 745	7 793	86,7	4 743	8 122	83,0
Données manquantes/sans objet	34	60 ^{E1}	0,6 ^{E1}	316	425	4,0	24	64 ^{E1}	0,7 ^{E1}	214	398	4,1

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995; échantillon longitudinal, fichier santé (extrême), 1994-1995 à 2000-2001

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

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Tableau B

Cotes moyennes du stress et des variables du soutien psychosocial, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Fichier transversal de 1994-1995						Fichier longitudinal					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	Échan- tillon des répondants	Don- nées man- quantes	Moyenne pondérée									
Stress en 1994-1995												
Stress global	6 883	71	4,3	8 675	61	4,8	4 330	40	4,4	5 754	27	4,8
Récents événements négatifs de la vie	6 898	56	0,6	8 696	40	0,7	4 335	35	0,6	5 762	19	0,7
Tensions chroniques	6 900	54	2,9	8 690	46	3,2	4 339	31	2,9	5 760	21	3,2
Traumatismes subis dans l'enfance	6 896	58	0,8	8 689	47	0,9	4 337	33	0,8	5 759	22	0,9
Contrôle en 1994-1995	6 851	103	19,9	8 622	114	19,4	4 319	51	20,1	5 720	61	19,5
Soutien affectif en 1994-1995	6 849	105	3,7	8 654	82	3,8	4 311	59	3,7	5 740	41	3,8

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995; échantillon longitudinal, fichier santé (extrême), 1994-1995 à 2000-2001

Tableau C

Cotes moyennes de la détresse psychologique, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Hommes			Femmes		
	Échantillon des répondants	Données manquantes	Moyenne pondérée	Échantillon des répondants	Données manquantes	Moyenne pondérée
Détresse psychologique en 1994-1995	6 859	95	3,1	8 648	88	3,7
Changement dans la détresse psychologique en 2000-2001	4 063	307	-0,9	5 566	215	-1,0

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995; échantillon longitudinal, fichier santé (extrême), 1994-1995 à 2000-2001

Tableau D

Répartition de la prévalence des problèmes de santé chroniques, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Hommes			Femmes		
	Taille de l'échantillon	Population estimative		Taille de l'échantillon	Population estimative	
		milliers	%		milliers	%
Total — fichier transversal de 1994-1995	6 954	9 742	100,0	8 736	10 598	100,0
Nombre total de problèmes de santé chroniques						
Aucun	4 069	5 991	61,5	4 404	5 772	54,5
Un ou plus	2 875	3 737	38,4	4 324	4 820	45,5
Données manquantes	10	F	F	8	F	F
Asthme						
Oui	337	512	5,3	580	638	6,0
Non	6 607	9 216	94,6	8 148	9 953	93,9
Données manquantes	10	F	F	8	F	F
Arthrite ou rhumatisme						
Oui	916	1 031	10,6	1 881	1 857	17,5
Non	6 028	8 697	89,3	6 847	8 735	82,4
Données manquantes	10	F	F	8	F	F
Maux de dos						
Oui	1 141	1 484	15,2	1 422	1 611	15,2
Non	5 803	8 245	84,6	7 306	8 981	84,7
Données manquantes	10	F	F	8	F	F
Hypertension						
Oui	670	817	8,4	1 153	1 174	11,1
Non	6 274	8 912	91,5	7 575	9 417	88,9
Données manquantes	10	F	F	8	F	F
Migraines						
Oui	298	417	4,3	967	1 142	10,8
Non	6 646	9 311	95,6	7 761	9 449	89,2
Données manquantes	10	F	F	8	F	F
Bronchite chronique ou emphysème						
Oui	227	265	2,7	371	411	3,9
Non	6 717	9 463	97,1	8 357	10 180	96,1
Données manquantes	10	F	F	8	F	F
Diabète						
Oui	249	340	3,5	335	341	3,2
Non	6 695	9 389	96,4	8 393	10 250	96,7
Données manquantes	10	F	F	8	F	F
Maladie cardiaque						
Oui	365	421	4,3	458	413	3,9
Non	6 579	9 307	95,5	8 270	10 179	96,0
Données manquantes	10	F	F	8	F	F
Cancer						
Oui	93	108	1,1	219	240	2,3
Non	6 851	9 620	98,7	8 509	10 351	97,7
Données manquantes	10	F	F	8	F	F
Ulcères à l'estomac ou à l'intestin						
Oui	289	336	3,4	369	407	3,8
Non	6 655	9 393	96,4	8 359	10 184	96,1
Données manquantes	10	F	F	8	F	F

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

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

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Tableau E

Répartition de l'incidence des problèmes de santé chroniques, selon le sexe, population à domicile âgée de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Hommes			Femmes		
	Taille de l'échantillon	Population estimative		Taille de l'échantillon	Population estimative	
		milliers	%		milliers	%
Total — fichier longitudinal	4 370	8 988	100,0	5 781	9 788	100,0
Nombre total de problèmes de santé chroniques diagnostiqués entre 1994-1995 et 2000-2001						
Aucun	2 960	6 181	68,8	3 531	6 109	62,4
Un ou plus	1 372	2 729	30,4	2 210	3 619	37,0
Données manquantes	38	78 ^{E1}	0,9 ^{E1}	40	60 ^{E1}	0,6 ^{E1}
Asthme[†]						
Oui	135	295	3,5	248	416	4,5
Non	4 029	8 209	96,4	5 174	8 800	95,4
Données manquantes	5	F	F	3	F	F
Arthrite ou rhumatisme[†]						
Oui	375	739	9,1	652	1 097	13,3
Non	3 480	7 404	90,8	3 999	7 134	86,6
Données manquantes	7	F	F	7	F	F
Maux de dos[†]						
Oui	364	755	9,9	576	968	11,6
Non	3 296	6 850	90,0	4 305	7 376	88,3
Données manquantes	4	F	F	4	F	F
Hypertension[†]						
Oui	331	629	7,6	568	857	9,7
Non	3 626	7 642	92,0	4 503	7 934	90,1
Données manquantes	22	38 ^{E2}	0,5 ^{E2}	7	F	F
Migraines[†]						
Oui	127	259	3,0	351	695	8,0
Non	4 041	8 301	96,9	4 781	8 012	92,0
Données manquantes	4	F	F	3	F	F
Bronchite chronique ou emphysème[†]						
Oui	67	131	1,5	129	195	2,1
Non	4 188	8 649	98,4	5 436	9 256	97,9
Données manquantes	6	F	F	3	F	F
Diabète[†]						
Oui	124	228	2,6	149	243	2,5
Non	4 108	8 482	97,3	5 457	9 298	97,4
Données manquantes	5	F	F	4	F	F
Maladie cardiaque[†]						
Oui	174	375	4,3	196	302	3,2
Non	4 010	8 321	95,6	5 354	9 186	96,7
Données manquantes	5	F	F	7	F	F
Cancer[†]						
Oui	86	141	1,6	107	178	1,9
Non	4 235	8 767	98,3	5 548	9 414	98,0
Données manquantes	7	F	F	7	F	F
Ulcères à l'estomac ou à l'intestin[†]						
Oui	94	181	2,1	159	261	2,8
Non	4 091	8 506	97,7	5 381	9 167	97,1
Données manquantes	9	F	F	7	F	F

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, fichier santé (extrême), 1994-1995 à 2000-2001

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

† Les taux d'incidence, le nombre d'unités dans la population et le nombre d'unités dans l'échantillon pour des problèmes de santé chroniques particuliers se fondent sur les réponses des personnes qui n'avaient pas signalé le problème en 1994-1995.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Tableau F

Coefficients de régression exprimant la relation entre certaines caractéristiques et la détresse psychologique, hommes âgés de 18 ans et plus, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Récents événements négatifs de la vie		Tensions chroniques		Traumatismes subis dans l'enfance		Les trois échelles du stress		Stress global	
	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T
Âge	-0,03***	0,003	-0,02***	0,003	-0,03***	0,003	-0,02***	0,003	-0,02***	0,003
Revenu du ménage										
Inférieur/moyen-inférieur	0,26	0,160	0,34*	0,155	0,38*	0,162	0,25	0,153	0,22	0,154
Moyen	0,03	0,104	-0,01	0,098	0,06	0,103	-0,02	0,098	-0,01	0,099
Moyen-supérieur/supérieur†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Niveau de scolarité										
Pas de diplôme d'études secondaires	-0,19	0,134	-0,22	0,134	-0,24	0,132	-0,20	0,131	-0,20	0,129
Diplôme d'études secondaires	-0,31*	0,130	-0,32*	0,126	-0,32*	0,131	-0,31*	0,123	-0,32**	0,123
Études postsecondaires partielles	-0,02	0,119	-0,08	0,117	0,00	0,119	-0,10	0,114	-0,10	0,114
Diplôme d'études postsecondaires†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
État matrimonial										
Marié†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Marié antérieurement	0,18	0,149	0,09	0,143	0,20	0,146	0,09	0,141	0,10	0,143
Jamais marié	0,37**	0,134	0,31*	0,131	0,36**	0,133	0,36**	0,130	0,38**	0,130
Comportements de santé										
Usage quotidien du tabac	0,25*	0,107	0,19	0,103	0,26*	0,106	0,10	0,102	0,08	0,103
Inactivité physique	0,11	0,092	0,12	0,096	0,13	0,092	0,17	0,094	0,19*	0,093
Abus d'alcool	0,16	0,103	0,16	0,098	0,18	0,100	0,11	0,097	0,10	0,096
Obésité	-0,08	0,134	-0,12	0,125	-0,11	0,133	-0,14	0,126	-0,14	0,128
Ressources psychosociales										
Contrôle	-0,25***	0,015	-0,20***	0,015	-0,26***	0,016	-0,19***	0,015	-0,20***	0,015
Soutien affectif	-0,29***	0,074	-0,03	0,070	-0,29***	0,077	-0,03	0,068	-0,06	0,073
Interactions entre le stress et le soutien affectif†										
Récents événements négatifs de la vie x soutien affectif	0,51***	0,048					0,25***	0,050		
Tensions chroniques x soutien affectif	-0,06	0,073					0,11	0,069		
Traumatismes subis dans l'enfance x soutien affectif			0,38***	0,023			0,33***	0,023		
Stress global x soutien affectif			-0,09***	0,026			-0,10**	0,032		
Stress global x soutien affectif					0,42***	0,043	0,22***	0,044		
					-0,14*	0,058	-0,05	0,066		
									0,29***	0,016
									-0,05**	0,017
Coordonnée à l'origine	4,25		3,94		4,34		3,84		3,86	
Renseignements sur le modèle										
R ²	0,24		0,29		0,24		0,31		0,30	
Taille de l'échantillon	6 650		6 650		6 652		6 644		6 644	
Répondants écartés en raison de valeurs manquantes	304		304		302		310		310	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : On a intégré aux modèles des catégories « manquantes » pour les variables du revenu du ménage et de l'obésité, de façon à maximiser la taille de l'échantillon, mais les coefficients ne sont pas présentés. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « usage quotidien du tabac » est « aucun usage quotidien du tabac ».

† Catégorie de référence.

‡ Les coefficients bêta ne sont pas présentés parce que les coefficients de régression normalisés pour les termes d'interaction et les variables constitutives sont influencés par des changements dans l'origine et par conséquent, ils ne sont pas des indicateurs utiles de l'importance relative des variables dans un modèle de régression multiplicatif (voir Techniques d'analyse) (référence n° 39).

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau G

Coefficients de régression exprimant la relation entre certaines caractéristiques et la détresse psychologique, femmes âgées de 18 ans et plus, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Récents événements négatifs de la vie		Tensions chroniques		Traumatismes subis dans l'enfance		Les trois échelles du stress		Stress global	
	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T
Âge	-0,03***	0,003	-0,02***	0,003	-0,03***	0,003	-0,01***	0,003	-0,01***	0,003
Revenu du ménage										
Inférieur/moyen-inférieur	0,31*	0,154	0,40**	0,149	0,44**	0,161	0,29*	0,148	0,29	0,149
Moyen	0,05	0,099	0,10	0,098	0,12	0,102	0,08	0,097	0,08	0,098
Moyen-supérieur/supérieur†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Niveau de scolarité										
Pas de diplôme d'études secondaires	0,16	0,134	0,11	0,131	0,05	0,134	0,10	0,128	0,09	0,128
Diplôme d'études secondaires	-0,02	0,132	-0,09	0,128	-0,08	0,132	-0,07	0,127	-0,07	0,126
Études postsecondaires partielles	0,19	0,106	0,11	0,105	0,12	0,109	0,08	0,102	0,07	0,103
Diplôme d'études postsecondaires†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
État matrimonial										
Mariée‡	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mariée antérieurement	0,49***	0,139	0,33*	0,137	0,43**	0,138	0,32*	0,134	0,32*	0,134
Jamais mariée	0,51***	0,147	0,45**	0,143	0,45**	0,145	0,52***	0,142	0,52***	0,142
Comportements de santé										
Usage quotidien du tabac	0,54***	0,126	0,41***	0,120	0,52***	0,127	0,27*	0,118	0,27*	0,118
Inactivité physique	0,25**	0,085	0,21*	0,082	0,26**	0,084	0,26**	0,081	0,26**	0,080
Abus d'alcool	0,27	0,219	0,31	0,216	0,33	0,223	0,14	0,211	0,14	0,211
Obésité	-0,07	0,130	-0,13	0,127	-0,04	0,129	-0,16	0,126	-0,16	0,126
Ressources psychosociales										
Contrôle	-0,32***	0,013	-0,27***	0,013	-0,33***	0,013	-0,26***	0,013	-0,26***	0,012
Soutien affectif	-0,59***	0,109	-0,29***	0,099	-0,54***	0,099	-0,28**	0,098	-0,29**	0,100
Interactions entre le stress et le soutien affectif‡										
Récents événements négatifs de la vie	0,59***	0,053					0,31***	0,053		
x soutien affectif	-0,14	0,078					-0,01	0,086		
Tensions chroniques			0,36***	0,021			0,29***	0,022		
x soutien affectif			-0,10***	0,028			-0,07*	0,032		
Traumatismes subis dans l'enfance					0,46***	0,041	0,25***	0,041		
x soutien affectif					-0,26***	0,069	-0,13	0,075		
Stress global									0,28***	0,014
x soutien affectif									-0,07*	0,017
Coordonnée à l'origine	4,12		3,85		4,15		3,63		3,63	
Renseignements sur le modèle										
R ²	0,30		0,33		0,30		0,34		0,34	
Taille de l'échantillon	8 476		8 473		8 472		8 467		8 467	
Répondantes écartées en raison de valeurs manquantes	260		263		264		269		269	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : On a intégré aux modèles des catégories « manquantes » pour les variables du revenu du ménage et de l'obésité, de façon à maximiser la taille de l'échantillon, mais les coefficients ne sont pas présentés. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « usage quotidien du tabac » est « aucun usage quotidien du tabac ».

† Catégorie de référence.

‡ Les coefficients bêta ne sont pas présentés parce que les coefficients de régression normalisés pour les termes d'interaction et les variables constitutives sont influencés par des changements dans l'origine et par conséquent, ils ne sont pas des indicateurs utiles de l'importance relative des variables dans un modèle de régression multiplicatif (voir Techniques d'analyse) (référence n° 39).

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau H

Coefficients de régression exprimant la relation entre certaines caractéristiques présentes en 1994-1995 et des changements dans la détresse psychologique en 2000-2001, hommes âgés de 18 ans et plus en 1994-1995, population à domicile, Canada, territoires non compris

	Récents événements négatifs de la vie		Tensions chroniques		Traumatismes subis dans l'enfance		Les trois échelles du stress		Stress global	
	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T
Niveau de détresse en 1994-1995	-0,69***	0,031	-0,70***	0,032	-0,69***	0,032	-0,71***	0,032	-0,71***	0,033
Âge	-0,01	0,005	-0,01	0,005	-0,01	0,005	0,00	0,005	0,00	0,005
Revenu du ménage										
Inférieur/moyen-inférieur	0,38	0,210	0,40	0,213	0,39	0,209	0,38	0,210	0,39	0,211
Moyen	0,12	0,146	0,11	0,144	0,13	0,147	0,12	0,145	0,11	0,145
Moyen-supérieur/supérieur†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Niveau de scolarité										
Pas de diplôme d'études secondaires	0,23	0,168	0,21	0,170	0,21	0,170	0,21	0,170	0,21	0,170
Diplôme d'études secondaires	-0,04	0,170	-0,04	0,171	-0,04	0,170	-0,05	0,171	-0,05	0,171
Études postsecondaire partielles	0,07	0,153	0,08	0,153	0,09	0,153	0,06	0,152	0,07	0,152
Diplôme d'études postsecondaires†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
État matrimonial										
Marié†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Marié antérieurement	0,00	0,171	0,00	0,170	0,02	0,172	0,00	0,172	-0,01	0,171
Jamais marié	0,02	0,165	0,00	0,168	0,01	0,164	0,02	0,168	0,01	0,169
Comportements de santé										
Usage quotidien du tabac	0,30*	0,143	0,31*	0,142	0,31*	0,143	0,28	0,145	0,28	0,145
Inactivité physique	0,03	0,108	0,03	0,108	0,05	0,109	0,05	0,109	0,05	0,108
Abus d'alcool	-0,27	0,142	-0,27	0,142	-0,27	0,142	-0,28*	0,140	-0,27	0,142
Obésité	-0,33*	0,147	-0,33*	0,147	-0,33*	0,146	-0,33*	0,144	-0,34*	0,146
Ressources psychosociales										
Contrôle	-0,05**	0,017	-0,04*	0,018	-0,05**	0,017	-0,04*	0,018	-0,04*	0,018
Soutien affectif	-0,16	0,115	-0,13	0,140	-0,15	0,114	-0,13	0,139	-0,14	0,138
Interactions entre le stress et le soutien affectif‡										
Récents événements négatifs de la vie	0,15*	0,062					0,11	0,063		
x soutien affectif	0,09	0,085					0,11	0,080		
Tensions chroniques			0,06	0,033			0,04	0,032		
x soutien affectif			0,01	0,042			0,00	0,038		
Traumatismes subis dans l'enfance					0,11	0,059	0,07	0,059		
x soutien affectif					0,00	0,078	-0,03	0,066		
Stress global									0,06*	0,024
x soutien affectif									0,01	0,031
Coordonnée à l'origine	1,23		1,25		1,24		1,23		1,25	
Renseignements sur le modèle										
R ²	0,35		0,35		0,35		0,35		0,35	
Taille de l'échantillon	3 961		3 965		3 964		3 960		3 960	
Répondants écartés en raison de valeurs manquantes	409		405		406		410		410	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, fichier santé (extrême), 1994-1995

Nota : On a intégré aux modèles des catégories « manquantes » pour les variables du revenu du ménage et de l'obésité, de façon à maximiser la taille de l'échantillon, mais les coefficients ne sont pas présentés. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « usage quotidien du tabac » est « aucun usage quotidien du tabac ».

† Catégorie de référence.

‡ Les coefficients bêta ne sont pas présentés parce que les coefficients de régression normalisés pour les termes d'interaction et les variables constitutives sont influencés par des changements dans l'origine et par conséquent, ils ne sont pas des indicateurs utiles de l'importance relative des variables dans un modèle de régression multiplicatif (voir Techniques d'analyse) (référence n° 39).

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau I

Coefficients de régression exprimant la relation entre certaines caractéristiques présentes en 1994-1995 et des changements dans la détresse psychologique en 2000-2001, femmes âgées de 18 ans et plus en 1994-1995, population à domicile, Canada, territoires non compris

	Récents événements négatifs de la vie		Tensions chroniques		Traumatismes subis dans l'enfance		Les trois échelles du stress		Stress global	
	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T	B	E-T
Niveau de détresse en 1994-1995	-0,70***	0,025	-0,72***	0,025	-0,71***	0,025	-0,73***	0,025	-0,73***	0,026
Âge	-0,01*	0,005	-0,01	0,005	-0,01	0,005	-0,01	0,005	-0,01	0,005
Revenu du ménage										
Inférieur/moyen-inférieur	0,47*	0,203	0,49*	0,200	0,50*	0,198	0,49*	0,199	0,46*	0,199
Moyen	0,07	0,143	0,08	0,142	0,10	0,143	0,10	0,142	0,08	0,142
Moyen-supérieur/supérieur†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Niveau de scolarité										
Pas de diplôme d'études secondaires	0,38*	0,186	0,37*	0,186	0,32	0,182	0,32	0,183	0,36	0,186
Diplôme d'études secondaires	0,27	0,216	0,24	0,213	0,24	0,213	0,24	0,214	0,25	0,212
Études postsecondaires partielles	-0,18	0,115	-0,21	0,114	-0,24*	0,114	-0,25*	0,114	-0,23*	0,114
Diplôme d'études postsecondaires†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
État matrimonial										
Mariée†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mariée antérieurement	-0,14	0,151	-0,17	0,151	-0,19	0,151	-0,20	0,152	-0,18	0,151
Jamais mariée	-0,02	0,169	-0,01	0,170	0,01	0,164	0,03	0,165	0,02	0,168
Comportements de santé										
Usage quotidien du tabac	0,35*	0,148	0,31*	0,145	0,28	0,149	0,24	0,147	0,25	0,147
Inactivité physique	-0,13	0,127	-0,13	0,126	-0,11	0,124	-0,11	0,124	-0,12	0,125
Abus d'alcool	-0,10	0,245	-0,11	0,241	-0,16	0,250	-0,18	0,249	-0,18	0,245
Obésité	0,28	0,211	0,24	0,209	0,27	0,206	0,24	0,206	0,23	0,208
Ressources psychosociales										
Contrôle	-0,06***	0,015	-0,04**	0,015	-0,05***	0,015	-0,05**	0,015	-0,04**	0,015
Soutien affectif	0,04	0,106	0,20*	0,093	0,07	0,107	0,19*	0,093	0,20*	0,094
Interactions entre le stress et le soutien affectif‡										
Récents événements négatifs de la vie	0,11	0,057					0,00	0,061		
x soutien affectif	-0,09	0,087					-0,01	0,096		
Tensions chroniques			0,11***	0,026			0,09**	0,028		
x soutien affectif			-0,07*	0,028			-0,05	0,038		
Traumatismes subis dans l'enfance					0,28***	0,064	0,23***	0,068		
x soutien affectif					-0,13	0,079	-0,06	0,097		
Stress global									0,10***	0,019
x soutien affectif									-0,05*	0,019
Coordonnée à l'origine	1,78		1,76		1,74		1,71		1,71	
Renseignements sur le modèle										
R ²	0,35		0,35		0,35		0,36		0,35	
Taille de l'échantillon	5 478		5 477		5 476		5 474		5 474	
Répondantes écartées en raison de valeurs manquantes	303		304		305		307		307	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, fichier santé (extrême), 1994-1995

Nota : On a intégré aux modèles des catégories « manquantes » pour les variables du revenu du ménage et de l'obésité, de façon à maximiser la taille de l'échantillon, mais les coefficients ne sont pas présentés. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « usage quotidien du tabac » est « aucun usage quotidien du tabac ».

† Catégorie de référence.

‡ Les coefficients bêta ne sont pas présentés parce que les coefficients de régression normalisés pour les termes d'interaction et les variables constitutives sont influencés par des changements dans l'origine et par conséquent, ils ne sont pas des indicateurs utiles de l'importance relative des variables dans un modèle de régression multiplicatif (voir Techniques d'analyse) (référence n° 39).

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau J

Rapports corrigés de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques et un problème de santé chronique ou plus, hommes âgés de 18 ans et plus, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Récents événements négatifs de la vie		Tensions chroniques		Traumatismes subis dans l'enfance		Les trois échelles du stress		Stress global	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Âge	1,05***	1,04 - 1,06	1,05***	1,05 - 1,06	1,05***	1,04 - 1,06	1,05***	1,05 - 1,06	1,05***	1,05 - 1,06
Revenu du ménage										
Inférieur/moyen-inférieur	1,18	0,95 - 1,48	1,24	0,99 - 1,55	1,24	0,99 - 1,55	1,17	0,94 - 1,47	1,19	0,95 - 1,49
Moyen	0,95	0,80 - 1,13	0,95	0,80 - 1,13	0,97	0,82 - 1,15	0,94	0,79 - 1,12	0,94	0,79 - 1,12
Moyen-supérieur/supérieur†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Niveau de scolarité										
Pas de diplôme d'études secondaires	1,22*	1,02 - 1,46	1,19*	1,00 - 1,42	1,18	0,99 - 1,41	1,21*	1,02 - 1,44	1,21*	1,01 - 1,44
Diplôme d'études secondaires	1,09	0,86 - 1,37	1,07	0,84 - 1,36	1,08	0,85 - 1,36	1,08	0,85 - 1,37	1,07	0,85 - 1,36
Études postsecondaires partielles	1,44***	1,18 - 1,75	1,43***	1,18 - 1,74	1,46***	1,20 - 1,77	1,41***	1,16 - 1,71	1,41***	1,16 - 1,71
Diplôme d'études postsecondaires†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
État matrimonial										
Marié†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Marié antérieurement	0,86	0,69 - 1,07	0,84	0,68 - 1,04	0,86	0,70 - 1,07	0,83	0,67 - 1,03	0,83	0,66 - 1,03
Jamais marié	0,85	0,71 - 1,02	0,83*	0,69 - 1,00	0,85	0,71 - 1,02	0,85	0,71 - 1,01	0,84	0,70 - 1,01
Comportements de santé										
Usage quotidien du tabac	1,10	0,93 - 1,30	1,11	0,94 - 1,32	1,11	0,94 - 1,32	1,04	0,88 - 1,24	1,05	0,89 - 1,25
Inactivité physique	0,92	0,79 - 1,07	0,90	0,78 - 1,05	0,93	0,80 - 1,08	0,94	0,81 - 1,09	0,93	0,81 - 1,08
Abus d'alcool	1,14	0,94 - 1,38	1,15	0,95 - 1,40	1,14	0,94 - 1,39	1,12	0,92 - 1,37	1,13	0,93 - 1,38
Obésité	1,39**	1,14 - 1,68	1,37**	1,13 - 1,67	1,37**	1,13 - 1,66	1,36**	1,12 - 1,65	1,36**	1,12 - 1,65
Ressources psychosociales										
Contrôle	0,97**	0,96 - 0,99	0,98	0,96 - 1,00	0,97***	0,95 - 0,99	0,99	0,97 - 1,01	0,99	0,97 - 1,01
Soutien affectif	1,01	0,92 - 1,11	1,05	0,95 - 1,16	1,01	0,93 - 1,11	1,05	0,95 - 1,16	1,06	0,96 - 1,17
Interactions entre le stress et le soutien affectif										
Récents événements négatifs de la vie	1,28***	1,19 - 1,38					1,18***	1,09 - 1,28		
x soutien affectif	1,00	0,93 - 1,07					1,01	0,93 - 1,10		
Tensions chroniques			1,12***	1,09 - 1,16			1,09***	1,05 - 1,12		
x soutien affectif			1,00	0,97 - 1,03			1,01	0,97 - 1,04		
Traumatismes subis dans l'enfance					1,23***	1,15 - 1,32	1,15***	1,07 - 1,23		
x soutien affectif					0,98	0,92 - 1,04	0,98	0,91 - 1,05		
Stress global									1,12***	1,09 - 1,14
x soutien affectif									1,00	0,98 - 1,02
Renseignements sur le modèle										
Taille de l'échantillon	6 654		6 654		6 655		6 647		6 647	
Répondants ayant un problème chronique ou plus	2 745		2 742		2 742		2 739		2 739	
Répondants écartés en raison de valeurs manquantes	300		300		299		307		307	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : On a intégré aux modèles des catégories « manquantes » pour les variables du revenu du ménage et de l'obésité, de façon à maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « usage quotidien du tabac » est « aucun usage quotidien du tabac ». Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance dont la limite inférieure ou supérieure est de 1,00 sont significatifs.

† Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau K

Rapports corrigés de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques et un problème de santé chronique ou plus, femmes âgées de 18 ans et plus, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Récents événements négatifs de la vie		Tensions chroniques		Traumatismes subis dans l'enfance		Les trois échelles du stress		Stress global	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Âge	1,04***	1,04 - 1,05	1,05***	1,04 - 1,05	1,05***	1,04 - 1,05	1,05***	1,05 - 1,06	1,05***	1,05 - 1,06
Revenu du ménage										
Inférieur/moyen-inférieur	1,02	0,85 - 1,22	1,09	0,91 - 1,31	1,08	0,90 - 1,30	1,01	0,84 - 1,22	1,03	0,85 - 1,24
Moyen	0,98	0,84 - 1,14	1,00	0,86 - 1,16	1,01	0,87 - 1,17	0,99	0,85 - 1,16	0,99	0,85 - 1,15
Moyen-supérieur/supérieur†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Niveau de scolarité										
Pas de diplôme d'études secondaires	1,18	0,98 - 1,43	1,14	0,94 - 1,38	1,11	0,92 - 1,34	1,13	0,93 - 1,37	1,14	0,94 - 1,38
Diplôme d'études secondaires	0,81*	0,67 - 0,98	0,78*	0,65 - 0,94	0,79*	0,65 - 0,96	0,80*	0,66 - 0,97	0,79*	0,66 - 0,96
Études postsecondaires partielles	1,10	0,94 - 1,29	1,07	0,91 - 1,25	1,05	0,89 - 1,23	1,04	0,88 - 1,23	1,05	0,89 - 1,23
Diplôme d'études postsecondaires†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
État matrimonial										
Mariée†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Mariée antérieurement	1,21*	1,03 - 1,41	1,14	0,98 - 1,33	1,17*	1,00 - 1,36	1,13	0,96 - 1,32	1,12	0,96 - 1,31
Jamais mariée	1,04	0,85 - 1,26	1,00	0,82 - 1,22	1,02	0,84 - 1,24	1,04	0,86 - 1,28	1,03	0,85 - 1,26
Comportements de santé										
Usage quotidien du tabac	1,19*	1,03 - 1,38	1,17*	1,02 - 1,36	1,14	0,98 - 1,32	1,05	0,90 - 1,21	1,07	0,92 - 1,24
Inactivité physique	0,97	0,85 - 1,11	0,95	0,83 - 1,08	0,98	0,86 - 1,12	0,98	0,86 - 1,13	0,97	0,85 - 1,11
Abus d'alcool	1,05	0,80 - 1,38	1,09	0,83 - 1,44	1,05	0,79 - 1,39	0,97	0,73 - 1,29	1,00	0,76 - 1,33
Obésité	1,53***	1,27 - 1,83	1,51***	1,26 - 1,82	1,55***	1,29 - 1,86	1,50***	1,25 - 1,80	1,49***	1,24 - 1,80
Ressources psychosociales										
Contrôle	0,95***	0,94 - 0,97	0,96***	0,95 - 0,98	0,95***	0,94 - 0,97	0,97***	0,95 - 0,99	0,97*	0,96 - 0,99
Soutien affectif	0,95	0,86 - 1,05	1,00	0,89 - 1,13	0,96	0,86 - 1,07	1,01	0,90 - 1,13	1,03	0,91 - 1,15
Interactions entre le stress et le soutien affectif										
Récents événements négatifs de la vie	1,33***	1,24 - 1,42					1,19***	1,11 - 1,27		
x soutien affectif	0,97	0,89 - 1,04					0,99	0,91 - 1,09		
Tensions chroniques			1,13***	1,10 - 1,16			1,07***	1,04 - 1,10		
x soutien affectif			0,99	0,96 - 1,02			1,00	0,96 - 1,03		
Traumatismes subis dans l'enfance					1,35***	1,28 - 1,42	1,26***	1,20 - 1,33		
x soutien affectif					0,95	0,89 - 1,02	0,97	0,89 - 1,06		
Stress global									1,13***	1,11 - 1,15
x soutien affectif									0,99	0,97 - 1,01
Renseignements sur la modèle										
Taille de l'échantillon	8 484		8 481		8 480		8 475		8 475	
Répondantes ayant un problème chronique ou plus	4 187		4 184		4 184		4 180		4 180	
Répondantes écartées en raison de valeurs manquantes	252		255		256		261		261	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : On a intégré aux modèles des catégories « manquantes » pour les variables du revenu du ménage et de l'obésité, de façon à maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « usage quotidien du tabac » est « aucun usage quotidien du tabac ».

† Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau L

Rapports corrigés de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques présentes en 1994-1995 et l'incidence d'un problème de santé chronique ou plus en 2000-2001, hommes âgés de 18 ans et plus en 1994-1995, population à domicile, Canada, territoires non compris

	Récents événements négatifs de la vie		Tensions chroniques		Traumatismes subis dans l'enfance		Les trois échelles du stress		Stress global	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Nombre de problèmes chroniques en 1994-1995	1,08	0,98 - 1,19	1,07	0,96 - 1,18	1,07	0,97 - 1,18	1,04	0,95 - 1,15	1,05	0,95 - 1,16
Âge	1,03***	1,02 - 1,04	1,03***	1,03 - 1,04	1,03***	1,02 - 1,04	1,03***	1,03 - 1,04	1,03***	1,03 - 1,04
Revenu du ménage										
Inférieur/moyen-inférieur	1,09	0,82 - 1,44	1,11	0,84 - 1,47	1,10	0,83 - 1,45	1,09	0,82 - 1,45	1,09	0,82 - 1,44
Moyen	0,96	0,76 - 1,22	0,95	0,75 - 1,20	0,97	0,77 - 1,23	0,95	0,75 - 1,21	0,95	0,75 - 1,21
Moyen-supérieur/supérieur†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Niveau de scolarité										
Pas de diplôme d'études secondaires	1,12	0,87 - 1,44	1,10	0,85 - 1,43	1,09	0,84 - 1,42	1,10	0,85 - 1,42	1,10	0,85 - 1,43
Diplôme d'études secondaires	0,99	0,75 - 1,32	0,99	0,75 - 1,32	0,98	0,74 - 1,31	0,99	0,75 - 1,32	0,99	0,75 - 1,32
Études postsecondaires partielles	1,07	0,85 - 1,35	1,07	0,85 - 1,35	1,07	0,85 - 1,35	1,05	0,84 - 1,33	1,06	0,84 - 1,33
Diplôme d'études postsecondaires†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
État matrimonial										
Marié†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Marié antérieurement	0,78	0,59 - 1,02	0,77	0,58 - 1,00	0,77	0,58 - 1,01	0,76*	0,58 - 1,00	0,76*	0,58 - 1,00
Jamais marié	0,83	0,64 - 1,07	0,83	0,64 - 1,07	0,83	0,64 - 1,07	0,84	0,65 - 1,08	0,83	0,64 - 1,07
Comportements de santé										
Usage quotidien du tabac	1,06	0,87 - 1,30	1,07	0,88 - 1,31	1,07	0,87 - 1,30	1,03	0,84 - 1,26	1,04	0,85 - 1,27
Inactivité physique	1,04	0,86 - 1,26	1,04	0,86 - 1,26	1,06	0,87 - 1,28	1,07	0,88 - 1,29	1,06	0,87 - 1,28
Abus d'alcool	1,03	0,81 - 1,32	1,02	0,80 - 1,30	1,02	0,80 - 1,30	1,02	0,80 - 1,31	1,02	0,80 - 1,30
Obésité	1,72***	1,32 - 2,22	1,72***	1,33 - 2,23	1,71***	1,32 - 2,22	1,70***	1,31 - 2,21	1,72***	1,32 - 2,22
Ressources psychosociales										
Contrôle	0,99	0,97 - 1,02	1,00	0,98 - 1,03	0,99	0,97 - 1,02	1,00	0,98 - 1,03	1,00	0,98 - 1,03
Soutien affectif	1,01	0,90 - 1,15	1,06	0,92 - 1,21	1,01	0,89 - 1,14	1,06	0,92 - 1,21	1,05	0,92 - 1,21
Interactions entre le stress et le soutien affectif										
Récents événements négatifs de la vie	1,11*	1,00 - 1,22					1,05	0,94 - 1,16		
x soutien affectif	0,96	0,87 - 1,05					0,96	0,86 - 1,06		
Tensions chroniques			1,07*	1,02 - 1,11			1,05*	1,01 - 1,10		
x soutien affectif			0,98	0,95 - 1,02			0,98	0,94 - 1,03		
Traumatismes subis dans l'enfance					1,15***	1,06 - 1,25	1,12*	1,02 - 1,22		
x soutien affectif					1,02	0,93 - 1,12	1,06	0,95 - 1,17		
Stress global									1,06***	1,03 - 1,10
x soutien affectif									0,99	0,97 - 1,02
Renseignements sur le modèle										
Taille de l'échantillon	4 186		4 190		4 188		4 184		4 184	
Répondants ayant au moins un nouveau problème chronique	1 325		1 326		1 325		1 324		1 324	
Répondants écartés en raison de valeurs manquantes	184		180		182		186		186	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, fichier santé (extrême), 1994-1995

Nota : On a intégré aux modèles des catégories « manquantes » pour les variables du revenu du ménage et de l'obésité, de façon à maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « usage quotidien du tabac » est « aucun usage quotidien du tabac ». Les chiffres ayant été arrondis, certains intervalles de confiance dont la limite inférieure ou supérieure est de 1,00 sont significatifs.

† Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau M

Rapports corrigés de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques présentes en 1994-1995 et l'incidence d'un problème de santé chronique ou plus en 2000-2001, femmes âgées de 18 ans et plus en 1994-1995, population à domicile, Canada, territoires non compris

	Récents événements négatifs de la vie		Tensions chroniques		Traumatismes subis dans l'enfance		Les trois échelles du stress		Stress global	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Nombre de problèmes chroniques en 1994-1995	0,97	0,90 - 1,04	0,96	0,89 - 1,03	0,95	0,88 - 1,02	0,94	0,87 - 1,01	0,94	0,87 - 1,01
Âge	1,03***	1,02 - 1,03	1,03***	1,02 - 1,04	1,03***	1,02 - 1,04	1,03***	1,03 - 1,04	1,03***	1,03 - 1,04
Revenu du ménage										
Inférieur/moyen-inférieur	1,13	0,91 - 1,40	1,15	0,93 - 1,42	1,17	0,94 - 1,44	1,13	0,91 - 1,40	1,13	0,91 - 1,40
Moyen	0,91	0,76 - 1,09	0,91	0,76 - 1,09	0,93	0,78 - 1,11	0,92	0,77 - 1,10	0,91	0,76 - 1,09
Moyen-supérieur/supérieur†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Niveau de scolarité										
Pas de diplôme d'études secondaires	1,27	0,99 - 1,63	1,24	0,96 - 1,59	1,21	0,95 - 1,55	1,21	0,94 - 1,56	1,23	0,96 - 1,58
Diplôme d'études secondaires	1,01	0,80 - 1,27	0,98	0,78 - 1,24	0,99	0,78 - 1,24	0,98	0,78 - 1,24	0,98	0,78 - 1,24
Études postsecondaires partielles	1,17	0,95 - 1,44	1,14	0,93 - 1,41	1,13	0,92 - 1,39	1,11	0,91 - 1,37	1,12	0,91 - 1,38
Diplôme d'études postsecondaires†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
État matrimonial										
Mariée†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Mariée antérieurement	1,05	0,86 - 1,29	1,02	0,83 - 1,25	1,02	0,83 - 1,26	1,00	0,81 - 1,23	1,01	0,82 - 1,24
Jamais mariée	1,07	0,85 - 1,34	1,06	0,84 - 1,33	1,07	0,86 - 1,34	1,09	0,86 - 1,37	1,08	0,86 - 1,36
Comportements de santé										
Usage quotidien du tabac	1,19	1,00 - 1,42	1,16	0,97 - 1,39	1,15	0,96 - 1,38	1,10	0,91 - 1,31	1,10	0,92 - 1,32
Inactivité physique	0,89	0,77 - 1,03	0,88	0,76 - 1,02	0,90	0,77 - 1,04	0,89	0,77 - 1,03	0,89	0,77 - 1,03
Abus d'alcool	0,86	0,59 - 1,27	0,86	0,59 - 1,27	0,85	0,58 - 1,26	0,82	0,55 - 1,22	0,83	0,56 - 1,23
Obésité	1,27*	1,04 - 1,55	1,26*	1,03 - 1,54	1,28*	1,05 - 1,56	1,26*	1,03 - 1,54	1,25*	1,02 - 1,53
Ressources psychosociales										
Contrôle	0,98	0,96 - 1,00	0,99	0,97 - 1,01	0,98	0,97 - 1,00	0,99	0,98 - 1,01	1,00	0,98 - 1,02
Soutien affectif	1,06	0,93 - 1,20	1,10	0,94 - 1,28	1,05	0,92 - 1,20	1,10	0,94 - 1,28	1,11	0,95 - 1,29
Interactions entre le stress et le soutien affectif										
Récents événements négatifs de la vie	1,13***	1,05 - 1,22					1,05	0,97 - 1,14		
x soutien affectif	0,96	0,88 - 1,05					0,96	0,85 - 1,07		
Tensions chroniques			1,08***	1,05 - 1,12			1,06**	1,02 - 1,10		
x soutien affectif			0,99	0,95 - 1,02			1,00	0,96 - 1,04		
Traumatismes subis dans l'enfance					1,20***	1,13 - 1,28	1,16***	1,08 - 1,24		
x soutien affectif					0,98	0,90 - 1,06	1,01	0,91 - 1,11		
Stress global									1,08***	1,05 - 1,10
x soutien affectif									0,99	0,97 - 1,02
Renseignements sur le modèle										
Taille de l'échantillon	5 612		5 611		5 610		5 608		5 608	
Répondantes ayant au moins un nouveau problème chronique	2 152		2 152		2 152		2 151		2 151	
Répondantes écartées en raison de valeurs manquantes	169		170		171		173		173	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier santé, 1994-1995

Nota : On a intégré aux modèles des catégories « manquantes » pour les variables du revenu du ménage et de l'obésité, de façon à maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « usage quotidien du tabac » est « aucun usage quotidien du tabac ».

† Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids

Kathryn Wilkins

Résumé

Objectifs

Le présent article donne les taux d'incidence de l'arthrite d'après des données portant sur des personnes de 40 ans et plus qui ont fait l'objet d'un suivi pendant six ans. L'article examine également l'association entre le surpoids et l'arthrite en tenant compte des effets des facteurs confusionnels éventuels.

Sources des données

Les données sont tirées de la composante des ménages du cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001) et des quatre premiers cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (1994-1995 à 2000-2001), toutes deux réalisées par Statistique Canada.

Techniques d'analyse

La prévalence de l'arthrite en 2000-2001 a été estimée au moyen de données transversales; la densité de l'incidence de 1994-1995 à 2000-2001 est fondée sur des données longitudinales. La régression logistique multiple a permis d'étudier l'association entre le surpoids et l'arthrite (cas déclarés par les participants à l'enquête et diagnostiqués par un médecin), en tenant compte de l'effet de l'âge, du revenu du ménage, de l'usage du tabac, du nombre de visites chez le médecin, des activités quotidiennes qui exigent de l'effort et d'autres facteurs.

Principaux résultats

En 2000-2001, 19 % des hommes et 31 % des femmes âgés de 40 ans et plus ont déclaré qu'on avait posé chez eux le diagnostic d'arthrite. Les taux d'incidence de l'arthrite étaient de 31 et de 48 cas pour 1 000 personnes-années, respectivement, pour les hommes et les femmes. Le rapport de cotes pour l'obésité (fondé sur la taille et le poids autodéclarés) associé à un diagnostic subséquent d'arthrite était significativement élevé, s'établissant à 1,6.

Mots-clés

Incidence, prévalence, facteurs prédisposants, indice de masse corporelle, études longitudinales.

Auteure

Kathryn Wilkins (613-951-1769; Kathryn.Wilkins@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

L'arthrite est un problème de santé publique important au Canada. Elle est l'une des causes principales des douleurs chroniques et de la restriction de la mobilité, particulièrement chez les personnes âgées^{1,2}. En outre, à mesure que la population canadienne vieillit, l'augmentation rapide du nombre de personnes souffrant d'arthrite représente un fardeau croissant pour le système de soins de santé. Les arthroplasties, principalement chez les personnes atteintes d'arthrite, expliquent déjà la montée en flèche du nombre d'interventions chirurgicales et du nombre de journées d'hospitalisation³.

Divers facteurs seraient vraisemblablement à l'origine de l'arthrite, mais ses causes précises n'en restent pas moins que partiellement comprises. Selon les recherches, des facteurs génétiques, hormonaux et biomécaniques ou « phénomène d'usure » joueraient un rôle important⁴⁻¹⁵. Certains facteurs inhérents qui ne peuvent être modifiés expliqueraient une prédisposition à l'arthrite, par exemple, le fait d'être une femme et certaines caractéristiques génétiques. On peut toutefois maîtriser certaines autres

Définitions

Les données du cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ont permis de calculer les estimations de la prévalence des cas d'arthrite diagnostiqués et déclarés par les participants à l'enquête (voir *Qu'est-ce que l'arthrite?*). On a demandé aux participants à l'ESCC des renseignements sur les « problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé qui persistent ou qui devraient persister six mois ou plus ». Plus particulièrement, l'ESCC contenait la question suivante : « Souffrez-vous d'arthrite ou de rhumatisme, sauf la fibromyalgie? »

Les estimations de la densité de l'incidence de l'arthrite ainsi que les liens entre certaines caractéristiques et l'incidence de l'arthrite étaient fondés sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Comme la fibromyalgie n'était pas exclue expressément dans la question « Souffrez-vous d'arthrite ou de rhumatisme? » posée dans l'ENSP, il se peut qu'un plus grand nombre de personnes aient déclaré souffrir d'arthrite dans l'ENSP que dans l'ESCC.

Pour les estimations de la prévalence et de l'incidence de l'arthrite, l'âge a été regroupé en cinq catégories, à savoir 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 ans, 70 à 79 ans et 80 ans et plus. Dans l'analyse multivariée, l'âge a été considéré comme une variable continue.

L'indice de masse corporelle (IMC) est un indice du poids rajusté en fonction de la taille. Dans la présente analyse, l'IMC a été calculé d'après le poids et la taille autodéclarés. Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. On a défini trois catégories fondées sur les normes de l'Organisation mondiale de la santé¹⁶ : poids normal (IMC de moins de 25,0), embonpoint (IMC de 25,0 à 29,9) et obésité (IMC égal ou supérieur à 30,0). Les femmes enceintes ont été exclues des calculs.

Quatre groupes de *revenu du ménage* ont été définis, d'après la taille du ménage et le revenu total provenant de toutes les sources durant les 12 mois qui ont précédé l'entrevue; ces groupes n'ont pas été rajustés pour tenir compte des différences régionales sur le plan du coût de la vie.

Groupe du revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 ou 2	Moins de 15 000 \$
	3 ou 4	Moins de 20 000 \$
	5 ou plus	Moins de 30 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou plus	80 000 \$ et plus

On a demandé aux participants des renseignements sur leur consommation de cigarettes passée et actuelle afin de déterminer la catégorie d'*usage du tabac*, soit fumeurs (quotidiens ou occasionnels), anciens fumeurs ou personnes n'ayant jamais fumé.

Le niveau d'activité physique durant les loisirs est basé sur la dépense énergétique cumulative totale (DE). La DE a été calculée d'après la fréquence et la durée déclarées des activités physiques durant les loisirs au cours des

trois mois qui ont précédé l'entrevue du premier cycle et d'après la demande d'énergie métabolique de chaque activité^{17,18}. On a défini deux catégories, à savoir celle des personnes actives durant leurs loisirs (au moins 3,0 kilocalories par kilogramme par jour), moyennement actives (une valeur entre 1,5 et 2,9 kilocalories par kilogramme par jour) ou inactives (moins de 1,5 kilocalorie par kilogramme par jour).

Le *levage quotidien d'objets* a été évalué selon la réponse à la question suivante : « Si l'on pense aux trois derniers mois, lequel des énoncés suivants décrit le mieux vos activités quotidiennes ou habitudes de travail? ». On a considéré comme soulevant quotidiennement des objets la personne qui a répondu « Oui » à « Levez ou transportez habituellement des objets légers » ou à « Faites du travail forçant/portez des objets très lourds ».

Le nombre de *visites chez le médecin* durant l'année écoulée a été déterminé en demandant aux participants à l'enquête combien de fois ils ont consulté un médecin, c'est-à-dire un omnipraticien, un médecin de famille ou un autre spécialiste. On a établi deux catégories, à savoir 0 à 6 et 7 et plus (tranche supérieure de 20 % de la distribution pondérée en 1994-1995).

La *détresse psychologique* a été évaluée au moyen d'une échelle à cinq points (tout le temps = 4, la plupart du temps = 3, parfois = 2, pas souvent = 1, jamais = 0) selon les réponses à la question suivante : « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) :

- si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire?
- nerveux(se)?
- agité(e) ou ne tenant en place?
- désespéré(e)?
- bon(ne) à rien?
- à quelle fréquence avez-vous senti que tout était un effort? »

Les scores pouvaient varier de 0 à 24, un score plus élevé indiquant une détresse plus forte. Pour les totalisations bidimensionnelles, on a dichotomisé les scores obtenus pour la détresse psychologique : les valeurs de 0 à 5 indiquent un faible niveau de détresse et les scores de 6 et plus (le décile supérieur de la distribution pondérée en 1994-1995), un niveau de détresse élevé. Dans l'analyse multivariée, la détresse psychologique a été considérée comme une variable continue.

Pour déterminer dans quelle mesure les femmes suivaient une *hormonothérapie substitutive*, on a posé à toutes les femmes âgées de 30 ans et plus la question suivante : « Au cours du dernier mois, avez-vous pris des hormones pour le traitement de la ménopause ou des symptômes de vieillissement? » et « Quand avez-vous commencé cette hormonothérapie? ». Pour l'analyse bivariée, on a utilisé trois catégories, à savoir aucune, moins de cinq années et cinq années et plus. Pour l'analyse multivariée, on a regroupé les réponses en deux catégories, soit aucune ou moins de cinq années, et cinq années et plus.

On a considéré comme des réponses par procuration pour des raisons de commodité celles aux questions de la composante générale de l'ENSP (qui contenait des questions sur les problèmes de santé chroniques) qui ont été recueillies auprès d'une autre personne que celle sélectionnée pour faire partie de l'échantillon longitudinal, tandis que celles aux questions dans le questionnaire sur la santé l'ont été auprès de la personne sélectionnée pour faire partie de l'échantillon longitudinal. On peut donc conclure que les déclarations par procuration pour la composante générale tenaient probablement à une question de commodité pour l'intervieweur plutôt qu'à la non-disponibilité de la personne sélectionnée pour faire partie de l'échantillon longitudinal.

caractéristiques. Le meilleur moyen de prévenir l'arthrite, c'est de mieux comprendre le rôle des facteurs de risque reconnus actuellement et qui peuvent être modifiés, dont le plus important est l'obésité.

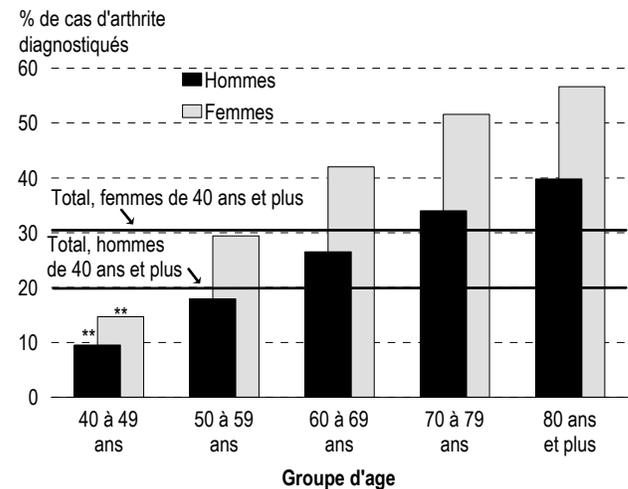
Le présent article donne des estimations de la prévalence et de l'incidence des cas d'arthrite diagnostiqués par les médecins et déclarés par les participants à l'enquête dans la population à domicile du Canada âgée de 40 ans et plus (voir *Définitions*). La prévalence a été estimée à l'aide de données transversales fondées sur la population tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 (ESCC). La disponibilité de données longitudinales sur un panel de personnes suivies au fil du temps dans l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée tous les deux ans a permis d'établir des estimations de la densité de l'incidence durant la période allant de 1994-1995 à 2000-2001. L'analyse détermine également dans quelle mesure l'embonpoint et l'obésité contribuent au risque de souffrir d'arthrite (voir *Techniques d'analyse, Sources des données et Limites*). Certains travaux de recherche ont révélé que le rapport entre le surpoids et l'arthrite diffère quelque peu selon le sexe, vraisemblablement en raison de différences hormonales ou de différence sur le plan de la tolérance aux facteurs de stress biomécaniques¹⁹. Par conséquent, les hommes et les femmes ont ici été examinés séparément.

Plus forte prévalence chez les femmes

En 2000-2001, 19 % des hommes et 31 % des femmes âgés de 40 ans et plus ont déclaré qu'on avait posé chez eux le diagnostic d'arthrite. La prévalence de l'arthrite augmentait avec l'âge; à 80 ans et plus, 40 % des hommes et 57 % des femmes en étaient atteints (graphique 1). Ces taux de prévalence sont conformes, bien que légèrement inférieurs, aux estimations globales selon l'âge des cas d'arthrite autodéclarés aux États-Unis²⁰.

Comme dans le cas de la prévalence, l'incidence de l'arthrite était plus élevée chez les femmes que chez les hommes et elle était étroitement liée à l'âge (graphique 2). Les taux de densité de l'incidence ont été estimés à 31 et 48 nouveaux cas d'arthrite pour

Graphique 1
Prévalence des cas d'arthrite diagnostiqués déclarés par les participants à l'enquête, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 40 ans et plus, Canada, 2000-2001

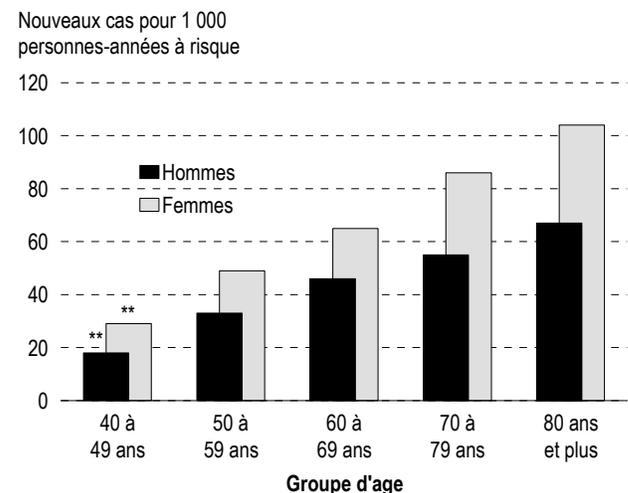


Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Nota : Dans chaque groupe d'âge, les estimations pour les hommes et les femmes diffèrent significativement ($p < 0,01$).

** Valeur significativement différente de celle des autres groupes d'âge pour un même sexe ($p < 0,01$).

Graphique 2
Densité de l'incidence des cas d'arthrite diagnostiqués déclarés par les participants à l'enquête, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 40 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2000-2001



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 à 2000-2001.

Nota : Dans chaque groupe, à l'exception de 80 ans et plus, les estimations pour les hommes et les femmes diffèrent significativement ($p < 0,01$).

** Valeur significativement différente de celle des autres groupes d'âge pour un même sexe ($p < 0,01$).

Techniques d'analyse

On a calculé la densité de l'incidence — une mesure du nombre de cas accumulés par personnes-années à risque — pour estimer l'incidence de l'arthrite^{21,22}. Cette mesure permet d'établir l'état morbide déclaré des participants à chaque cycle de l'enquête. Le numérateur de la densité de l'incidence de l'arthrite était le nombre de nouveaux cas accumulés et le dénominateur était le nombre de personnes-années contribuées par la population à risque au cours de la période de suivi. Les taux sont exprimés sous forme de cas pour 1 000 personnes-années à risque.

Pour le calcul de la densité de l'incidence, on a produit jusqu'à trois enregistrements par personne, c'est-à-dire un pour chaque intervalle de deux ans (1994-1995 à 1996-1997, 1996-1997 à 1998-1999 et 1998-1999 à 2000-2001). Pour chacun de ces intervalles, on a produit un enregistrement si la personne avait au moins 40 ans et ne souffrait pas d'arthrite au début de la période et qu'on disposait de l'information sur l'arthrite à la fin de la période de deux ans.

Pour le numérateur, on a défini un cas nouveau d'arthrite comme étant la déclaration du diagnostic de la maladie au deuxième, troisième ou quatrième cycle de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) par une personne ayant déclaré ne pas souffrir de la maladie lors du cycle précédent (voir le tableau). Si l'on suppose que l'arthrite est un problème de santé permanent, chaque participant à l'enquête ne peut contribuer au plus qu'un nouveau cas. En tout, 1 162 personnes ont déclaré un nouveau diagnostic d'arthrite lors du deuxième, troisième ou quatrième cycle de l'enquête.

Personnes ne souffrant pas d'arthrite au début de l'intervalle qui ont déclaré un diagnostic d'arthrite à la fin de l'intervalle, par intervalle de deux ans, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2000-2001

	Cycles 1 à 2 (1994-1995 à 1996-1997)	Cycles 2 à 3 (1996-1997 à 1998-1999)	Cycles 3 à 4 (1998-1999 à 2000-2001)
Pas d'arthrite au début de l'intervalle	4 787	4 696	4 521
Arthrite à la fin de l'intervalle	356	317	489

Pour le dénominateur, lors des deuxième, troisième et quatrième cycles, les participants à l'enquête ont contribué deux personnes-années « à risque » chaque fois qu'ils ont déclaré ne pas souffrir d'arthrite. Donc, sur les trois intervalles de deux ans observés, le maximum de temps à risque pouvant être accumulé par un participant à l'enquête est égal à six personnes-années. Si l'on suppose que les nouveaux cas d'arthrite sont répartis uniformément sur l'intervalle de deux ans observé entre les entrevues, chaque personne déclarant un nouveau cas d'arthrite contribue une personne-année au dénominateur pour le cycle en question. Par exemple, une personne qui a déclaré lors des premier et deuxième cycles qu'elle ne souffrait pas d'arthrite, puis qui, au troisième cycle, a déclaré qu'elle en faisait, contribue un

cas au numérateur et trois personnes-années de temps de suivi au dénominateur, c'est-à-dire deux années entre les premier et deuxième cycles et une année entre les deuxième et troisième cycles.

Pour calculer la densité de l'incidence, on divise le nombre pondéré de cas déclarés sur la période de six années observées par le nombre total pondéré de personnes-années de suivi (c.-à-d. d'années « à risque ») et l'on multiplie le résultat par 1 000.

Pour les analyses bivariées et multivariées de l'incidence de l'arthrite en fonction des caractéristiques des personnes interrogées, les valeurs des caractéristiques des participants à l'enquête (comme l'indice de masse corporelle) sont celles déclarées au début de chaque période de deux ans; on a supposé que les caractéristiques ne variaient pas sur la période observée. Par exemple, la valeur de l'indice de masse corporelle utilisée pour l'intervalle de 1994-1995 à 1996-1997 est celle déclarée lors du cycle de 1994-1995, sans tenir compte de toute différence de valeur en 1996-1997. Enfin, l'analyse examine les facteurs de risque associés à l'incidence de l'arthrite lors de chaque période de deux ans; les unités d'analyse sont les enregistrements, plutôt que les personnes.

Une analyse par régression logistique a permis d'examiner l'influence de l'embonpoint et de l'obésité sur l'incidence de l'arthrite, tout en tenant compte des effets d'autres facteurs de risque. On a utilisé l'analyse par régression logistique multiple pour estimer les rapports de cotes et les intervalles de confiance de 95 %. Les variables indépendantes primaires reflétaient les niveaux de l'IMC. On a choisi les variables indépendantes supplémentaires intégrées aux modèles multivariés selon les résultats de la documentation ainsi que leur disponibilité dans l'ENSP; ces variables ont tenu compte des effets de l'âge, du revenu du ménage, de l'usage du tabac, du levage quotidien d'objets, du nombre de visites chez le médecin durant l'année écoulée, de la détresse psychologique et de l'usage de l'hormonothérapie substitutive (femmes). Même si on a cerné l'activité physique comme facteur de risque dans le cas de l'ostéoarthritis, pour éviter la multicollinéarité, on ne l'a pas incluse dans les modèles dans lesquels le levage quotidien d'objets était inclus. Dans le cas tant des hommes que des femmes, le taux d'incidence était légèrement, mais significativement, plus élevé chez les participants à l'enquête pour lesquels des renseignements sur une arthrite diagnostiquée ont été fournis au moyen d'une autodéclaration plutôt que d'une réponse par procuration (données non présentées). Par conséquent, on a inclus dans les modèles multivariés une variable reflétant une réponse par procuration ou une autodéclaration²³. Toutefois, l'inclusion de cette variable n'a pas eu d'effet sur les valeurs des rapports de cotes pour les variables indépendantes reflétant l'indice de masse corporelle.

On a utilisé la méthode *bootstrap*, qui tient compte des effets du plan d'échantillonnage, pour calculer les estimations de la variance des taux de prévalence et d'incidence²⁴⁻²⁶.

1 000 personnes-années, respectivement, pour les hommes et les femmes (tableau 1).

Tableau 1
Densité de l'incidence des cas d'arthrite diagnostiqués déclarés par les participants, selon le sexe et certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 40 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2000-2001

	Taux de densité de l'incidence	
	Hommes	Femmes
	Nouveaux cas pour 1 000 personnes-années à risque	
Total	31[†]	48
Indice de masse corporelle (IMC)		
Poids normal (IMC < 25,0) [‡]	28	41
Embonpoint (IMC 25,0 à 29,9)	30	55*
Obèse (IMC ≥ 30,0)	39	63*
Groupe d'âge		
40 à 49 ans [‡]	18	29
50 à 59 ans	33*	49*
60 à 69 ans	46*	65*
70 à 79 ans	55*	86*
80 ans et plus	67* ^{E2}	104* ^{E1}
Revenu du ménage		
Inférieur	34	78*
Moyen-inférieur	44*	49*
Moyen-supérieur	29	45*
Supérieur [‡]	23 ^{E1}	31
Usage du tabac		
Fumeur/ancien fumeur	33*	51
N'ayant jamais fumé [‡]	23	46
Loisirs		
Actif	26	46
Moyennement actif	29	43
Inactif [‡]	31	51
Levage quotidien d'objets		
Non [‡]	30	48
Oui	29	48
Visites chez le médecin durant l'année écoulée		
0 à 6 [‡]	27	43
7 et plus	63*	80*
Détresse psychologique		
Faible [‡]	27	46
Élevée	53*	62*
Années d'hormonothérapie substitutive		
Aucune [‡]	...	47
Moins de 5 années	...	52 ^{E1}
5 années et plus	...	65 ^{E1}

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 à 2000-2001.

[†] Valeur significativement différente de l'estimation pour les femmes ($p < 0,05$).

[‡] Catégorie de référence.

^{E1} Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

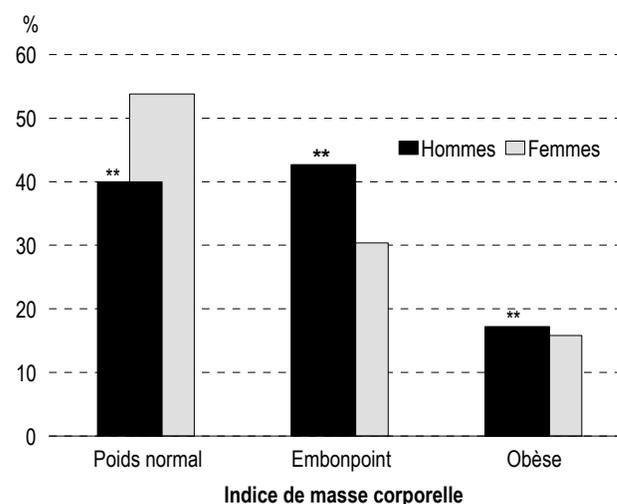
^{E2} Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

* Valeur significativement différente de l'estimation selon le sexe pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Selon une étude effectuée aux États-Unis, les taux plus élevés d'arthrite chez les femmes pourraient être liés à la prévalence plus élevée de l'obésité chez les femmes²⁷. Toutefois, cette explication ne s'applique pas au Canada, où l'embonpoint et l'obésité sont plus prévalents chez les hommes (graphique 3).

Graphique 3
Répartition en pourcentage de l'indice de masse corporelle, selon le sexe, population à domicile âgée de 40 ans et plus, Canada, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001.

* Valeur significativement différente de celle observée pour les femmes ($p < 0,01$).

Lien avec l'obésité

Les taux de diagnostic d'arthrite étaient plus élevés chez les femmes qui faisaient de l'embonpoint ou qui étaient obèses que chez celles ayant un poids normal (graphique 4). Dans le cas des hommes, les différences entre les taux d'incidence de l'arthrite selon l'IMC ont affiché la même tendance mais n'étaient pas statistiquement significatives.

Toutefois, lorsqu'on a tenu compte des effets d'autres facteurs qui entrent en ligne de compte, on a constaté des associations entre le poids corporel excédentaire et l'incidence de l'arthrite chez les hommes et chez les femmes. Dans le cas tant des hommes que des femmes obèses, le risque d'un diagnostic d'arthrite était de près de 60 % plus élevé

Sources des données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Les estimations de la prévalence de l'arthrite sont fondées sur des autodéclarations de cas diagnostiqués tirées du cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada. La collecte des données pour le cycle 1.1 a commencé en septembre 2000 et s'est échelonnée sur 14 mois. L'ESCC couvre la population à domicile de 12 ans et plus des provinces et des territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées.

La principale base de sondage utilisée pour l'ESCC est la base aréolaire conçue pour l'Enquête sur la population active. Les logements ont été sélectionnés dans la base aréolaire selon un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. On a commencé par dresser la liste des logements, puis on a sélectionné un échantillon de logements d'après cette liste. La majeure partie (83 %) de l'échantillon de ménages provenait de la base aréolaire et des personnes ont été sélectionnées au hasard dans les ménages ainsi sélectionnés pour participer à une interview sur place. Dans certaines régions sociosanitaires, on a aussi utilisé la méthode de composition aléatoire (CA) et (ou) une liste de numéros de téléphone. Les personnes faisant partie des bases de sondage téléphonique, qui représentaient les 17 % restants de l'échantillon, ont été interviewées par téléphone.

Dans 82 % environ des ménages sélectionnés à partir de la base aréolaire, on a sélectionné au hasard une personne; dans les autres, on a sélectionné au hasard deux personnes. Le taux de réponse a été de 84,7 %. Pour le cycle 1.1, la taille de l'échantillon était de 131 535 personnes. L'échantillon utilisé pour la présente analyse compte 74 602 personnes de 40 ans et plus des 10 provinces. Des renseignements plus détaillés sur le plan de sondage de l'ESCC figurent dans un rapport déjà publié au sujet de l'enquête²⁸.

Enquête nationale sur la santé de la population : L'analyse portant sur l'incidence de l'arthrite se fonde sur les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) qui est réalisée tous les deux ans. L'ENSP couvre la population à domicile et les personnes qui résident 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 comprend une composante longitudinale et une composante transversale.

Pour la population à domicile sur laquelle porte l'ENSP, les données individuelles sont classées dans deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. On a recueilli dans le Fichier général

des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de tous les membres des ménages participants. Le Fichier santé comprend des renseignements supplémentaires détaillés sur la santé d'un membre d'un ménage participant sélectionné au hasard, ainsi que les données du Fichier général sur cette personne.

Parmi les membres des ménages formant la composante longitudinale, la personne qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé était, pour chaque ménage, la personne qui avait été sélectionnée au hasard à l'occasion du premier cycle et, en général, la personne ayant fourni des renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général au moment des cycles subséquents.

En 1994-1995, les données de l'ENSP ont été recueillies auprès d'un échantillon de 20 725 ménages. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée était âgée de 20 ans et plus. Le taux de réponse aux questions détaillées sur la santé était de 96,1 %, soit 17 626 participants. À partir du quatrième cycle, réalisé en 2000-2001, l'ENSP est devenue strictement longitudinale. Des renseignements plus détaillés sur le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP figurent dans des rapports déjà publiés au sujet de l'enquête^{29,30}.

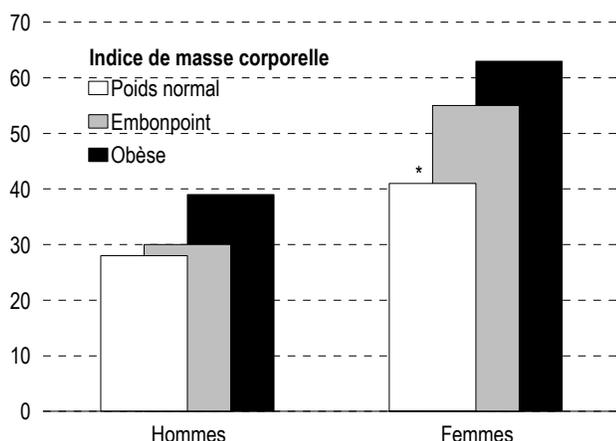
Pour les besoins de la présente analyse, on s'est servi des données du fichier-maître carré longitudinal du quatrième cycle de l'ENSP réalisé en 2000-2001. Ce fichier contient les enregistrements pour tous les membres du panel longitudinal ($n = 17\ 276$), qu'ils aient ou non fourni des renseignements lors des quatre cycles (autrement dit, les personnes sélectionnées pour faire partie du panel longitudinal pour lesquelles des renseignements figurent dans le Fichier général du premier cycle). Cette analyse est fondée sur les données recueillies auprès des participants qui étaient âgés de 40 ans et plus lors des premier, deuxième ou troisième cycles, qui ont déclaré lors du premier cycle qu'on n'avait pas posé chez eux un diagnostic d'arthrite et qui ont répondu lors de cycles consécutifs d'une manière logique à la question sur l'arthrite.

Au premier cycle, 5 746 participants au total étaient âgés de 40 ans et plus et ont déclaré qu'on n'avait pas posé chez eux le diagnostic d'arthrite. On a supprimé de ce fichier 435 enregistrements comportant des réponses incohérentes fournies lors des quatre cycles concernant le diagnostic d'arthrite (non, oui, oui, non, par exemple). En outre, 524 autres enregistrements n'étaient pas utilisables en raison de données manquantes sur l'arthrite; dans la plupart des cas, la personne avait refusé de participer à l'enquête ou bien le participant était décédé avant la tenue du deuxième cycle.

Graphique 4

Densité de l'incidence des cas d'arthrite diagnostiqués déclarés par les participants, selon le sexe et l'indice de masse corporelle, population à domicile âgée de 40 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2000-2001

Nouveaux cas pour 1 000 personnes-années à risque



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 à 2000-2001.

* Valeur significativement différente des estimations pour les autres catégories de l'IMC ($p < 0,05$).

que le risque correspondant pour les personnes de poids normal (tableau 2). Dans le cas des femmes faisant de l'embonpoint, le risque d'être atteintes d'arthrite était de 30 % plus élevé, comparativement aux femmes ayant un poids normal. Le rapport de cotes plus élevé pour les hommes présentant un surpoids n'était pas statistiquement significatif.

Selon l'analyse, le risque de souffrir d'arthrite associé à l'obésité serait tout aussi important chez les hommes que chez les femmes, comme en témoignent les résultats de certaines recherches antérieures^{27,31}. Toutefois, selon d'autres études, le risque de souffrir d'arthrite est plus élevé chez les femmes obèses que chez les hommes obèses^{19,32}.

Autres facteurs importants

Outre son association avec l'obésité, l'incidence de l'arthrite était associée à d'autres caractéristiques. Le risque d'arthrite augmentait avec l'âge; chez les hommes comme chez les femmes, le risque augmentait de 4 % avec chaque année supplémentaire (données non présentées).

Tableau 2

Rapports corrigés de cotes établissant un lien entre certaines caractéristiques et l'incidence sur deux ans des cas d'arthrite diagnostiqués déclarés par les participants à l'enquête, selon le sexe, population à domicile âgée de 40 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2000-2001

	Hommes		Femmes	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Indice de masse corporelle (IMC)				
Poids normal (IMC < 25,0) [†]	1,0	...	1,0	...
Embonpoint (IMC 25,0 à 29,9)	1,3	1,0 - 1,7	1,3*	1,0 - 1,7
Obèse (IMC ≥ 30,0)	1,6*	1,1 - 2,3	1,6*	1,2 - 2,1
Âge en années[‡]				
	1,0*	1,0 - 1,0	1,0*	1,0 - 1,0
Revenu du ménage				
Inférieur	1,0	0,6 - 1,6	1,6*	1,1 - 2,4
Moyen-inférieur	1,3	0,9 - 2,0	1,2	0,8 - 1,6
Moyen-supérieur	1,1	0,7 - 1,7	1,3	0,9 - 1,8
Supérieur [†]	1,0	...	1,0	...
Usage du tabac				
Fumeur	1,2	0,8 - 1,8	1,2	0,9 - 1,6
Ancien fumeur	1,3	0,9 - 1,8	1,2	0,9 - 1,5
N'ayant jamais fumé [†]	1,0	...	1,0	...
Levage quotidien d'objets				
Non [†]	1,0	...	1,0	...
Oui	1,2	0,9 - 1,7	1,1	0,9 - 1,5
Visites chez le médecin durant l'année écoulée				
0 à 6 [†]	1,0	...	1,0	...
7 et plus	1,8*	1,2 - 2,5	1,7*	1,3 - 2,2
Détresse psychologique				
Score (faible à élevée) [†]	1,1*	1,0 - 1,1	1,0*	1,0 - 1,1
Années d'hormonothérapie substitutive				
Aucune/ Moins de 5 années [†]	1,0	...
5 années et plus	...	...	1,3	0,9 - 1,9

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages, Fichier santé longitudinal, 1994-1995 à 2000-2001.

Nota : Les modèles sont basés sur des enregistrements pour 6 479 hommes et 6 792 femmes. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne supérieure/inférieure est égale à 1,0 sont significatifs. Les variables de données manquantes pour l'indice de masse corporelle, revenu du ménage, le levage quotidien d'objets et la détresse psychologique ont été incluses dans les modèles; les rapports de cotes ne sont pas présentés. Les modèles contiennent également une variable pour tenir compte de la réponse par procuration aux questions sur l'arthrite; les rapports de cotes ne sont pas présentés.

[†] Catégorie de référence.

[‡] Traité comme une variable continue.

* ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Limites

En tout, 435 enregistrements pour lesquels le profil de réponse aux questions de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) sur l'autodéclaration d'un diagnostic d'arthrite était incohérent ont été exclus de l'analyse. On ne connaît pas les raisons de l'incohérence des réponses, mais elle pourrait être expliquée en partie par la variation des symptômes éprouvés par les personnes interrogées. En outre, 524 enregistrements n'ont pu être utilisés parce que des données manquaient. Exclure des enregistrements de l'analyse peut donner des résultats inexacts ou biaisés. Ainsi, les enregistrements écartés à cause d'un profil de réponse incohérent à la question sur le diagnostic de l'arthrite contenaient tous au moins une réponse affirmative; la mesure dans laquelle la suppression de ces enregistrements pourrait faire baisser les estimations de l'incidence dépend de la proportion de ces enregistrements reflétant un nouveau cas réel d'arthrite. Pour examiner la possibilité d'un biais qui pourrait résulter de la suppression des enregistrements présentant des réponses incohérentes ou des données manquantes, on a comparé certaines caractéristiques des personnes interrogées (voir le tableau). Bien que l'âge moyen du groupe de participants à l'enquête écartés soit plus élevé que la moyenne correspondante pour le groupe retenu, la répartition selon le sexe et l'IMC moyen ne diffère pas de façon significative.

Caractéristiques des personnes interrogées au premier cycle (1994-1995)

	Incluses (n = 4 787)	Excluses (n = 959)
Âge (moyenne)	54,0	58,1**
Femmes (%)	48,4	49,8
Indice de masse corporelle (moyenne)	25,6	25,7

**Valeur significativement différente de celle observée pour les personnes incluses ($p < 0,01$).

Afin d'augmenter la taille de l'échantillon et d'accroître le degré de précision, l'échantillon qui a été utilisé comprend tous les participants admissibles à l'étude qui ont pris part au premier cycle, et les poids d'échantillonnage utilisés sont ceux fondés sur cette population. Toutefois, comme les poids n'ont pas été corrigés pour l'érosion de l'échantillon ou d'autres suppressions, leur utilisation peut introduire un biais dans les estimations²⁹.

La définition de l'arthrite utilisée pour l'analyse est fondée sur la déclaration d'un diagnostic par la personne interrogée (voir *Définitions*); toutefois, les déclarations n'ont pas été validées d'après des dossiers cliniques et aucune donnée radiologique n'était disponible. En outre, les personnes atteintes de la maladie ne présentent pas tous des symptômes, si bien que tous les cas ne sont pas nécessairement diagnostiqués³³. La sous-estimation des cas d'arthrite produirait des estimations de la prévalence inférieure à la proportion réelle de cas dans la population.

Une réponse faussement négative (déclaration incorrecte de l'absence d'un diagnostic de la maladie) au premier cycle, suivie d'une réponse positive au cycle suivant, produirait une surestimation de l'incidence. Cette situation aurait vraisemblablement l'effet le plus important sur les données des premier et deuxième cycles de l'ENSP, à cause de la proportion relativement forte de réponses par procuration acceptées au premier cycle; on a montré que, comparativement à

l'autodéclaration, les réponses par procuration donnent lieu à une sous-estimation de la prévalence de la maladie²³. Une variable de déclaration par procuration d'un diagnostic d'arthrite a été introduite dans l'analyse multivariée pour tenir compte de ces effets éventuels.

L'« arthrite » a été considérée comme une entité unique, alors que le terme s'applique à une gamme d'états cliniques distincts (voir *Qu'est-ce que l'arthrite?*). Le plus fréquent de ces états est l'arthrose dont la manifestation est liée à l'âge²⁰. Donc, la plupart des personnes qui ont déclaré faire de l'arthrite souffraient probablement d'arthrose, d'autant plus que l'âge des personnes visées par l'analyse est limité à 40 ans et plus. Bien que le surpoids soit un facteur de risque connu de l'arthrose^{6,34}, il existe peu de preuves de son association à d'autres troubles arthritiques. Par conséquent, les valeurs des rapports de cotes calculées pour l'embonpoint ou l'obésité par rapport à l'« arthrite » sont vraisemblablement plus faibles que celles qu'on observerait pour l'arthrose uniquement.

L'information sur la partie du corps affectée par l'arthrite n'était pas disponible. Selon les données publiées, l'association entre l'obésité et l'arthrose n'est pas uniforme pour toutes les articulations : elle est plus forte pour le genou et incertaine pour la hanche³⁵. Si l'on avait pu limiter l'analyse aux personnes chez lesquelles on avait posé un diagnostic d'arthrose du genou, la relation observée avec l'embonpoint ou l'obésité serait vraisemblablement plus prononcée.

Comme on ne dispose pas de données sur certains facteurs de risque d'arthrite, comme les antécédents familiaux, les maladies congénitales, les troubles du développement et les lésions antérieures des articulations^{10,36,37}, ceux-ci n'ont pu être inclus dans l'analyse.

Bien que les données longitudinales permettent d'établir une relation temporelle entre les variables dépendante et indépendantes, elles ne permettent pas de déduire la causalité. Il n'est donc pas possible d'écarter la possibilité d'un facteur inconnu susceptible de causer à la fois l'arthrite et l'obésité.

L'échantillon utilisé pour l'analyse a été tiré d'une population de ménages et n'inclut pas les personnes vivant en établissement. Un rapport antérieur indiquait que la prévalence de l'arthrite est plus faible chez les personnes âgées vivant en établissement (35 %) que chez celles faisant partie de la population à domicile (40 %) ³⁸.

La période de suivi considérée dans l'analyse est assez courte. Selon des études antérieures, l'exposition cumulative à un excès de poids pendant plusieurs décennies pose un risque plus élevé d'arthrite subséquente que l'exposition sur une période plus courte³⁹.

L'Enquête nationale sur la santé de la population canadiennes ne fournit pas non plus de renseignements sur la date réelle du diagnostic de sorte qu'on n'a pu utiliser les méthodes d'analyse temporelle.

Les données de l'enquête sont autodéclarées ou déclarées par procuration et on ignore la grandeur du biais dû à l'erreur de déclaration. Par exemple, l'indice de masse corporelle est fondé sur les valeurs autodéclarées du poids et de la taille. D'autres études ont montré que l'autodéclaration du poids et de la taille est entachée d'une plus grande erreur chez certains groupes, dont les personnes obèses, les femmes et les personnes âgées, ce qui donne lieu à une sous-estimation plus importante de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez ces groupes^{40,41}. Le biais résultant affaiblirait l'association observée entre l'embonpoint ou l'obésité et l'arthrite.

Chez les femmes, on a également constaté un lien entre le revenu et le diagnostic subséquent d'arthrite. Le risque d'être atteinte d'arthrite durant la période de six ans étudiée était de 60 % plus élevé chez les femmes vivant dans des ménages dans la catégorie de revenu inférieure que chez les femmes dans la catégorie de revenu supérieure. On n'a constaté aucune association entre le revenu et le diagnostic d'arthrite chez les hommes. Le résultat dans le cas des femmes est conforme aux résultats d'une étude australienne sur les deux sexes selon laquelle il y aurait une relation inverse entre le revenu et la prévalence de l'arthrite⁴².

Le lien entre le stress et les maladies physiques en général fait l'objet d'un nombre croissant d'études. On a postulé que les effets négatifs du stress peuvent modifier la réponse immunitaire et augmenter la susceptibilité à la maladie⁴³. Toutefois, les recherches longitudinales sur le lien entre le stress et l'arthrite sont peu nombreuses. Selon une étude antérieure, il y aurait une association transversale entre l'arthrite et les troubles psychiatriques, y compris la dépression, qui peut être un indicateur de détresse psychologique⁴⁴. Les résultats de l'analyse des données longitudinales de l'ENSP montrent un lien significatif entre l'incidence de l'arthrite déclarée par les participants à l'enquête et la détresse psychologique dans le cas tant des hommes que des femmes. Pour les hommes, chaque augmentation d'un point sur l'échelle de 24 points utilisée pour mesurer la détresse psychologique augmentait de 8 % le risque d'un diagnostic d'arthrite; dans le cas des femmes, elle augmentait ce risque de 3 % (données non présentées). On a observé ce lien même après avoir tenu compte du nombre de visites chez le médecin durant l'année écoulée. Par conséquent, les résultats selon lesquels le stress pourrait être un facteur précurseur de l'arthrite n'étaient pas simplement attribuables à des contacts médicaux plus fréquents et donc à des possibilités accrues de poser un diagnostic.

Même si les conclusions de l'analyse des données de l'ENSP donnent à penser qu'il existe une association positive entre l'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite chez les femmes, l'estimation n'est pas statistiquement

Qu'est-ce que l'arthrite?

L'arthrite est l'un des problèmes de santé chroniques que l'on retrouve le plus souvent chez les personnes d'âge moyen et les personnes âgées. L'expression « arthrite » s'entend de plusieurs maladies muscosquelettiques différentes (voir *Définitions et Limites*).

L'ostéoarthrite, ou maladie dégénérative des articulations, est le type le plus commun, dont souffrent environ 12 % des Américains âgés de 25 ans et plus²⁰. À 70 ans, presque tous ont des articulations atteintes d'arthrite, comme le montrent les radiographies, mais l'ostéoarthrite peut se manifester dès la vingtaine ou la trentaine. Ces personnes plus jeunes ne présentent pas habituellement de symptômes mais, à partir de 40 ans, les articulations portantes subissent des changements et des symptômes — principalement douleur et ankylose — peuvent se manifester. L'ostéoarthrite affecte habituellement le genou, la hanche, la colonne vertébrale et la main. On croit qu'elle tient à une combinaison de facteurs, y compris le stress mécanique ainsi que des facteurs biochimiques, génétiques et hormonaux.

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie auto-immune qui comprend l'inflammation et la sensibilité au toucher des articulations. Sa progression peut entraîner la destruction des articulations. On estime qu'environ 1 % des habitants des États-Unis souffrent de polyarthrite rhumatoïde²⁰.

Les autres formes d'arthrite comprennent la polyarthrite rhumatoïde juvénile, les spondylarthropathies, le lupus érythémateux disséminé, la sclérodémie, la polymyalgie et la goutte^{20,45}.

significative. Cela s'explique peut-être par les petits nombres, comme dans le cas d'autres recherches⁴⁶. En outre, les diverses formulations utilisées dans l'hormonothérapie substitutive ont peut-être dilué tout lien avec l'arthrite. Le lien entre l'hormonothérapie substitutive et l'arthrite demeure peu clair et les résultats des études antérieures sont contradictoires⁴⁷⁻⁴⁹.

Mot de la fin

Les résultats de cette étude prospective, fondée sur un échantillon représentatif de la population adulte à domicile, montrent qu'il existe un lien étroit entre le surpoids et le diagnostic subséquent d'arthrite. Dans le cas tant des hommes que des femmes, le

risque de souffrir d'arthrite était de 60 % plus élevé chez les personnes considérées comme obèses, comparativement à celles de poids normal, indifféremment des autres facteurs en cause y compris l'âge, le revenu du ménage, le levage quotidien d'objets, les visites chez le médecin et la détresse psychologique. L'embonpoint était également associé à l'arthrite, mais dans le cas des femmes seulement.

Les données longitudinales utilisées pour mesurer l'incidence par rapport au surpoids appuient l'hypothèse selon laquelle l'obésité et l'embonpoint mènent à l'arthrite (plutôt que l'inverse), peut-être en augmentant le stress sur les articulations. Manifestement, toutefois, d'autres facteurs influent sur la probabilité de souffrir d'arthrite : les taux de prévalence et d'incidence de l'arthrite sont systématiquement plus élevés pour les femmes que pour les hommes, même si de plus fortes proportions d'hommes font de l'embonpoint ou sont obèses.

Malgré les attitudes généralisées qui ont tendance à stigmatiser le surpoids, et malgré les initiatives

publiques de promotion d'un poids normal, la majorité des Canadiens d'âge moyen et âgés font de l'embonpoint. Outre les risques bien connus pour la santé (par exemple, le diabète et les maladies cardiaques), le surpoids est un important facteur de risque modifiable dans le cas de l'arthrite, une cause importante d'incapacité. En 2000-2001, un Canadien sur quatre âgé de 40 ans et plus a déclaré qu'on avait posé chez lui le diagnostic d'arthrite. On estime que 3 % des hommes et près de 5 % des femmes dans ces groupes d'âge contractent l'arthrite chaque année. À 70 ans, le tiers des hommes et la moitié des femmes souffrent d'arthrite. Les mesures prises pour réduire la prévalence du surpoids peuvent, à leur tour, réduire le risque d'arthrite, sans parler des nombreux autres états chroniques liés au surpoids. ●

Remerciements

L'auteur tient à remercier Georgia Roberts qui a élaboré la méthode utilisée dans l'analyse pour calculer la densité de l'incidence.

Références

1. W.J. Millar, « La douleur chronique », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 51-58 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. K. Wilkins et E. Park, « Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité », *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 7-17 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. W.J. Millar, « Arthroplastie de la hanche et du genou », *Rapports sur la santé*, 14(1), 2002, p. 43-58 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
4. D.J. Hunter, L. March et P.N. Sambrook, « Knee osteoarthritis: The influence of environmental factors », *Clinical and Experimental Rheumatology*, 20, 2002, p. 93-100.
5. M. Sowers, « Epidemiology of risk factors for osteoarthritis: systemic factors », *Current Opinion in Rheumatology*, 13(5), 2001, p. 447-451.
6. J.J. Anderson et D.T. Felson, « Factors associated with osteoarthritis of the knee in the First National Health and Nutrition Examination Survey (HANES I): Evidence for an association with overweight, race, and physical demands of work », *American Journal of Epidemiology*, 128(1), 1988, p. 179-89.
7. Y. Cheng, C.A. Macera, D.R. Davis *et al.*, « Physical activity and self-reported, physician-diagnosed osteoarthritis: is physical activity a risk factor? », *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 2000, p. 315-322.
8. C. Cooper, H. Inskip, P. Croft *et al.*, « Individual risk factors for hip osteoarthritis: Obesity, hip injury, and physical activity », *American Journal of Epidemiology*, 147(6), 1998, p. 516-522.
9. C. Cooper, S. Snow, T.E. McAlindon *et al.*, « Risk factors for the incidence and progression of radiographic knee osteoarthritis », *Arthritis & Rheumatism*, 43(5), 2000, p. 995-1000.
10. F.M. Cicuttini et T.D. Spector, « Osteoarthritis in the aged. Epidemiological issues and optimal management », *Drugs and Aging*, 6 (5), 1995, p. 409-420.
11. D. Coggon, S. Kellingray, H. Inskip *et al.*, « Osteoarthritis of the hip and occupational lifting », *American Journal of Epidemiology*, 147(6), 1998, p. 523-528.
12. D. Coggon, I. Reading *et al.*, « Knee osteoarthritis and obesity », *International Journal of Obesity*, 25, 2001, p. 622-627.

13. A.M. Lievense, S.M.A. Bierma-Zienstra, A.P. Verhagen *et al.*, « Influence of obesity on the development of osteoarthritis of the hip: a systematic review », *Rheumatology* 41, 2002, p. 1155-1162.
14. W.J. Carman, M. Sowers, V.M. Hawthorne *et al.*, « Obesity as a risk factor for osteoarthritis of the hand and wrist: A prospective study », *American Journal of Epidemiology*, 139(2), 1994, p. 119-129.
15. N.R. Sahyoun, M.C. Hochberg, C.G. Helmick *et al.*, « Body mass index, weight change, and incidence of self-reported physician-diagnosed arthritis among women », *American Journal of Public Health*, 89(3), 1999, p. 391-394.
16. Organisation mondiale de la santé, *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry, Report of the WHO Expert Committee* (WHO Technical Report Series, n° 854), Genève, 1995.
17. Statistique Canada, Annexe F : Variables dérivées, Enquête nationale sur la santé de la population, *Fichiers de microdonnées à grande diffusion*, 1994-1995 (n° 82F0001XCB au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1995, p. 17-20.
18. T. Stephens, C.I. Craig et B.F. Ferris, « Adult physical activity in Canada: findings from the Canada Fitness Survey », *La revue canadienne de santé publique*, 77(4), 1986, p. 285-290.
19. A.J. Hartz, M.E. Fischer, G. Bril *et al.*, « The association of obesity with joint pain and osteoarthritis in the HANES data », *Journal of Chronic Diseases*, 39(4), 1986, p. 311-319.
20. R.C. Lawrence, C.G. Helmick, F.C. Arnett *et al.*, « Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States », *Arthritis & Rheumatism*, 41(5), 1998, p. 778-799.
21. O.S. Miettinen, *Theoretical Epidemiology: Principles of Occurrence Research in Medicine*, New York, John Wiley and Sons, 1985.
22. K.J. Rothman et S. Greenland, « Measures of disease frequency », *Modern Epidemiology*, deuxième édition, publié sous la direction de K.J. Rothman et S. Greenland, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1998, p. 29-64.
23. M. Shields, « Enquête nationale sur la santé de la population – Déclaration par procuration », *Rapports sur la santé*, 12(1), 2000, p. 23-44 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
24. J.N.K. Rao, G.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).
25. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
26. 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*, Baltimore, août 1999.
27. M.A. Davis, W.H. Ettinger, J.M. Neuhaus *et al.*, « Sex differences in osteoarthritis of the knee », *American Journal of Epidemiology*, 127(5), 1988, p. 1019-1030.
28. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
29. 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).
30. 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).
31. P. Manninen, H. Riihimäki, M. Heliövaara *et al.*, « Overweight, gender and knee osteoarthritis », *International Journal of Obesity*, 20, 1996, p. 595-597.
32. D.T. Felson, Y. Zhang, M.T. Hannan *et al.*, « Risk factors for incident radiographic knee osteoarthritis in the elderly: the Framingham Study », *Arthritis & Rheumatism*, 40(4), 1997, p. 728-733.
33. R. Altman, « The syndrome of osteoarthritis », *The Journal of Rheumatology*, 24, 1997, p. 776-777.
34. R. Marks et J.P. Allegrante, « Body mass indices in patients with disabling hip osteoarthritis », *Arthritis Research & Therapy*, 4(2), 2002, p. 112-116.
35. T.D. Spector, « The fat on the joint: Osteoarthritis and obesity », *The Journal of Rheumatology*, 17(3), 1990, p. 283-284.
36. P. Lanyon, K. Muir, S. Doherty *et al.*, « Assessment of a genetic contribution to osteoarthritis of the hip: sibling study », *British Medical Journal*, 321, 2000, p. 1179-1183.
37. J. Chitnavis, J.S. Sinsheimer, K. Clipsham *et al.*, « Genetic influences in end-stage osteoarthritis », *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 79-B, 1997, p. 660-664.
38. P. Tully et C. Mohl, « Résidents âgés des établissements de santé », *Rapports sur la santé*, 7(3), 1995, p. 27-30 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
39. A.C. Gelber, M.C. Hochberg, L.A. Mead *et al.*, « Body mass index in young men and the risk of subsequent knee and hip osteoarthritis », *American Journal of Medicine*, 107, 1999, p. 542-548.
40. R.J. Roberts, « Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? », *Public Health*, 109(4), 1995, p. 275-284.
41. M.L. Booth, C. Hunter, C.J. Gore *et al.*, « The relationship between body mass index and waist circumference: implications for estimations of the population prevalence of overweight », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(8), 2000, p. 1058-1061.
42. C.L. Hill, J. Parsons, A. Taylor *et al.*, « Health related quality of life in a population sample with arthritis », *Journal of Rheumatology*, 26, 1999, p. 2029-2035.
43. S. Cohen et T.B. Herbert, « Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology », *Annual Review of Psychology*, 47, 1996, p. 113-142.
44. R. Berkow et A.J. Fletcher, *Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique*, 2^e édition (correspond à la traduction de la 16^e édition américaine), Paris, 1994.
45. K.B. Wells, J.M. Golding et M.A. Burnam, « Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions », *American Journal of Psychiatry*, 145, 1988, p. 976-981.

46. D.T. Felson, « The epidemiology of knee osteoarthritis: Results from the Framingham Osteoarthritis Study. », *Seminars in Arthritis & Rheumatism*, 20(3) Supplement 1, 1990, p. 42-50.
47. T.D. Spector, D. Nandra, D.J. Hart *et al.*, « Is hormone replacement therapy protective for hand and knee osteoarthritis in women? The Chingford Study », *Annals of Rheumatic Disease*, 56(7), 1997, p. 432-434.
48. N.R. Sahyoun, K.M. Brett, M.C. Hochberg, *et al.*, « Estrogen replacement therapy and incidence of self-reported physician-diagnosed arthritis », *Preventive Medicine*, 28(5), 1999, p. 458-464.
49. T.L. Holbrook, D.L. Wingard et E. Barrett-Connor, « Self-reported arthritis among men and women in an adult community », *Journal of Community Health*, 15(3), 1990, p. 195-208.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone

Yvon E. Allard, Russell Wilkins et Jean-Marie Berthelot

Résumé

Objectifs

Comparer le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans, selon la cause de décès, observé dans les régions sociosanitaires où la proportion de résidents autochtones est assez forte à celui observé dans les autres régions sociosanitaires.

Sources des données

Les résultats sont fondés sur les données sur la mortalité couvrant la période de 1995 à 1997 tirées de la Base canadienne de données sur l'état civil et sur les estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997 à l'échelle de la région sociosanitaire.

Techniques d'analyse

Le nombre d'APVP selon l'âge et le sexe a été calculé pour deux groupes de régions sociosanitaires : les 18 régions comptant une forte proportion de résidents autochtones (19 % ou plus) et les 120 autres régions, où la proportion de résidents autochtones est plus faible. Les deux groupes ont été comparés d'après les différences de taux d'APVP et les rapports des taux.

Principaux résultats

Le taux d'APVP pour 1 000 années-personnes à risque, toutes causes de décès confondues, est environ 50 % plus élevé dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone que dans l'autre groupe. Dans les régions où le nombre d'Autochtones est élevé, presque 40 % des APVP sont attribuables à des traumatismes, notamment au suicide et aux accidents impliquant un véhicule à moteur.

Mots-clés

Taux de mortalité, accidents, planification régionale des services de santé, santé rurale, bases de données.

Auteurs

Yvon E. Allard est un conseiller privé en santé autochtone; Russell Wilkins (613-951-5305; Russell.Wilkins@statcan.ca) et Jean-Marie Berthelot (613-951-3760; jean-marie.berthelot@statcan.ca) font partie du Groupe d'analyse et de mesure de la santé de Statistique Canada.

Au cours des dernières décennies, les populations autochtones partout dans le monde ont connu d'importantes transformations sociales, économiques et culturelles qui, dans certains cas, pourraient avoir eu des effets indésirables sur leur état de santé^{1,2}. Au Canada, comme dans d'autres pays, le fardeau de la maladie qui pèse sur les Autochtones est anormalement lourd et ceux-ci meurent plus jeunes et en proportions plus élevées que les membres de la population non autochtone²⁻⁸.

Les trois principales causes de décès au Canada sont les maladies de l'appareil circulatoire, le cancer et les maladies de l'appareil respiratoire; les traumatismes occupent la quatrième place^{2,6,9,10}. Par contre, chez les Autochtones, les traumatismes sont la cause principale de décès, suivis par les maladies de l'appareil circulatoire et le cancer^{2,4-6,9}. En 1996 et en 1997, comparativement à l'ensemble de la population canadienne, les Autochtones étaient plus de six fois plus susceptibles de mourir à la suite d'un traumatisme^{5,6,9,10}.

Au Canada, les autorités provinciales ont défini des régions administratives, appelées régions sociosanitaires, pour la prestation locale des services de santé et des services sociaux. Selon une étude réalisée en 1999, dans 9 des 12 régions sociosanitaires où l'espérance de vie est la plus courte, au moins 20 % des résidents étaient d'origine autochtone¹¹. La composition raciale et ethnique de la population de ces régions et la façon dont cette composition pourrait influencer sur l'état de santé de la population sont par conséquent autant de facteurs dont les décideurs pourraient vouloir tenir compte.

Les épidémiologistes et les responsables de la santé publique cherchent depuis longtemps à quantifier l'état de santé. Bien que l'espérance de vie en l'absence d'une cause et la mortalité par cause soient des mesures utiles pour évaluer l'effet relatif des maladies cliniques, elles ont tendance à refléter

principalement les décès survenant aux âges avancés. L'espérance de vie plus courte des Autochtones est due en grande partie aux taux de mortalité élevés enregistrés pour nombre de causes qui ont tendance à être associées à des décès survenant à un jeune âge^{1,2,4,8}. La mesure qui rend le mieux compte de ce phénomène est celle des années potentielles de vie perdues, ou APVP, qui accorde plus de poids aux décès qui surviennent à un jeune âge.

Le présent article vise à comparer les régions sociosanitaires comptant une proportion assez élevée (19 % ou plus) de résidents autochtones aux autres régions sociosanitaires en ce qui concerne les années potentielles de vie perdues. Il met l'accent sur les causes de décès qui représentent un risque plus élevé de mortalité prématurée chez les résidents des régions à forte population autochtone (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*).

Méthodologie

Sources des données

Les données sur la mortalité pour 1995 à 1997 proviennent de la Base canadienne de données sur l'état civil, qui est fondée sur des renseignements recueillis sur les enregistrements de décès par les bureaux provinciaux et territoriaux de l'état civil.

Les estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997 à l'échelle de la région sociosanitaire¹² ont été corrigées pour le sous-dénombrement net au recensement et le recensement incomplet dans certaines réserves indiennes (voir *Limites*).

Techniques d'analyse

La présente analyse porte sur le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans pour deux groupes de régions sociosanitaires : 18 considérées comme étant « à forte population autochtone » parce qu'au moins 19 % de leurs résidents se sont auto-identifiés comme étant Autochtones lors du Recensement de 1996 et les 120 autres régions considérées comme étant « à faible population autochtone », car moins de 19 % de leurs résidents se sont dits d'origine autochtone (voir *Définitions*). Le seuil d'exclusion de 19 % représente un clivage naturel entre les régions sociosanitaires en ce qui concerne la proportion de résidents autochtones. Parmi les 18 régions choisies pour la présente analyse, la proportion d'Autochtones la plus faible était de 19,3 % (tableau A en annexe). Dans l'ensemble, dans les 18 régions à forte population autochtone, 35 % des résidents ont déclaré des

origines autochtones; pour les autres régions, le chiffre global était de 2 %.

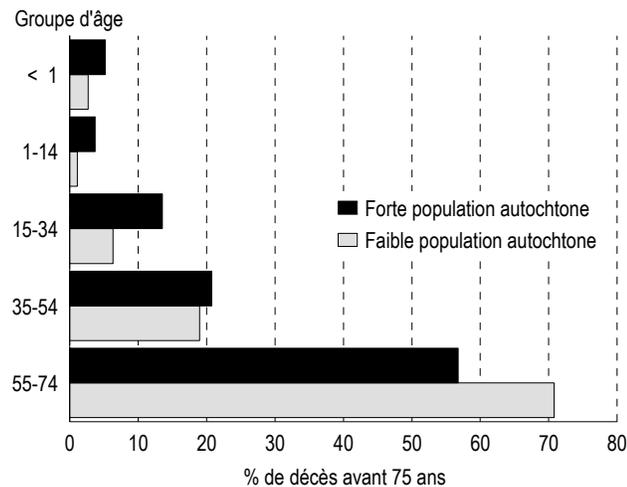
Selon une version modifiée des méthodes décrites par Romeder et McWhinnie¹³, on a calculé le nombre d'APVP avant 75 ans, selon le sexe et pour les hommes et les femmes confondus, en multipliant le nombre de décès observés pour chaque groupe d'âge par la différence entre 75 et l'âge au point médian du groupe d'âge en question, puis on a fait la somme des produits sur l'ensemble des groupes d'âge^{14,15}. L'âge de 75 ans a été choisi parce qu'il s'agit de la limite conventionnelle pour le décès prématuré au Canada et que les décès survenant avant 75 ans sont moins susceptibles que ceux survenant à un âge plus avancé d'avoir plus d'une cause contributive. Cet âge est également proche de l'espérance de vie moyenne pour les 18 régions sociosanitaires à forte population autochtone.

Pour chaque sexe et cause de décès, la variance du nombre d'APVP a été calculée par sommation sur les 16 groupes d'âge de la quantité ($C^2 \times N \times P \times Q$), où C est le nombre d'années potentielles de vie perdues par décès dans le groupe d'âge, N est le nombre d'années-personnes à risque dans le groupe d'âge, P est le taux de mortalité par âge (nombre de décès dans le groupe d'âge / N), et Q est égal à 1-P. Les résultats ont été utilisés pour tester la signification des différences entre les taux d'APVP et des rapports des taux d'APVP comparant les régions sociosanitaires à forte et à faible population autochtone.

Décès survenant à un jeune âge

Les résidents des régions sociosanitaires à forte population autochtone ont tendance à mourir à un âge comparativement jeune. De 1995 à 1997, dans ces régions, 54 % des décès sont survenus avant 75 ans, comparativement à 45 % dans les autres régions sociosanitaires. En outre, dans les régions à forte population autochtone, on associe aux jeunes une part nettement plus importante des décès survenus avant 75 ans que dans l'autre groupe de régions (graphique 1). Par exemple, les nourrissons de moins d'un an représentaient 5 % de ces décès dans les régions à forte population autochtone, et 2 % dans l'autre groupe. Pour les enfants de 1 à 14 ans, les proportions étaient de 4 % et 1 %, respectivement. Pour les 15 à 34 ans, les chiffres correspondants étaient de 14 % et 6 %.

Graphique 1
Répartition selon l'âge des décès avant 75 ans, régions sociosanitaires à forte et à faible population autochtone, Canada, 1995 à 1997



Sources des données : Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997

Années potentielles de vie perdues

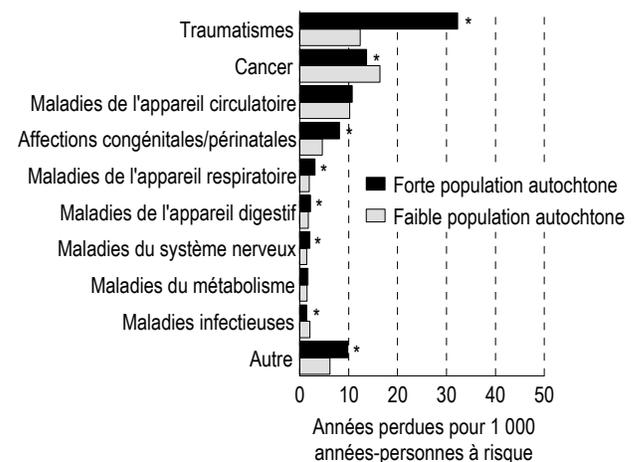
Le nombre d'années potentielles de vie perdues, qui met en relief la perte résultant d'un décès prématuré, permet d'évaluer l'effet de diverses causes de décès sur les populations caractérisées par une mortalité prématurée. Le taux d'APVP est le nombre d'années potentielles de vie perdues divisé par le nombre d'années-personnes à risque.

De 1995 à 1997, le taux d'APVP était de 84 années potentielles de vie perdues pour 1 000 années-personnes à risque dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone, mais de 56 dans celles à faible population autochtone (tableau 1). Dans les deux groupes de régions, le taux d'APVP était nettement plus élevé pour les hommes que pour les femmes, mais la différence entre les régions à forte et à faible population autochtone persistait. Chez les hommes, les taux respectifs d'APVP étaient de 104 contre 72 et chez les femmes, de 62 contre 41.

Causes principales

Dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone, les traumatismes étaient la cause de la perte la plus importante d'années potentielles de vie; venaient ensuite le cancer, les maladies de l'appareil circulatoire, et les affections congénitales ou périnatales (graphique 2). Dans les régions à faible population autochtone, les quatre causes principales d'APVP étaient les mêmes, mais le cancer occupait le premier rang et les traumatismes, le deuxième. Pour les traumatismes, le taux d'APVP était 2,6 fois

Graphique 2
Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans, par grand groupe de causes de décès[†], régions sociosanitaires à forte et à faible population autochtone, Canada, 1995 à 1997



Sources des données : Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997

[†] Chapitres de la CIM.

* Valeur significativement différente de celle observée pour les régions à faible population autochtone ($p < 0,05$).

Tableau 1

Taux d'années potentielles de vie perdue (APVP) avant 75 ans pour 1 000 années-personnes à risque, selon la cause de décès et le sexe, régions sociosanitaires à forte et à faible population autochtone, Canada, 1995 à 1997

Causes de décès	Les deux sexes				Hommes				Femmes			
	Taux d'APVP		Écart entre les taux	Rapport des taux	Taux d'APVP		Écart entre les taux	Rapport des taux	Taux d'APVP		Écart entre les taux	Rapport des taux
	Régions à forte population autochtone	Régions à faible population autochtone			Régions à forte population autochtone	Régions à faible population autochtone			Régions à forte population autochtone	Régions à faible population autochtone		
Toutes causes confondues	83,8	56,3	27,4*	1,49*	104,4	71,5	32,9*	1,46*	61,6	41,0	20,6*	1,50*
Traumatismes	32,3	12,4	20,0*	2,61*	46,7	18,7	27,7*	2,49*	17,0	6,0	11,0*	2,84*
Suicide	9,1	4,4	4,7*	2,06*	14,3	7,0	7,3*	2,04*	3,5	1,8	1,7*	1,95*
Accidents de véhicule à moteur	9,0	3,8	5,2*	2,35*	12,2	5,4	6,7*	2,24*	5,6	2,2	3,4*	2,54*
Noyade	2,3	0,4	1,9*	5,69*	3,3	0,7	2,7*	5,07*	1,3	0,2	1,1*	7,84*
Homicide	2,0	0,6	1,4*	3,14*	2,4	0,9	1,5*	2,75*	1,6	0,4	1,2*	3,92*
Incendie	1,5	0,3	1,2*	5,72*	2,0	0,4	1,6*	5,60*	2,0	0,2	1,8*	5,78*
Autres traumatismes	8,5	2,9	5,6*	2,99*	12,5	4,4	8,1*	2,83*	4,1	1,3	2,9*	3,23*
Cancer	13,7	16,4	-2,7*	0,84*	14,3	17,0	-2,7*	0,84*	13,0	15,8	-2,7*	0,83*
Cancer du poumon	3,5	4,1	-0,6*	0,86*	4,1	4,9	-0,8*	0,83*	3,0	3,3	-0,4	0,89
Autres formes de cancer	10,2	12,3	-2,1*	0,83*	10,3	12,1	-1,9*	0,85*	10,1	12,5	-2,4*	0,81*
Maladies de l'appareil circulatoire	10,7	10,2	0,5	1,05	14,4	14,2	0,3	1,02	6,7	6,2	0,5	1,08
Cardiopathie ischémique	5,6	6,1	-0,5*	0,92*	8,6	9,3	-0,7	0,93	2,4	2,9	-0,5*	0,82*
Accident vasculaire cérébral	1,8	1,5	0,3*	1,19*	1,9	1,7	0,2	1,11	1,8	1,4	0,4	1,29
Autres maladies de l'appareil circulatoire	3,3	2,6	0,7*	1,28*	4,0	3,2	0,8*	1,24*	2,6	1,9	0,6*	1,32*
Affections congénitales/périnatales	8,1	4,6	3,5*	1,77*	9,0	5,1	3,9*	1,76*	7,2	4,1	3,1*	1,76*
Congénitales	3,8	2,1	1,7*	1,78*	3,6	2,2	1,2*	1,53*	4,0	1,9	2,1*	2,10*
Périnatales	4,4	2,5	1,9*	1,75*	5,5	2,8	2,7*	1,95*	3,2	2,2	1,0*	1,46*
Maladies de l'appareil respiratoire	3,1	1,9	1,2*	1,60*	3,2	2,3	0,9*	1,41*	3,0	1,6	1,4*	1,87*
Maladies de l'appareil digestif	2,2	1,8	0,5*	1,26*	2,0	2,3	-0,2	0,89	2,4	1,2	1,2*	1,95*
Maladies du système nerveux	2,1	1,4	0,7*	1,47*	2,2	1,6	0,6*	1,40*	2,0	1,3	0,7*	1,56*
Maladies du métabolisme	1,7	1,5	0,2	1,14	1,6	1,8	-0,2	0,92	1,7	1,2	0,6*	1,49*
Maladies infectieuses	1,4	2,1	-0,7*	0,66*	1,6	3,5	-1,8*	0,47*	1,1	0,8	0,4	1,47
Troubles mentaux	1,2	0,6	0,6*	2,13*	1,3	0,8	0,6*	1,71*	1,0	0,3	0,7*	3,06*
Toutes les autres causes	7,3	3,7	3,2*	2,06*	8,0	4,4	3,6*	1,81*	6,4	2,6	3,8*	2,48*

Sources des données : Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997

Nota : Les chiffres présentés sont arrondis, mais les calculs sont fondés sur des données non arrondies. Pour les codes de la CIM, voir Définitions.

* $p < 0,05$.

plus élevé pour les régions à forte population autochtone que pour l'autre groupe, tandis que pour les causes périnatales et congénitales, il était 1,8 fois plus élevé. Pour les maladies de l'appareil circulatoire, le taux d'APVP était à peu près le même pour les deux groupes de régions sociosanitaires, et pour le cancer, il était, en fait, plus faible pour celles à forte population autochtone.

Dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone, les taux d'APVP étaient

considérablement plus élevés chez les hommes que chez les femmes pour tous les traumatismes, sauf ceux provoqués par le feu. En outre, dans ces régions, le taux d'APVP était plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour la cardiopathie ischémique, les autres maladies de l'appareil circulatoire (sauf l'accident vasculaire cérébral), les affections périnatales (mais non les anomalies congénitales) et les maladies infectieuses.

Rôle important des traumatismes

Le nombre d'années potentielles de vie perdues attribuables à des traumatismes est considérable dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone, soit 32 pour 1 000 années-personnes à risque comparativement à 12 pour celles à faible population autochtone. Les traumatismes sont à l'origine de 39 % des APVP dans les régions où la population autochtone est forte comparativement à 22 % dans celles où elle est faible. En fait, presque les trois quarts (73 %) de la différence entre les taux d'APVP calculés pour les deux groupes de régions sociosanitaires sont attribuables à des traumatismes.

Parmi les décès dus à un traumatisme, le suicide et les accidents liés à l'usage de véhicules à moteur sont les causes les plus courantes d'APVP dans les régions à forte population autochtone (graphique 3). Les taux d'APVP pour le suicide et pour les accidents liés à l'utilisation d'un véhicule à moteur sont chacun d'environ neuf pour 1 000 années-personnes à risque, soit plus du double des taux observés pour les régions à faible population autochtone. Selon plusieurs observateurs, certains décès classés dans la catégorie des accidents liés à l'utilisation de véhicules à moteur pourraient être volontaires,

autrement dit, des suicides^{5,16}. Les décès par traumatisme peuvent aussi être associés à la toxicomanie, particulièrement chez les jeunes¹⁷. D'après des études récentes, dans la population générale, les accès de consommation d'alcool jusqu'à l'intoxication ont tendance à être associés à des agressions violentes, à des traumatismes liés aux accidents de la route et à la noyade^{17,18}.

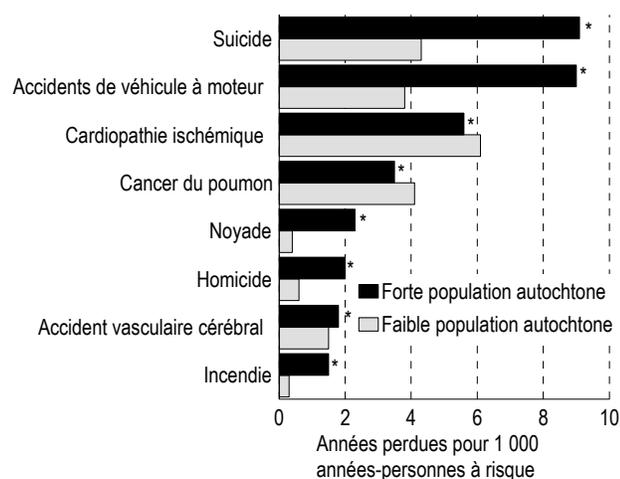
Les taux d'APVP associés à la noyade, à l'incendie, à l'homicide et à d'autres traumatismes sont considérablement plus élevés dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone que dans l'autre groupe de régions : pour la noyade et l'incendie, ils sont plus de cinq fois plus élevés, et pour l'homicide et les autres traumatismes, trois fois plus élevés.

Cancer et maladies de l'appareil circulatoire

Après les traumatismes, le cancer et les maladies de l'appareil circulatoire, qui habituellement surviennent à un âge plus avancé, étaient les causes principales d'APVP dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Cependant, les taux d'APVP n'étaient pas plus élevés que dans les autres régions sociosanitaires et, dans le cas du cancer, il était en fait plus faible. Même le taux observé pour le cancer du poumon était plus faible dans les régions à forte population autochtone que dans les autres, malgré la prévalence nettement plus élevée de l'usage du tabac chez les Autochtones^{5,6,9}.

Parmi les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire, ceux attribuables à la cardiopathie ischémique prédominaient, particulièrement chez les hommes. Même si les taux d'APVP dans les régions à forte et à faible population autochtone ne différaient pas considérablement, des études récentes montrent que la prévalence des maladies cardiovasculaires est plus élevée chez les Autochtones que dans la population dans son ensemble et que leur taux est à la hausse chez les premiers^{2,19,20}.

Graphique 3
Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans, selon certaines causes de décès, régions sociosanitaires à forte et à faible population autochtone, Canada, 1995 à 1997



Sources des données : Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997

* Valeur significativement différente de celle observée pour les régions à faible population autochtone ($p < 0,05$).

Affections congénitales ou périnatales

Les affections congénitales et périnatales sont une cause importante d'APVP dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Pour les anomalies congénitales et les affections périnatales, à l'exception des mortinaissances, le taux était de 8 années potentielles de vie perdues pour 1 000 années-personnes à risque pour les régions où les Autochtones sont nombreux, comparativement à 5 pour les régions où ils sont peu nombreux. Dans une certaine mesure, cette différence pourrait refléter l'âge de la mère, puisque la mortalité infantile est élevée chez les mères adolescentes²¹ et que les grossesses d'adolescente sont courantes chez les Autochtones^{5,9}. La pneumonie et la grippe, ainsi que la mort subite du nourrisson et le syndrome d'alcoolisme fœtal, qui sont généralement des causes

de décès prématuré du nourrisson, sont des affections particulièrement préoccupantes au sein de la collectivité autochtone, car leur prévalence y est forte et des mesures appropriées des services de santé permettent de les prévenir^{2,5,6,9}.

Différences entre les hommes et les femmes

Aussi bien dans les régions sociosanitaires où la population autochtone est nombreuse que dans celles où elle est faible, les taux d'APVP sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, résultat qui témoigne d'un risque plus élevé de décès prématuré chez les premiers que chez les secondes, quelle que soit la région de résidence. Dans les régions à forte population autochtone, le taux d'APVP était de 104 années pour

Définitions

Le terme *Autochtone* désigne les personnes qui se sont identifiées elles-mêmes comme appartenant à un groupe autochtone—Premières nations, Inuits ou Métis—lors du Recensement de 1996 (voir *Limites*). Cette définition inclut les membres de plein droit des Premières nations et les personnes possédant l'identité autochtone ou étant membres d'une bande. Aucune distinction n'a été faite dans la présente analyse entre les Autochtones vivant dans les réserves ou hors réserve.

Les *régions sociosanitaires* sont définies par les gouvernements provinciaux comme étant les régions administratives correspondant au domaine de responsabilité d'un conseil régional de santé ou au domaine d'intérêt d'une autorité sanitaire.

La proportion de résidents autochtones dans une région sociosanitaire est le nombre de personnes déclarant une identité autochtone divisé par la population totale de la région. Les régions sociosanitaires où au moins 19 % de la population étaient Autochtones ont été classées comme étant « à forte population autochtone » et celles qui en comptaient moins de 19 %, comme étant « à faible population autochtone ».

Le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) est une mesure de la mortalité prématurée qui accorde plus de poids aux décès survenant à un jeune âge que d'autres indices sommaires de la mortalité qui reflètent principalement les décès survenant chez les personnes âgées. Un décès prématuré est défini ici comme étant un décès survenu avant l'âge de 75 ans.

Les causes de décès qui suivent, codées conformément à la *Classification internationale des maladies, neuvième révision* (CIM-9)²², ont été utilisées pour la présente analyse :

- traumatismes (E800-E999), y compris le suicide (E950-E959), les accidents de véhicule à moteur (de la circulation et hors de la voie publique) (E810-E825), la noyade (E910), l'homicide (E960-E978), les accidents provoqués par le feu (E890-E899) et les autres traumatismes (E816-E889; E900-E909; E911-E949; E979-E999);
- tumeurs (cancer), y compris le cancer du poumon (162) et les autres cancers (140-161; 163-239);
- maladies de l'appareil circulatoire (390-459), y compris la cardiopathie ischémique (410-414), les maladies vasculaires cérébrales (accident vasculaire cérébral) (430-438) et les autres maladies de l'appareil circulatoire (390-405; 415-429; 440-459);
- anomalies congénitales (740-759) et affections périnatales (sauf les mortinaissances) (760-779);
- maladies de l'appareil respiratoire (460-519);
- maladies de l'appareil digestif (520-579);
- maladies du système nerveux (320-389);
- maladies du métabolisme (240-279);
- maladies infectieuses (001-139);
- troubles mentaux (290-319).

La catégorie finale « toutes les autres causes » regroupe toutes les causes de décès non mentionnées ci-dessus.

1 000 années-personnes à risque chez les hommes, comparativement à 62 chez les femmes, soit un taux 1,7 fois plus élevé. Dans les régions sociosanitaires comptant peu d'Autochtones, les taux étaient plus faibles, mais le rapport entre les taux observés pour les hommes et pour les femmes restait le même (1,7).

Dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone, les taux d'APVP attribuables aux suicides et aux décès à la suite d'un accident impliquant un véhicule à moteur étaient particulièrement élevés chez les hommes (graphique 4). Pour le suicide, le taux d'APVP était de 14 années pour 1 000 années-personnes à risque chez les hommes, comparativement à 4 années chez les femmes; pour les accidents impliquant un véhicule à moteur, les taux étaient de 12 et 6, respectivement.

Toutefois, les taux d'APVP enregistrés chez les femmes résidant dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone étaient souvent égaux ou supérieurs à ceux observés chez les hommes résidant dans les régions sociosanitaires à faible population autochtone. Il en était ainsi pour les

décès ayant pour cause un accident de véhicule à moteur, la noyade, l'homicide, un accident provoqué par le feu, l'accident vasculaire cérébral, une maladie congénitale ou périnatale, une maladie de l'appareil respiratoire, une maladie de l'appareil digestif, une maladie du système nerveux ou un trouble mental.

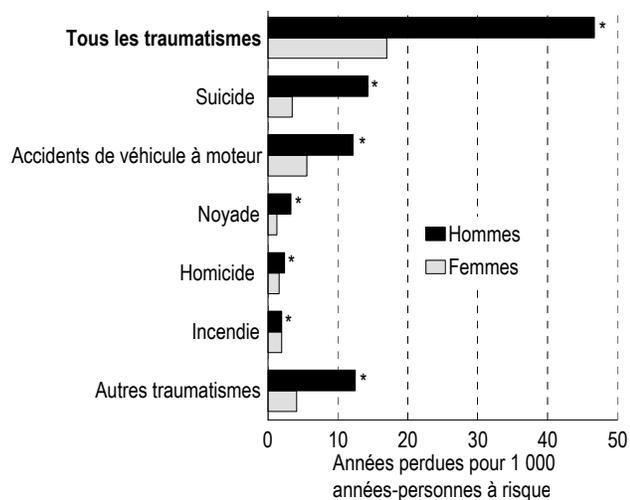
Importance de la structure par âge

Contrairement aux statistiques habituelles sur la mortalité, qui reflètent en grande partie les décès survenus chez les personnes âgées, le nombre d'années potentielles de vie perdues met l'accent sur les décès qui surviennent chez les personnes plus jeunes. Dans toute population, le décès d'un enfant, d'un adolescent ou d'un jeune adulte représente un plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues que celui d'une personne âgée. Et, dans les régions à forte population autochtone, les jeunes représentent une part plus importante de la population que dans l'autre groupe de régions sociosanitaires. Par conséquent, les taux élevés d'APVP observés dans les régions où la population autochtone est forte reflètent dans une certaine mesure la proportion élevée de jeunes dans ces populations.

Pourtant, si l'on calcule les taux d'APVP pour chaque groupe d'âge, ils demeurent plus élevés dans les régions à forte population autochtone que dans les autres (tableau 2). Pour les nourrissons de moins d'un an, le taux d'APVP était de 730 années pour 1 000 années-personnes à risque dans les régions comptant un grand nombre d'Autochtones, comparativement à 410 pour les régions où ils sont peu nombreux. Pour les enfants de 1 à 14 ans et pour les jeunes adultes de 15 à 29 ans, les taux d'APVP étaient nettement plus de deux fois plus élevés dans les régions à forte population autochtone que dans l'autre groupe de régions. Bien que l'écart entre les taux d'APVP dans les régions à forte et à faible population autochtone diminue quelque peu lorsque l'âge augmente, il persiste pour presque tous les groupes âge-sexe.

Graphique 4

Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans pour les traumatismes dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone, selon le sexe, Canada, 1995 à 1997



Sources des données : Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997

* Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les femmes ($p < 0,05$).

Tableau 2

Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans pour 1 000 années-personnes à risque, toutes causes de décès confondues, selon le sexe et le groupe d'âge, régions sociosanitaires à forte et à faible population autochtone, Canada, 1995 à 1997

	Taux d'APVP		Écart entre les taux	Rapport des taux
	Régions à forte population autochtone	Régions à faible population autochtone		
Hommes et femmes	84	56	28*	1,49*
<1 an	730	410	320*	1,78*
1 à 4 ans	54	19	34*	2,77*
5 à 9 ans	22	10	12*	2,24*
10 à 14 ans	27	11	16*	2,38*
15 à 19 ans	71	31	41*	2,32*
20 à 24 ans	85	34	51*	2,50*
25 à 29 ans	75	32	43*	2,35*
30 à 34 ans	62	37	25*	1,67*
35 à 39 ans	64	43	21*	1,48*
40 à 44 ans	64	54	9*	1,17*
45 à 49 ans	84	68	16*	1,23*
50 à 54 ans	115	89	26*	1,29*
55 à 59 ans	142	115	27*	1,24*
60 à 64 ans	159	133	25*	1,19*
65 à 69 ans	161	130	31*	1,24*
70 à 74 ans	71	69	3	1,04
Hommes	104	72	33*	1,46*
<1 an	785	449	336*	1,75*
1 à 4 ans	55	21	34*	2,63*
5 à 9 ans	25	11	14*	2,34*
10 à 14 ans	35	13	22*	2,69*
15 à 19 ans	97	42	55*	2,29*
20 à 24 ans	131	51	81*	2,59*
25 à 29 ans	107	46	61*	2,32*
30 à 34 ans	86	52	34*	1,64*
35 à 39 ans	79	59	21*	1,35*
40 à 44 ans	79	69	10	1,14
45 à 49 ans	99	83	16*	1,19*
50 à 54 ans	137	112	25*	1,23*
55 à 59 ans	168	143	25*	1,17*
60 à 64 ans	197	172	25*	1,15*
65 à 69 ans	201	171	30*	1,18*
70 à 74 ans	87	92	-5	0,94
Femmes	62	41	21*	1,50*
<1 an	672	370	303*	1,82*
1 à 4 ans	52	18	34*	2,95*
5 à 9 ans	20	9	10*	2,13*
10 à 14 ans	19	10	9*	1,95*
15 à 19 ans	44	18	25*	2,38*
20 à 24 ans	35	16	19*	2,12*
25 à 29 ans	43	18	25*	2,41*
30 à 34 ans	36	21	15*	1,70*
35 à 39 ans	48	28	20*	1,71*
40 à 44 ans	47	39	8	1,19
45 à 49 ans	66	53	14*	1,26*
50 à 54 ans	90	67	23*	1,34*
55 à 59 ans	113	87	26*	1,30*
60 à 64 ans	116	97	20*	1,20*
65 à 69 ans	119	93	25*	1,27*
70 à 74 ans	56	50	6*	1,12*

Sources des données : Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997

Nota : Les chiffres présentés ont été arrondis, mais les calculs reposent sur des chiffres non arrondis.

* $p < 0,05$.

Mot de la fin

La présente analyse s'appuie sur le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) pour quantifier la mortalité prématurée, selon l'âge, le sexe et la cause de décès, dans deux groupes de régions sociosanitaires. Les résultats font ressortir le caractère évitable d'une partie importante des vies perdues dans les régions où la proportion d'Autochtones est forte.

Dans l'ensemble, le taux d'APVP est environ 50 % plus élevé dans les régions où la population autochtone est forte que dans celles où elle est faible. Qui plus est, les taux d'APVP liés aux traumatismes (notamment le suicide et les accidents impliquant un véhicule à moteur) sont particulièrement élevés dans les régions sociosanitaires où résident un grand nombre d'Autochtones, surtout parmi les hommes.

Les taux d'APVP classés deuxième et troisième par ordre décroissant d'importance dans les régions à forte population autochtone sont ceux enregistrés pour le cancer et pour les maladies de l'appareil circulatoire. Ces taux reflètent la diminution de la mortalité liée à la plupart des maladies infectieuses (comme la tuberculose) et l'augmentation de la mortalité due aux maladies chroniques chez les Autochtones au cours des 50 dernières années^{2,5,6,8}.

Néanmoins, la composante autochtone de la population n'est pas le seul facteur susceptible d'influer sur le taux d'APVP. Les liens entre la mortalité prématurée, la santé de la population et les déterminants de la santé, comme le statut socioéconomique, ne peuvent être écartés. Selon trois rapports récents, la majorité des 18 régions sociosanitaires formant le groupe à forte population autochtone ont les niveaux d'espérance de vie et (ou) d'espérance de vie sans incapacité les plus faibles au Canada^{11,23,24}. Ces régions non seulement possèdent une population autochtone importante, mais sont aussi peu peuplées, éloignées des régions métropolitaines importantes et caractérisées par un taux de chômage élevé, un faible niveau de scolarité, un faible revenu du ménage et un recours supérieur à la moyenne aux paiements de transfert gouvernementaux. Donc, les taux élevés d'APVP observés dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone ne sont peut-être pas dus uniquement à la mortalité plus élevée dans le

Limites

Les estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997 ont été corrigées pour le sous-dénombrement net au recensement, mais au Recensement de 1996, ce sous-dénombrement était plus important pour les Autochtones que pour les autres segments de la population. Le recensement n'a pas été permis ou a été interrompu avant qu'il ne soit achevé dans 77 réserves et établissements indiens représentant environ 44 000 personnes²⁵. En outre, les dénombremens des Autochtones varient d'un recensement au suivant, ce qui influe sur les estimations de la population autochtone^{5,25}. En outre, la qualité des données sur les naissances, les décès et la migration chez les Autochtones, qui sont toutes nécessaires pour produire des estimations démographiques exactes, pourrait présenter des lacunes.

Le codage de la cause de décès peut être erroné; par conséquent, il se pourrait que des problèmes de qualité des données aient des répercussions sur les nombres d'APVP calculés pour certaines causes. Toutefois, ce genre d'erreur de classification ne devrait pas être plus courant pour un groupe de régions sociosanitaires que pour l'autre.

Les analyses qui s'appuient sur une seule cause initiale de décès pourraient sous-estimer l'importance des autres causes qui ont contribué au décès. Par exemple, le diabète de type II, dont la prévalence est élevée chez les Autochtones^{5,6}, est un facteur qui contribue fréquemment au décès subséquent dû à une maladie de l'appareil circulatoire ou à une insuffisance rénale. Il convient donc de tenir compte des effets éventuels de ces causes « concurrentes » lors de l'interprétation des résultats de la présente analyse.

segment autochtone de la population. Les autres facteurs jouant un rôle dans ces régions, comme l'éloignement, la ruralité et le faible statut socioéconomique, pourraient contribuer à la mortalité prématurée et, en principe, devraient avoir un effet comparable sur les résidents autochtones et non autochtones.

Cependant, une étude réalisée en Australie en 2001 dans laquelle l'éloignement et les conditions socioéconomiques défavorables étaient prises en compte dans les divisions statistiques de ce pays révèle que ces deux facteurs sont corrélés aux taux de mortalité, mais le facteur pour lequel la corrélation est la plus forte est la proportion de résidents qui se

Il se pourrait que les décès dans les régions éloignées fassent l'objet d'un certain sous-dénombrement, mais on pense que l'importance de ce dernier est faible.

La dichotomie forte/faible population autochtone utilisée pour caractériser les régions sociosanitaires ne permet pas de procéder à une analyse spécifique des APVP parmi les populations autochtones. Dans l'ensemble, dans le groupe à forte proportion autochtone, seulement 35 % des membres de la population étaient autochtones, si bien que le nombre d'années potentielles de vie perdues dans ces régions n'est pas synonyme d'APVP parmi les peuples autochtones. Contrairement à des pays comme l'Australie et les États-Unis, le Canada n'inclut pas l'identité autochtone sur les enregistrements de décès^{7,26,27}, quoiqu'en Colombie-Britannique²⁸ et au Manitoba²⁹, les données de l'état civil soient couplées aux fichiers de vérification du statut du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Cependant, il n'existe aucun moyen de déterminer l'identité autochtone pour le Canada dans son ensemble d'après la Base canadienne de données sur l'état civil de Statistique Canada.

Le nombre d'APVP est un indicateur descriptif de la santé de la population qui accorde plus de « poids » aux décès survenant chez les jeunes. On pourrait soutenir que la perte d'une personne âgée (qui représente un moins grand nombre d'APVP) est toute aussi importante, en ce sens qu'elle réduit le réservoir culturel de la collectivité. Cependant, la valeur des APVP tient au fait qu'elle met en relief les causes des décès prématurés et, par conséquent, souvent évitables, alors que les décès survenant chez les personnes âgées font partie du cours normal de la vie.

déclarent Autochtones³⁰. Par conséquent, les facteurs géographiques et socioéconomiques (non mesurés dans la présente analyse) contribuent sans doute à l'écart entre les taux d'APVP observés pour les deux groupes de régions sociosanitaires, mais une part de celui-ci est presque certainement attribuable à la différence de composition concernant les Autochtones. Une étude supplémentaire sera nécessaire pour déterminer si une vie plus courte comptant un plus grand nombre d'années en mauvaise santé est un attribut caractéristique des populations autochtones ou s'il s'applique à toutes les personnes, indépendamment de leur ethnicité, qui vivent dans une région sociosanitaire où la

proportion de résidents autochtones est forte. Le couplage d'enregistrements³¹ est une des méthodes auxquelles il est techniquement possible d'avoir recours et qui pourrait fournir des renseignements intéressants sur la relation entre l'état de santé, la mortalité et le statut d'Autochtone^{2,30}. Malheureusement, à l'heure actuelle, les bases de données contenant des renseignements sur l'identité autochtone ne sont pas couplées à la Base canadienne de données sur l'état civil.

Au Canada, les autorités des régions sociosanitaires assument de plus en plus la responsabilité des services de santé et des services sociaux³². L'analyse des causes des années potentielles de vie perdues à l'échelle de la région sociosanitaire est importante en ce qui concerne la prestation de ces services. Le présent examen de la

mortalité prématurée illustre la perte causée par les traumatismes dans les régions sociosanitaires où la population autochtone est nombreuse et témoigne de l'observation faite en 2003 dans un rapport de Santé Canada selon laquelle même une réduction partielle des taux de mortalité par traumatisme aurait un effet considérable sur les taux de mortalité prématurée et sur la santé de la population en général². Cela est particulièrement vrai dans les collectivités éloignées et isolées du Nord comptant une forte population autochtone. En effet, dans ces dernières, le fardeau sociétal^{1,2} imposé par la mortalité prématurée, et en grande partie évitable, laisse entendre que des politiques de santé publique ou d'autres stratégies efficaces pourraient réduire le dommage causé par les traumatismes. ●

Références

1. E.R. Rhoades, *American Indian Health: Innovations in Health Care, Promotion and Policy*, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press, 2000.
2. Santé Canada, *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2003.
3. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, *Rassembler nos forces* (n° Z1-1991/1-3f au catalogue), Ottawa, Groupe Communication Canada, 1996.
4. Santé Canada, *Tendances relatives au taux de mortalité des premières nations, 1979-1993* (n° 34-79/1993F au catalogue), Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1996.
5. Santé Canada, *La santé des Premières nations et des inuits au Canada – Un second diagnostic*, Ottawa, Santé Canada, 1999.
6. Santé Canada, *Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, Ottawa, Santé Canada, 2002.
7. J. Cunningham et Y. Paradies, *Mortality of Aboriginal and Torres Strait Islander Australians, 1997*, parution occasionnelle (n° 3315.0 au catalogue), Canberra, Australie, Australian Bureau of Statistics, 2000.
8. F. Trovato, « Aboriginal mortality in Canada, the United States and New Zealand », *Journal of Biosocial Science*, 33, 2001, p. 67-86.
9. Statistique Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* (n° 82-570-XIF au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1999.
10. Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de la santé*, (n° 82-221-XIF au catalogue), 2000; 2000(1), Ottawa, ministre de l'Industrie, 2000.
11. J. Gilmore et B. Wannell, « Espérance de vie », dans « La santé de la population canadienne », *Rapports sur la santé*, 11(3), 1999, p. 9-24 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. Statistique Canada, *Régions socio-sanitaires en l'an 2000, CD-ROM : limites, renseignements géographiques et estimations démographiques* (n° 82F0082XCB au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 2000.
13. J.M. Romeder et J.R. McWinnie, « Potential years of life lost between ages 1 and 70: An indicator of premature mortality for health planning », *International Journal of Epidemiology*, 6, 1977, p. 143-151.
14. A.K. Marlow, « Potential years of life lost: What is the denominator? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 1995, p. 320-322.
15. A. Ortega et M. Puig, « Influence of different upper age limits on the Years of Potential Life Lost index », *European Journal of Epidemiology*, 8, 1992, p. 875-877.
16. L.J. Kirmayer, G.M. Brass et G.L. Tait, « The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community », *Revue canadienne de psychiatrie*, 45, 2000, p. 607-616.
17. E. Single, J. Rehm, L. Robson *et al.*, « The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162, 2000, p. 1669-1675.
18. T.N. Chikritzhs, H.A. Jonas, T.R. Stockwell *et al.*, « Mortality and life-years lost due to alcohol: A comparison of acute and chronic causes », *Medical Journal of Australia*, 174, 2001, p. 281-284.
19. B.R. Shah, J.E. Hux et B. Zinman, « Increasing rates of ischemic heart disease in the native population of Ontario, Canada », *Archives of Internal Medicine*, 160, 2000, p. 1862-1866.

20. S.S. Anand, S. Yusuf, R. Jacobs *et al.*, « Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Aboriginal people in Canada, the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP) », *Lancet*, 358, 2001, p. 1147-1153.
21. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins *et al.*, « Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec », *Rapports sur la santé*, 10(2), 1998, p. 57-70 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
22. 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.
23. M. Shields et S. Tremblay, « La santé dans les collectivités canadiennes », *Rapports sur la santé*, 13(supplément), 2002, p. 9-35 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
24. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot *et al.*, « Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire », *Rapports sur la santé*, 13(4), 2002, p. 53-66 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
25. Statistique Canada, « Le Recensement de 1996 – Données sur les Autochtones », *Le Quotidien*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 13 janvier 1998.
26. B.A. Carr et E.S. Lee, « Navajo tribal mortality: A life table analysis of the leading causes of death », *Social Biology*, 25, 1978, p. 279-287.
27. M.C. Mahoney, A.M. Michalek, K.M. Cummings *et al.*, « Years of potential life lost among a Native American population », *Public Health Reports*, 104, 1989, p. 279-285.
28. BC Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Division of Vital Statistics, *Regional Analysis of Health Statistics for Status Indians in British Columbia. Birth-related and Mortality Summaries for British Columbia and 20 Health Regions*, Victoria, BC Vital Statistics, 148, juillet 2001 [www.vs.gov.bc.ca/stats/pdf/hrindianreport.pdf].
29. Manitoba Centre for Health Policy (MCHP), *The Health and Health Care Use of Registered First Nations People Living in Manitoba: A Population-Based Study*, Winnipeg, MCHP, 2002.
30. D. Wilkinson, P. Ryan et J. Hiller, « Variation in mortality rates in Australia: correlation with Indigenous status, remoteness and socio-economic deprivation », *Journal of Public Health Medicine*, 23, 2001, p. 74-77.
31. A. Probert, « Le couplage des dossiers », *Bulletins de recherche sur les politiques de santé*, Santé Canada, 5, 2003, p. 30-31.
32. E.C. Paluck, D.L. Williamson, C.D. Milligan *et al.*, « The use of population health and health promotion research by health regions in Canada », *La revue canadienne de santé publique*, 92, 2001, p. 19-23.

Annexe

Tableau A

Population et espérance de vie, régions sociosanitaires à forte proportion ($\geq 19\%$) de résidents autochtones[†], Canada, 1995 à 1997

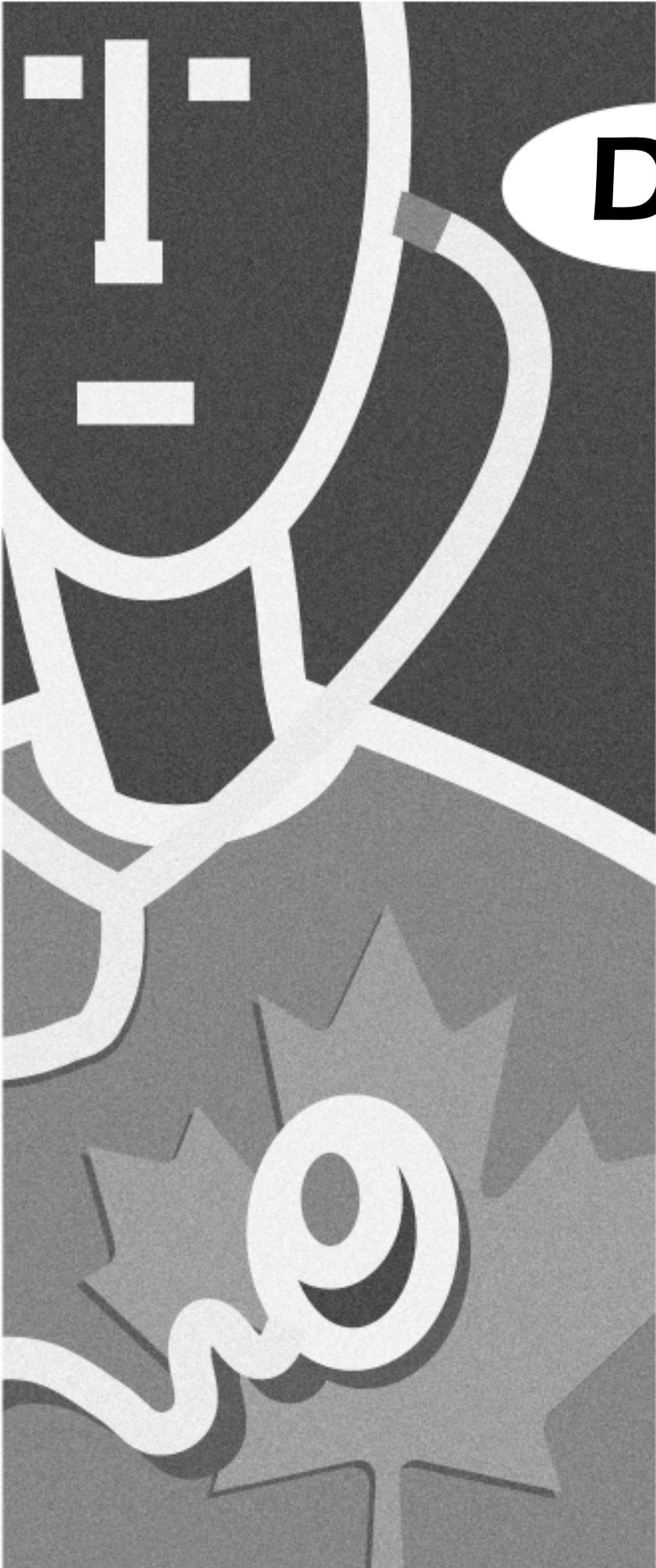
Région sociosanitaire			Population de 1996		Espérance de vie (années)
Numéro	Nom	Province/Territoire	Numéro	Proportion d'Autochtones [†]	
				%	
1006	Health Labrador Corporation [‡]	Terre-Neuve	25 693	28,7	74,9
2417	Nunavik [‡]	Québec	8 905	87,6	65,4
2418	Terres-Cries-de-la-Baie-James [‡]	Québec	11 597	92,1	73,9
3549	Northwestern [‡]	Ontario	84 450	22,2	74,3
4620	North Eastman [‡]	Manitoba	38 182	19,7	77,6
4660	Parkland [‡]	Manitoba	43 558	21,1	77,4
4670	Norman [‡]	Manitoba	23 621	36,9	74,6
4680	Burntwood [§]	Manitoba	45 167	65,0	72,9
4690	Churchill [§]	Manitoba	1 111	45,0	72,9
4709	Prince Albert (Region I)	Saskatchewan	75 632	24,9	78,4
4710	North Battleford (Region J) [‡]	Saskatchewan	67 728	23,4	77,3
4711	Northern Health Services [‡]	Saskatchewan	32 172	78,1	73,3
4815	Keeweenaw Lakes [‡]	Alberta	23 563	45,5	74,8
4817	Northwestern	Alberta	17 639	35,1	80,0
5913	North West [‡]	Colombie-Britannique	90 212	21,5	77,9
6001	Yukon [‡]	Yukon	31 938	19,3	75,7
6101	Territoires du Nord-Ouest [‡]	Territoires du Nord-Ouest	41 829	45,4	76,8
6201	Nunavut [‡]	Nunavut	25 947	80,4	69,8
	Total des régions sociosanitaires dont la proportion de résidents autochtones est $\geq 19\%$		688 944	35,1	75,9
	Autres régions sociosanitaires		28 982 948	2,1	78,4
Total	Canada		29 671 892	2,9	78,3

Sources des données : Références n^{os} 10 et 12

[†] Auto-identifié au Recensement de 1996.

[‡] Parmi les régions sociosanitaires où l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité sont les plus faibles (référence n^o 25).

[§] Les espérances de vie pour Burntwood et Churchill ont été combinées.

A stylized graphic on the left side of the page. It features a dark grey background with white and light grey outlines. The top part shows a simplified face with rectangular eyes and a horizontal line for a mouth. Below this, there are thick white curved lines that suggest a neck or a stylized hair. At the bottom, there is a large, stylized white maple leaf with a circular cutout in the center. The overall style is modern and minimalist.

Données **disponibles**

Aperçu des données sur la santé
produites récemment par
Statistique Canada

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Selon les nouvelles données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002, un Canadien sur dix âgé de 15 ans et plus, soit 2,6 millions de personnes environ au total, a dit avoir éprouvé des symptômes de troubles mentaux ou de dépendance à une substance au cours des 12 mois précédents. L'enquête a porté sur cinq troubles mentaux (trouble dépressif majeur, trouble de la manie, trouble panique, phobie sociale et agoraphobie), ainsi que sur la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites.

Les taux de prévalence globaux étaient à peu près les mêmes chez les hommes (10 %) que chez les femmes (11 %). Le trouble dépressif majeur était plus courant chez les femmes : 6 % comparativement à 4 % pour les hommes. Un modèle similaire a été noté pour les troubles anxieux, mais la dépendance à une substance était plus répandue chez les hommes (4 %) que chez les femmes (2 %). Les adolescents et les jeunes adultes étaient plus susceptibles que les personnes plus âgées de présenter des troubles mentaux ou des problèmes de dépendance à une substance. Environ 18 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont déclaré avoir éprouvé des sentiments ou des symptômes concordant avec un des troubles ou des problèmes de dépendance visés par l'enquête. Au fur et à mesure que les personnes avancent en âge, le pourcentage diminue, passant de 12 % chez les personnes âgées de 25 à 44 ans, à 8 % chez les 45 à 64 ans, et à moins de 3 % chez les 65 ans et plus.

Environ le tiers (32 %) des répondants qui ont déclaré des troubles mentaux ou une dépendance à une substance ont consulté un professionnel de la santé (psychiatre, médecin de famille, spécialiste, psychologue ou infirmière) au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Les personnes qui ont cherché de l'aide ont le plus souvent consulté un médecin de famille. Malgré la prévalence plus grande de problèmes de santé mentale chez eux, seulement le quart environ des adolescents et des jeunes adultes ont fait appel à des ressources de santé mentale. Les adultes âgés de 25 à 64 ans étaient les plus

susceptibles de déclarer avoir consulté un professionnel de la santé, même si moins de la moitié d'entre eux l'avaient fait (45 %). Parmi les personnes âgées, le tiers avaient eu recours à des ressources de santé mentale.

Environ 21 % des personnes présentant des troubles mentaux ou des problèmes de dépendance à une substance étudiés ont déclaré avoir eu le sentiment qu'elles avaient besoin d'aide, sans en avoir reçu au cours de l'année précédente. Parmi les raisons les plus fréquemment citées pour justifier l'absence d'aide figuraient les suivantes : les personnes préféraient s'occuper de leurs problèmes elles-mêmes (31 %); elles ne s'en sont pas occupés ou étaient indifférentes (19 %); ou elles avaient peur de demander de l'aide ou de ce que les autres auraient pensé (18 %). Les femmes étaient légèrement plus susceptibles que les hommes de déclarer des besoins non satisfaits de soins de santé mentale; les personnes âgées déclarant beaucoup moins de besoins non comblés que celles des autres groupes d'âge. La grande majorité (plus de 82 %) des utilisateurs de soins de santé mentale ont été satisfaits ou très satisfaits de l'aide reçue.

La publication *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002* (82-617-XIE, gratuite) est maintenant disponible dans le site Internet de Statistique Canada, à www.statcan.ca. Sélectionnez « Nos produits et services », puis « Parcourir les publications Internet », « Gratuites », et « Santé ». Pour plus de renseignements concernant le volet de l'ESCC portant sur la santé mentale, ou pour en savoir davantage au sujet des concepts, des méthodes ou de la qualité des données, veuillez entrer en rapport avec Lorna Bailie (613-951-0837; lorna.bailie@statcan.ca), Division de la statistique de la santé, Statistique Canada.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Supplément des Forces canadiennes sur la santé mentale, 2002

La population cible de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 ne comprenait pas les membres à temps plein des

Forces canadiennes. Par conséquent, le ministère de la Défense nationale a mandaté Statistique Canada, afin de mener l'Enquête sur la santé mentale dans les Forces canadiennes, une enquête supplémentaire auprès du personnel des Forces armées, y compris les réservistes. L'enquête a permis de mesurer la prévalence de cinq troubles mentaux : trouble dépressif majeur, phobie sociale, état de stress post-traumatique, trouble panique et troubles d'anxiété généralisée. Elle a en outre permis de mesurer la prévalence des problèmes liés à la dépendance à l'alcool.

En 2002, environ 15 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir éprouvé des symptômes correspondant à un ou plusieurs des cinq troubles mentaux couverts par l'enquête ou à des problèmes de dépendance à l'alcool, à un moment donné au cours des 12 mois précédents. Parmi les réservistes, le taux de prévalence de ces problèmes était plus faible (13 %).

La prévalence des divers troubles différait entre les membres de la Force régulière et les membres de la Réserve, mais aussi selon le grade et le sexe. Par exemple, le trouble dépressif majeur était le trouble le plus répandu chez les membres de la Force régulière, 7,6 % d'entre eux déclarant avoir éprouvé un tel trouble, mais il venait au deuxième rang chez les réservistes (4,1 %). La dépendance à l'égard de l'alcool était le problème le plus répandu chez les réservistes (6,2 %) et le deuxième en importance pour les membres de la Force régulière (4,2 %). L'état de stress post-traumatique touchait 2,8 % des membres de la Force régulière, comparativement à 1,2 % des réservistes.

Les conclusions laissent supposer une relation possible entre un nombre plus élevé de déploiements et l'état de stress post-traumatique. Parmi les membres de la Force régulière qui avaient pris part à trois déploiements, 4,7 % déclaraient des symptômes associés à un état de stress post-traumatique, comparativement à 2,7 % chez ceux qui avaient participé à un ou deux déploiements, et à 1,7 % chez ceux qui n'avaient pris part à aucun déploiement. La tendance était similaire chez les réservistes.

Le taux de déclaration de symptômes était généralement plus élevé chez les répondants des grades inférieurs et chez les femmes. La dépendance à l'alcool constituait l'exception, sa prévalence étant plus élevée chez les hommes. Comparativement à la population civile, deux différences sont ressorties : les taux de trouble dépressif majeur et d'anxiété étaient plus grands parmi les membres de la Force régulière.

Pour plus de renseignements au sujet du contenu de l'enquête et des analyses, veuillez entrer en rapport avec le colonel Randy Boddam (613-945-6308), ministère de la Défense nationale. Pour en savoir davantage au sujet de la méthodologie et de la collecte des données, ou pour obtenir des renseignements additionnels à partir de la base de données de l'enquête, veuillez entrer en rapport avec les Services à la clientèle (1-800-9050; 613-951-3321; ssd@statcan.ca) ou Edward-Praught (613-951-5386; edward.praught@statcan.ca), Division des enquêtes spéciales, Statistique Canada.

Naissances, 2001

En 2001, le nombre de naissances vivantes a augmenté pour la première fois de la décennie. Par conséquent, le taux de fécondité au Canada est remonté légèrement par rapport au taux record enregistré en 2000. Au total, 333 744 bébés sont nés en 2001, une hausse de 1,8 % par rapport à 2000. Le taux de fécondité — une estimation du nombre moyen d'enfants que les femmes âgées de 15 à 49 ans auront au cours de leur vie — s'est établi à 1,51 en 2001, après avoir été de 1,49 en 2000. Les naissances vivantes ont augmenté dans quatre provinces seulement : Ontario, Québec, Saskatchewan et Alberta.

Même si les raisons qui sous-tendent la hausse du nombre de naissances ne peuvent être déterminées à partir des enregistrements de naissances, l'augmentation coïncide avec l'élargissement des prestations parentales en vertu de l'assurance-emploi. Il est possible que l'augmentation de 10 à 35 du nombre maximal de semaines de prestations, en date du 31 décembre 2000, ait incité certains Canadiens à fonder une famille ou à agrandir leur famille.

Le taux de fécondité a augmenté pour les femmes âgées de 25 ans et plus, et il a diminué pour celles âgées de moins de 25 ans. Le taux de fécondité des adolescentes a atteint un nouveau creux en 2001, avec 16,3 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, ce qui poursuit la tendance à la baisse amorcée en 1992. Par contre, le taux de fécondité des femmes âgées de 25 à 29 ans a augmenté pour la première fois dans une décennie, atteignant 97,9 naissances pour 1 000 femmes de cet âge.

La publication *Naissances — Tableaux standards, 2001* (84F0210XPB, 20 \$), qui comprend des tableaux sur les naissances vivantes et les mortinaissances, est maintenant disponible. Pour des renseignements généraux ou pour commander des totalisations personnalisées, veuillez communiquer avec les Services à la clientèle (613-951-1746; hd-ds@statcan.ca). Pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes ou la qualité des données, veuillez entrer en rapport avec Patricia Tully (613-951-1759; patricia.tully@statcan.ca) ou Leslie Geran (613-951-5243; leslie.geran@statcan.ca), Division de la statistique de la santé, Statistique Canada.

Mortinaissances, 2001

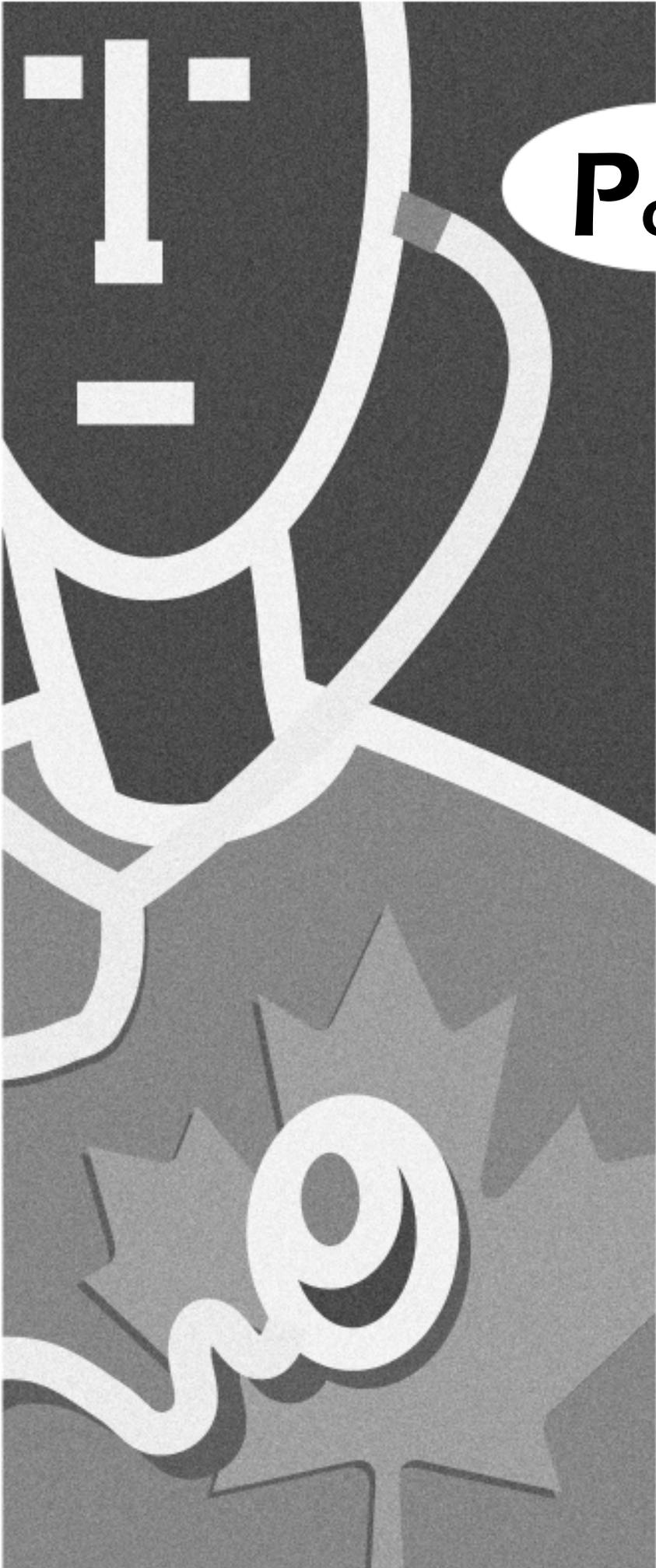
Le Canada a enregistré 1 097 mortinaissances survenues à 28 semaines de gestation ou plus en 2001, une hausse de 3,5 % par rapport à l'année précédente et la troisième hausse annuelle consécutive.

En 2001, on a enregistré 3,3 morts fœtales en fin de période de gestation pour 1 000 naissances totales (nombre total de naissances vivantes et de mortinaissances survenues à 28 semaines de gestation et plus). Ce nombre était de 3,2 pour 1 000 naissances totales en 2000. Depuis 1990, le taux de mortinatalité tardive demeure inférieur à 4 décès pour 1 000 naissances totales.

La publication *Naissances — Tableaux standards, 2001* (84F0210XPB, 20 \$), qui comprend des tableaux sur les naissances vivantes et les mortinaissances, est maintenant disponible. Définitions, sources des données et méthodes : n° d'enquête 3234. Pour obtenir des renseignements généraux ou pour commander des totalisations personnalisées, veuillez communiquer avec les Services à la clientèle (613-951-1746; hd-ds@statcan.ca). Pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes ou la qualité des données, veuillez entrer en rapport avec Patricia Tully (613-951-1759; patricia.tully@statcan.ca) ou Leslie Geran (613-951-5243; leslie.geran@statcan.ca), Division de la statistique de la santé, Statistique Canada. ●

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca





Pour commander les publications

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

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca





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

Division de la diffusion, Gestion de la circulation
 Statistique Canada
 120 avenue Parkdale
 Ottawa (Ontario)
 K1A 0T6
 Téléphone (Canada et États-Unis) : 1 800 267-6677
 Télécopieur (Canada et États-Unis) : 1 877 287-4369
 Courriel : infostats@statcan.ca

Ou visiter notre site Web : www.statcan.ca

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) ^{†‡}
Rapports sur la santé · par année · l'exemplaire	82-003-XPB	Papier	63 \$
			22 \$
	82-003-XIF	Internet	48 \$
			17 \$
La santé de la population canadienne - Rapport annuel 2002	82-003-SIF	Internet	Gratuit
	82-003-SPF	Papier	22 \$
Indicateurs de la santé, publication électronique	82-221-XIF	Internet	Gratuit
Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires	82-401-XIF	Internet	Gratuit
Régions socio-sanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement	82F0082XCB	CD-ROM	60 \$
Guide de la statistique sur la santé <i>(Ce guide est un outil qui vous permet d'accéder rapidement à de l'information reliée à la santé dans le site Web de Statistique Canada. Il peut n'être utilisé qu'en ligne dans le format html et ne peut être téléchargé.)</i>	82-573-GIF	Internet	Gratuit
Rapport statistique sur la santé de la population canadienne	82-570-XIF	Internet	Gratuit
Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 2001	82F0027-XIF	Internet	Gratuit
Cancer			
Statistique sur le cancer (Incidence du cancer au Canada; Registre canadien du cancer - Dictionnaire des données d'entrée; Statistiques sur la survie au cancer; La filière du cancer, bulletin des registres du cancer au Canada)	86-601-XIF	Internet	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 \$
	82-567-XIB	Internet	8 \$
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997	82-567-XPB	Papier	35 \$
	82-567-XIB	Internet	26 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$
Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$
Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – établissements de soins de santé	82M0010GPF	Papier	50 \$

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

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN)†‡
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes			
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être	82-617-XIF	Internet	Gratuit
Contenu optionnel et autres tableaux connexes, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	82-577-XIF	Internet	Gratuit
Profil de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	82-576-XIF	Internet	Gratuit
Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001	82-575-XIF	Internet	Gratuit
Espérance de vie			
Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 1995-1997	84-537-XIF	Internet	15 \$
Établissements de soins			
Établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1998-1999 (Ces données sont disponibles sous forme de totalisations spéciales en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle.)			
État civil			
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001XPB	Papier	22 \$
Causes de décès	84F-208-XIF	Internet	Gratuit
Mortalité, liste sommaire des causes	84F0209XPB	Papier	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes, 1997	84F0209XIB	Internet	Gratuit
Naissances	84F0210XPB	Papier	20 \$
Décès	84F0211XIF	Internet	Gratuit
Mariages	84F0212XPB	Papier	22 \$
Divorces	84F0213XPB	Papier	20 \$
Causes principales de décès	84F0503XPB	Papier	20 \$
Autre			
Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada	84F0013XIF	Internet	Gratuit
Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+)	82F0086XDB	Disquette	Gratuit
(Pour obtenir le FCCP+, les clients doivent d'abord acheter le FCCP.)			
Renseignements historiques			
Recueil de statistiques de l'état civil, 1996	84-214-XPF	Papier	45 \$
	84-214-XIF	Internet	33 \$
Hospitalisation			
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562-XPB	Papier	40 \$
Maladies cardiovasculaires			
Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada	82F0076XIF	Internet	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 \$

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

‡ Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



La Division de la statistique de la santé offre un service de totalisations spéciales pour répondre à des besoins particuliers, 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 de la statistique de 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.

‡ Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



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 de la statistique de 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 sur la santé dans les collectivités canadiennes

	Numéro du produit	Version	Prix (\$CAN)†‡
l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 - Cycle 1.1FMGD (Fichier de microdonnées à grande diffusion)	82M0013XCB	CD-ROM	2 000 \$
Fichiers transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaire de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé.			Gratuit pour le secteur de la santé

Fichiers de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête nationale sur la santé de la population

Cycle 4, 2000-2001

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée
------------------------	---------	---------	--

Cycle 3, 1998-1999

Composante des ménages	Fichiers transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaire de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	2 000 \$
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 2, 1996-1997

Composante des ménages	Données transversales, fichier texte ASCII, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	500 \$
Composante des établissements de soins de santé	Données transversales, fichier texte ASCII	82M0010XCB	CD-ROM	250 \$ Les clients qui achètent la composante des ménages des fichiers de microdonnées 1996-1997 recevront gratuitement la composante des établissements de soins de santé
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, fureteur Beyond 20/20 – fichier texte ASCII, Guide le l'utilisateur	82F0001XCB	CD-ROM	300 \$
Composante des établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	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.

‡ Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



ENQUÊTES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

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

Cycle 1.1 : Cette enquête a été menée par Statistique Canada afin de produire des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 133 régions socio-sanitaires réparties partout au Canada et dans les territoires.

Cycle 1.2 : Santé mentale et bien-être : cette enquête est menée par Statistique Canada en vue de produire des estimations transversales des déterminants de la santé mentale, de l'état de santé mentale et de l'utilisation des services de santé mentale, au niveau provincial.

Cycle 2.1 : Cette enquête sera menée par Statistique Canada afin de produire des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 134 régions socio-sanitaires réparties partout au Canada.

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

Ménages - La composante des ménages vise les résidents des ménages de toutes les provinces, à l'exclusion de la population des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées du Québec et de l'Ontario.

Établissements - La composante des établissements vise les résidents à long terme (devant y séjourner plus de six mois) des établissements de soins comportant quatre lits ou plus dans toutes les provinces, à l'exclusion du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

Nord - La composante du Nord vise les résidents des ménages du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, à l'exclusion de la population des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines des régions les plus au nord des territoires.

L'Enquête conjointe Canada-États-Unis sur la santé (ECCES)

Cette enquête recueillera de l'information, à la fois des résidents du Canada et des États-Unis, concernant la santé, l'usage des soins de santé et les restrictions fonctionnelles.

Pour plus de renseignements, veuillez visiter notre site web

http://www.statcan.ca/francais/concepts/hs/index_f.htm

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 « Santé ».

Centres de données de recherche statistique

Statistique Canada, en collaboration avec le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), a lancé une initiative qui permettra d'améliorer la capacité de recherche sociale du pays, d'appuyer la recherche en vue de l'élaboration de politiques et de fournir des aperçus sur d'importants enjeux pour le public canadien. L'initiative prévoit la création de neuf centres de données de recherche situés à la McMaster University à Hamilton, à l'Université de Montréal, à la Dalhousie University et aux universités de Toronto, de Waterloo, de Calgary, de l'Alberta, du Nouveau-Brunswick (Fredericton) et de la Colombie-Britannique. Les chercheurs potentiels qui souhaitent travailler à partir des données des enquêtes doivent soumettre des propositions de projet à un comité de décision fonctionnant sous les auspices du CRSH et de Statistique Canada. L'approbation des propositions sera basée sur le mérite du projet de recherche et sur le besoin d'accéder à des données détaillées. Les centres et les projets de recherche seront évalués périodiquement afin d'estimer les normes de sécurité et le succès des analyses découlant des projets. Les chercheurs effectueront le travail aux termes de la *Loi sur la statistique*, tout comme le ferait un employé de Statistique Canada. Cela signifie que les centres seront protégés au moyen d'un système d'accès sécuritaire, que les ordinateurs contenant des données ne seront pas reliés à des réseaux externes, que les chercheurs devront prêter le serment de garder confidentiels tous renseignements pouvant identifier une personne et que les résultats de leurs recherches seront publiés par Statistique Canada. Pour plus de renseignements, communiquez avec Garnett Picot au (613) 951-8214, Division de l'analyse des entreprises et du marché du travail.