



N° 82-003-XIF au catalogue

Rapports sur la santé

Vol. 12, n° 3

La santé de la population canadienne

Rapport annuel 2001



Statistique
Canada

Statistics
Canada



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

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 20 \$ CA l'exemplaire et de 58 \$ CA pour un abonnement annuel. Les frais de livraison supplémentaires suivants s'appliquent aux envois à l'extérieur du Canada :

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

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

Les prix ne comprennent pas les taxes de ventes.

La version imprimée peut être commandée par

- Téléphone (Canada et États-Unis) **1 800 267-6677**
- Télécopieur (Canada et États-Unis) **1 877 287-4369**
- Courriel **order@statcan.ca**
- Poste
Statistique Canada
Division de la diffusion
Gestion de la circulation
120, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario) K1A 0T6
- En personne au bureau régional de Statistique Canada le plus près de votre localité ou auprès des agents et librairies autorisés.

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

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136.



Statistique Canada
Division de la statistique de la santé

Rapports sur la santé

Volume 12, numéro 3

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2001

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.

Avril 2001

N° 82-003-XPF au catalogue, vol. 12, n° 3
ISSN 1492-7128

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 12, n° 3
ISSN 1209-1375

Périodicité : trimestrielle

Ottawa

Note de reconnaissance

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

SIGNES CONVENTIONNELS

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

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

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



RAPPORTS SUR LA SANTÉ - NUMÉRO SPÉCIAL

Rédacteur en chef

Gary Catlin

Rédacteurs-coordonnateurs

Larry Swain

Kathryn Wilkins

Collaborateurs

Janet Che

Jiajian Chen

Doreen Duchesne

Larry Ellison

Laurie Gibbons

Heather Gilmour

Feng Hou

Francine Mayer

Claudio E. Pérez

Margot Shields

Kathryn Wilkins

Rédactrices

Mary Sue Devereaux

Barbara Riggs

Kathryn Wilkins

Rédacteur adjoint

Marc Saint-Laurent

Chargée de production

Renée Bourbonnais

Production et composition

Agnes Jones

Robert Pellarin

Micheline Pilon

Vérification des données

Dan Lucas

Administration

Donna Eastman

La santé éveille un vif intérêt chez les Canadiens. Ces derniers se préoccupent notamment de leur propre santé, de celle des membres de leur famille et de leurs amis, et de la capacité qu'a le système de santé de répondre à leurs besoins. Comparativement à la plupart des autres pays, le Canada a de bonnes raisons d'être satisfait. Toutefois, les progrès possibles n'ont nullement tous été accomplis en ce qui concerne l'état de santé et la qualité du système de santé.

La santé comporte de nombreuses dimensions. Elle peut représenter la capacité de fonctionner ou le fait de ne pas être malade. Elle peut aussi être considérée comme un sentiment de bien-être ou le résultat de comportements favorables. À cela s'ajoute l'admission de plus en plus répandue que les déterminants de la santé, autrement dit le patrimoine génétique, l'environnement physique, la situation socioéconomique, les conditions durant la petite enfance, etc., influencent l'état de santé global de la population et, dans certains cas, l'efficacité des services de santé. L'état de santé d'une population évolue lentement et ne reflète parfois que des années plus tard les progrès réalisés dans le domaine de la prévention de la maladie, de la nutrition ou de l'activité physique.

En outre, l'état de santé de la population n'est pas uniforme. La vulnérabilité à la maladie, à l'incapacité et au décès prématuré diminue à mesure que s'élève la position sur l'échelle socioéconomique. Les Canadiens se sont dotés d'un système de santé enviable et remportent chaque année, grâce aux progrès médicaux et technologiques, de petites et de grandes victoires contre la maladie. Pourtant, malgré ces réalisations, des inégalités persistent au sein de la population en ce qui concerne l'état de santé.

Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) unissent leurs efforts pour publier des rapports sur l'état de santé de la population canadienne, sur les facteurs qui déterminent ou influencent cet état de santé et sur le rendement du système de santé. Ces rapports annuels visent à fournir aux Canadiens et aux décideurs l'information et les renseignements contextuels nécessaires pour mieux apprécier les facteurs complexes qui contribuent à l'amélioration de la santé.

Le présent rapport, le deuxième de la série de rapports annuels intitulée « La santé de la population canadienne », se concentre sur les différences entre l'état de santé des hommes et des femmes. Le rapport complémentaire qui sera publié par l'ICIS en mai 2001 portera sur le système de santé. Dans l'avenir, d'autres rapports étofferont les connaissances actuelles et combleront les lacunes à mesure que l'éventail de données disponibles s'élargira.

Numéros antérieurs dans la série

« La santé de la population canadienne », *Rapports sur la santé*, numéro spécial, volume 11, numéro 3, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue, 31 mars 2000 et « La santé de la population canadienne - Sommaire », publication Internet, <http://www.statcan.ca>.

Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel, Institut canadien d'information sur la santé, 26 avril 2000, rapport complet et brochure, <http://www.cihi.ca>.

Au sujet de Rapports sur la santé

La publication *Rapports sur la santé* est une revue trimestrielle dont les articles sont soumis à l'évaluation par les pairs publiée par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. La publication, qui s'adresse à un public varié, dont les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants, a pour mission de fournir des renseignements pertinents, complets et de haute qualité sur l'état de santé de la population et sur le système de santé.

À propos de Statistique Canada

La *Loi sur la statistique* autorise Statistique Canada à recueillir, analyser et publier des renseignements statistiques sur les activités sociales, économiques et générales de la population et sur l'état de celle-ci. L'objectif principal de la Division de la statistique de la santé est de fournir des données et des analyses statistiques sur la santé de la population, les déterminants de la santé, ainsi que la portée et l'utilisation des services de santé au Canada.

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

Depuis 1994, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) contribue à l'amélioration de la santé de la population canadienne et du système de santé en fournissant des renseignements de qualité sur la santé. L'ICIS est un organisme national sans but lucratif chargé de coordonner la mise en place et la mise à jour d'un système national intégré d'information sur la santé. À cette fin, l'Institut fournit les renseignements exacts et à jour indispensables à l'élaboration de politiques judicieuses en matière de santé, à la gestion efficace du régime de santé du Canada et à la sensibilisation du public aux facteurs qui favorisent un bon état de santé.

L'équipe de la rédaction désire remercier les membres du Comité-conseil d'avoir bien voulu donner leur appui à la production de ce numéro spécial de Rapports sur la santé en daignant consentir temps et efforts pour partager leurs connaissances et fournir de judicieux commentaires. Veuillez prendre note que les opinions exprimées dans ce numéro ne reflètent pas nécessairement celles des différents collaborateurs ou des organismes qu'ils représentent.

REMERCIEMENTS

Ross Baker
Department of Health Administration
University of Toronto

Charlyn Black
Centre manitobain des politiques et d'évaluation
en matière de santé, Institut canadien d'information
sur la santé, et Instituts de recherche en santé du
Canada

Carmen Connolly
Initiative sur la santé de la population canadienne
Institut canadien d'information sur la santé

Victor Dirnfeld
Ex-président
Association médicale canadienne

Clyde Hertzman
Department of Health and Epidemiology
University of British Columbia

Alejandro Jadad
University Health Network
University of Toronto

Steven Lewis
Access Consulting Ltd., Saskatoon et
University of Calgary

Jonathan Lomas
Fondation canadienne de la recherche sur les
services de santé

Frank Markel
Comité mixte des politiques et de planification

Richard Massé
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Québec

Robert McMurtry
Direction générale de la santé de la population et
de la santé publique
Santé Canada

John Millar
Recherche et santé de la population
Institut canadien d'information sur la santé

Cameron Mustard
Institut de recherche sur le travail et la santé

Wendy Nicklin
Hôpital d'Ottawa et
Association des infirmières et infirmiers du
Canada

Denis Roy
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre

Judith Shamian
Direction générale de la politique de la santé et
des communications
Santé Canada

Larry Swain
Division de la statistique de la santé
Statistique Canada

Tom Ward
Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse

Michael Wolfson
Analyse et développement
Statistique Canada

Robert Williams
Timmins and District Hospital

Jennifer Zelmer
Rapports sur la santé et analyse
Institut canadien d'information sur la santé

Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme–femme

Introduction	9
La santé : à prendre ou à laisser!	11
Stress et bien-être	23
Services de santé/Autotraitement	37
Mortalité – Tendances	45
Conclusion	53
Méthodologie	55
Pour commander	61
Information sur les produits et services de la Division de la statistique de la santé, y compris les prix et la façon de commander	

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.

Abonnements

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

Version électronique

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

Au Canada, comme dans d'autres pays développés, les statistiques sur la santé montrent depuis longtemps, lorsque l'on compare les hommes et les femmes du même âge, que la prévalence des maladies chroniques et de l'usage des services médicaux est plus forte chez les femmes, mais que le taux de mortalité est plus élevé chez les hommes. Depuis des années, ce paradoxe est le sujet de multiples théories, études et spéculations.

INTRODUCTION

Les différences d'état de santé selon le sexe dépendent de divers facteurs. Au nombre de ces derniers se retrouvent vraisemblablement la prédisposition biologique, l'exposition à différents facteurs de risque à certaines étapes de la vie et l'influence culturelle. Le statut socioéconomique joue aussi un rôle important. À ce dernier égard, un statut socioéconomique élevé est lié à un meilleur état de santé chez les hommes comme chez les femmes. Ainsi, la situation généralement moins favorable des femmes sur le plan socioéconomique pourrait être à l'origine du taux de maladies plus élevé qu'on leur associe. Quoi qu'il en soit, l'espérance de vie des femmes n'en demeure pas moins plus élevée que celle des hommes.

Fondé sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les données de l'état civil, celles du Registre canadien du cancer et celles du Recensement de la population, ce numéro spécial de *Rapports sur la santé* examine les différences entre les Canadiens et les Canadiennes en ce qui concerne l'état de santé. On y présente un large éventail d'indicateurs. Certains, comme les taux de mortalité et l'espérance de vie, sont utilisés depuis longtemps pour décrire la santé des populations. D'autres sont des mesures que l'on n'a obtenues que récemment à l'échelle de la population, comme la prévalence du stress et l'incidence de la maladie, de l'incapacité et de la dépendance. On examine aussi le mode de vie et les habitudes liées aux soins de santé, qui peuvent aussi contribuer aux différences observées entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la santé.

Le but de l'analyse est de brosser un tableau comparatif intelligible et complet de la santé des hommes et des femmes fondé sur les données les plus récentes. La démarche globale est descriptive, bien que certaines analyses détaillées se concentrent sur des sujets particuliers, en rapport direct avec les efforts déployés par les décideurs et les professionnels de la santé pour donner à la population canadienne les meilleures chances d'être en bonne santé.

Le rapport comprend quatre grandes sections. « La santé : à prendre ou à laisser! » porte sur les différences de comportement qui influent sur la santé des hommes et des femmes, notamment à l'égard de la nutrition, de l'activité physique, du poids (reflété par l'indice de masse corporelle), de la consommation d'alcool et de l'usage du tabac. Une analyse des données recueillies auprès de personnes

suivies au fil du temps permet de décrire les liens entre l'exposition à certains facteurs de risque et le diagnostic ultérieur d'une maladie chronique.

« Stress et bien-être » traite de la santé psychique et physique. Cette partie du rapport contient des données sur le stress dans la vie personnelle et au travail, sur la dépression et sur l'incidence et la prévalence des principales maladies. Elle contient aussi des renseignements sur les blessures, la douleur chronique, la limitation des activités et la dépendance. Les données que l'on y présente sur le soutien social montrent que les hommes et les femmes n'ont pas la même probabilité de pouvoir compter sur un réseau de parents et d'amis pour tempérer l'effet du stress, de la dépression et de la maladie physique. Enfin, on y analyse en outre, pour les hommes comme pour les femmes, l'association entre le stress et la manifestation ultérieure de certaines maladies, ainsi que les cotes exprimant, pour certains problèmes de santé chroniques, le risque de manifester une limitation des activités ou de mourir.

« Services de santé/Autotraitement » présente des renseignements sur l'utilisation des services de santé traditionnels, comme les services médicaux et hospitaliers, et d'autres formes de soins. L'analyse permet ici de comparer la façon dont les membres de chaque sexe font face aux maladies bénignes et offre des données sur la consommation de médicaments et l'obtention de soins à domicile. Enfin, l'analyse porte sur les raisons pour lesquelles les femmes recourent plus fréquemment que les hommes aux services des médecins et des hôpitaux.

Enfin, « Mortalité – Tendances » contient des statistiques sur l'espérance de vie et sur les causes de décès. Cette partie du rapport examine l'augmentation de l'espérance de vie et l'écart qui a persisté entre les hommes et les femmes tout au long du XX^e siècle, ainsi que les fluctuations du classement de l'espérance de vie des Canadiens et des Canadiennes à l'échelle internationale ces 40 dernières années. On présente aussi les tendances de la mortalité observées depuis 1950 pour les causes principales de décès chez l'homme et chez la femme. Les données récentes portent sur les 10 causes principales de décès chez l'homme et chez la femme et sur celles qui expliquent la plus grande part de la mortalité avant l'âge de 75 ans. D'autres analyses permettent de comparer le nombre d'années que les femmes et les hommes peuvent s'attendre à vivre avec ou sans limitation des activités et les taux relatifs de survie aux formes fréquentes de cancer.

Naturellement, il existe entre l'âge et l'état de santé une forte association qui témoigne de l'accumulation des risques et de la diminution progressive de la résistance et de la tolérance de l'organisme. En outre, de nombreuses études montrent qu'il existe un lien entre le statut socioéconomique et la santé. Par conséquent, toute association significative avec l'âge ou le revenu du ménage est mentionnée dans le texte.

La section « Méthodologie », qui figure à la fin du rapport, décrit les sources de données, les techniques d'analyse et les limites. Sauf dans le cas des données de l'état civil, la plupart des analyses portent sur la population à domicile. Sauf indication contraire, les personnes vivant en établissement sont exclues du champ d'observation.

Au milieu des années 1970, les experts canadiens de la politique en matière de santé ont publié le Rapport Lalonde, document innovateur et reconnu internationalement, soutenant que le système de santé n'était pas le seul déterminant important de la santé et que d'autres facteurs jouaient un rôle¹. On a commencé à cette époque à qualifier de « mode de vie » les habitudes et les comportements qui influent sur la santé et sont considérés comme le résultat de choix personnels et délibérés. Les facteurs en question incluent, entre autres, l'exercice, l'usage du tabac, la nutrition, le poids et la consommation d'alcool. Les études épidémiologiques visant à quantifier les effets de ces « facteurs de risque modifiables » sur l'évolution d'une myriade de maladies se sont multipliées rapidement et des programmes de promotion de la santé ont été mis en place pour engager les Canadiens à réduire leur apport de matières grasses, à renoncer au tabac et à commencer à faire de l'exercice.

La santé : à prendre ou à laisser!

Récemment, les facteurs qui ont un effet sur la santé ont commencé à être examinés dans une perspective plus vaste. Aujourd'hui, les comportements liés au mode de vie sont considérés non seulement comme des choix individuels, mais aussi comme des comportements influencés par le contexte social, économique, culturel et géographique dans lequel vit la personne. À l'image de cette façon de penser, les initiatives de santé publique visant à améliorer le mode de vie s'adressent de plus en plus à la société dans son ensemble. Par exemple, les stratégies de lutte contre le tabac englobent maintenant des textes législatifs, des mesures fiscales de dissuasion et des interdictions de faire de la publicité.

Si les aspects économique, social et culturel du mode de vie ont un effet important, un autre facteur — le sexe — exerce une influence caractéristique sur les comportements liés à la santé, même si le milieu est le même. Peut-être parce que le processus de socialisation diffère, peut-être à cause de différences biologiques, les hommes et les femmes adoptent des modes de vie nettement différents. Les différences entre les hommes et les femmes se manifestent non seulement dans la propension à adopter certains comportements qui influent sur la santé, mais aussi dans les préoccupations au sujet de la santé ou dans les attitudes à l'égard de celle-ci. La preuve que ces différences existent a des conséquences importantes en ce qui concerne les programmes de santé publique. Les initiatives destinées à réduire les risques modifiables devraient tenir compte des différences entre hommes et femmes quant au niveau de risque, à la perception de ces risques et à la réaction à leur égard.

Nutrition

Aujourd'hui, une « mauvaise alimentation » peut tout aussi bien signifier manger une trop grande quantité de « mauvais » aliments qu'une quantité insuffisante de « bons » aliments. Les régimes riches en calories, en matières grasses, en cholestérol, en sucre et en féculents transformés, et pauvres en fruits et en légumes ont fait l'objet de nombreuses études visant à quantifier leur rôle dans l'évolution de la maladie²⁻⁶. Les travaux de recherche ont aussi porté sur le rôle prétendu des vitamines, du calcium, des fibres, des antioxydants et d'autres nutriment dans la prévention ou le retard de la maladie⁷⁻¹⁰.

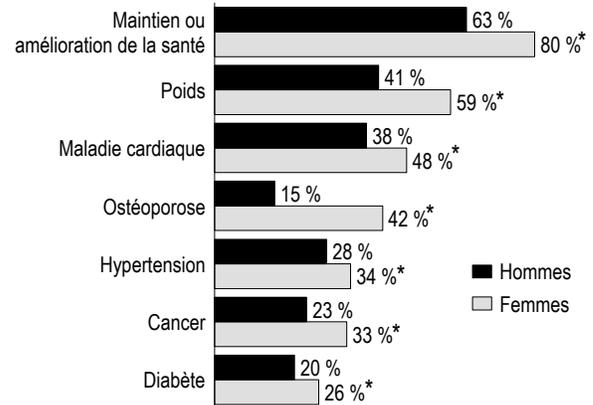
Les femmes se préoccupent souvent plus que les hommes de la nutrition, peut-être parce que ce sont elles qui achètent en grande partie les aliments pour la famille et qui se chargent de préparer les repas. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998-1999, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de tenir compte de leur état de santé général, de leur poids et de certains problèmes de santé ou maladies lorsqu'elles choisissent leurs aliments.

En effet, les femmes se préoccupent plus que les hommes de maintenir ou d'améliorer leur santé grâce au choix d'aliments appropriés : 80 % contre 63 %, respectivement. Le comportement à l'égard de la teneur en nutriment particuliers reflète cette différence entre les hommes et les femmes. Par exemple, une plus forte proportion de femmes disent vérifier la teneur en matières grasses, en cholestérol et en calories lorsqu'elles choisissent des aliments. Les femmes sont aussi plus susceptibles que les hommes de tenir compte de la teneur en fibres, en calcium, en fer, en sel, en sucre ou en vitamines et autres minéraux.

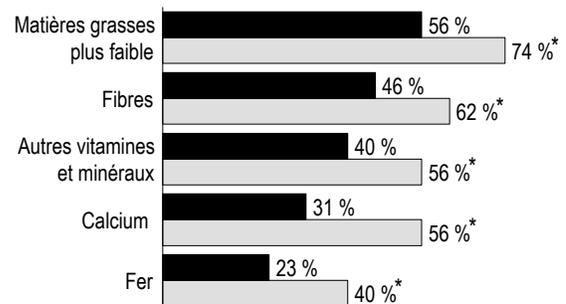
Dans la société actuelle, tout le monde sait qu'il existe un lien entre la consommation excessive de certains aliments et l'embonpoint. Néanmoins, l'examen des données sur le poids et sur le choix des aliments révèlent des écarts importants entre les hommes et les femmes. Alors que 59 % de femmes pensent à leurs poids quand elles choisissent des aliments, seulement 41 % d'hommes en font de même. Qui plus est, les hommes qui présentent effectivement un surpoids (indice de masse

Choix des aliments, population de 15 ans et plus, selon la raison qui pousse à choisir ou à éviter certains aliments, 1998-1999

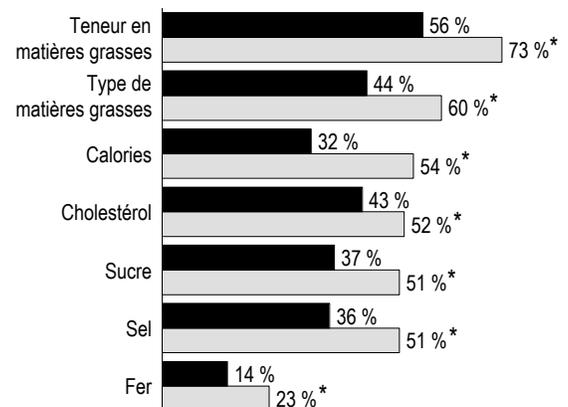
% de personnes qui choisissent ou évitent certains aliments par souci de :



% de personnes qui choisissent certains aliments à cause de leur teneur en :



% de personnes qui évitent certains aliments à cause de :



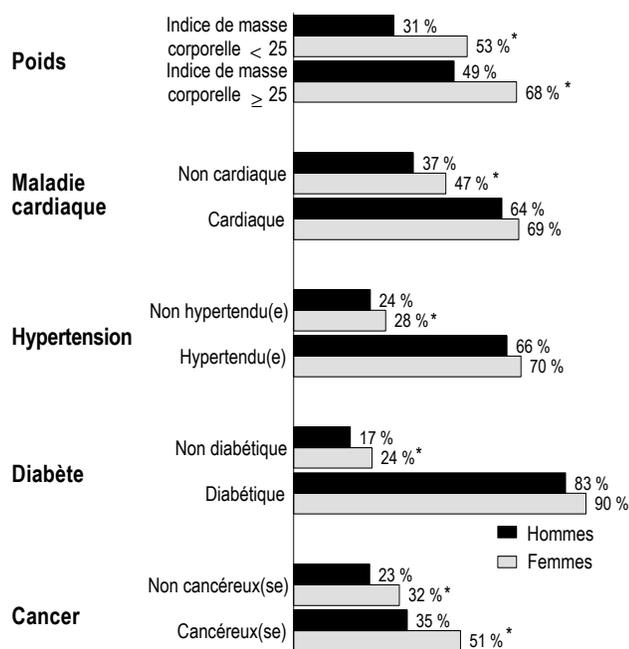
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages
* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

corporelle égal ou supérieur à 25) sont moins susceptibles que les femmes présentant un surpoids comparable de se préoccuper du choix de leurs aliments et de son effet sur leur poids. Puisqu'une plus forte proportion d'hommes que de femmes ont un excès de poids (voir « Indice de masse corporelle »), cette différence d'attitude en ce qui concerne le choix des aliments pourrait tenir moins au risque réel qu'aux valeurs sociétales qui déprécient davantage les femmes que les hommes qui font de l'embonpoint.

Les données de l'ENSP montrent aussi que la crainte de souffrir de problèmes de santé chroniques influence plus le choix des aliments des femmes que celui des hommes. Ainsi, 48 % de femmes, mais seulement 38 % d'hommes, s'inquiètent de la maladie cardiaque. De même, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de penser à

Population de 15 ans et plus présentant et ne présentant pas certains problèmes de santé chroniques, selon la raison du choix ou du rejet de certains aliments, 1998-1999

Choix ou rejet de l'aliment par crainte des problèmes suivants :



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

l'ostéoporose, à l'hypertension, au cancer ou au diabète lorsqu'elles choisissent leurs aliments. C'est pour l'ostéoporose que la différence est la plus marquée, fait qui n'est pas étonnant puisque les femmes courent un plus grand risque que les hommes d'être atteintes de cette maladie.

Cependant, si l'on pousse plus loin l'analyse des préoccupations nutritionnelles et de la sélection des aliments, de façon à comparer le comportement des hommes et des femmes chez lesquels on a effectivement diagnostiqué certains problèmes de santé chroniques à celui des hommes et des femmes chez lesquels on n'a pas posé ce genre de diagnostic, la plupart des écarts significatifs entre les sexes disparaissent. C'est le cas notamment pour les personnes cardiaques, hypertendues ou diabétiques, et ce, quoique l'absence d'efficacité statistique puisse être à l'origine de la perte des écarts significatifs. Cependant, les hommes pourraient, dans une certaine mesure, n'être aussi enclins que les femmes à penser aux conséquences du choix de leurs aliments que si l'on diagnostique chez eux un problème de santé grave. Les hommes atteints d'un cancer représentent une exception notable : 35 % d'hommes atteints d'un cancer disent tenir compte de leur maladie lorsqu'ils choisissent leurs aliments, proportion nettement plus faible que celle observée pour les femmes dans la même situation (51 %).

Selon ces résultats, les femmes sont généralement plus portées que les hommes à penser aux effets du choix des aliments sur la santé. Pour de nombreuses maladies, on ne comprend pas pleinement dans quelle mesure les facteurs alimentaires contribuent au risque. En revanche, pour l'obésité, le diabète et certaines formes de cancer, comme le cancer du côlon et du rectum et le cancer de l'estomac, le rôle du régime alimentaire est bien établi et le fait que les femmes accordent une plus grande importance aux facteurs nutritionnels pourrait expliquer en partie la prévalence plus faible de ces affections chez ces dernières^{11, 12}.

Vitamines

Certaines personnes prennent des vitamines dans l'espoir de prévenir la maladie et d'autres pour maintenir un bon état de santé. En fait, l'usage de

ces suppléments est assez commun, particulièrement chez les femmes.

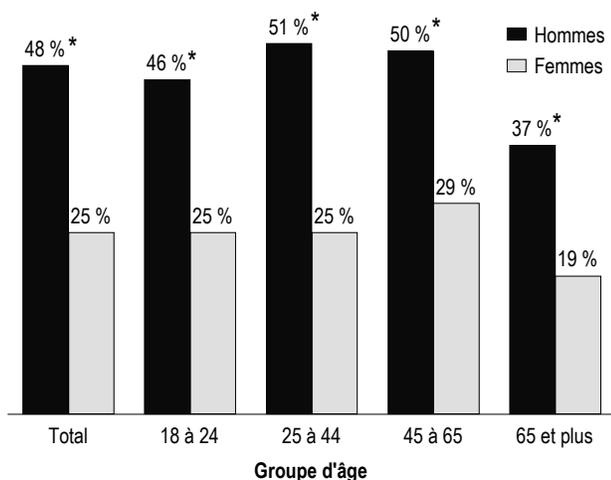
En 1998-1999, environ 4 Canadiens de 15 ans et plus sur 10 ont dit avoir pris des vitamines le mois précédent : 47 % de femmes et 34 % d'hommes. Alors que la consommation de vitamines fluctuait peu selon l'âge chez les hommes, elle augmentait avec l'âge chez les femmes. Dans le groupe des 45 à 64 ans, plus de la moitié des femmes, mais seulement le tiers environ des hommes, prenaient des vitamines.

Comme les suppléments vitaminiques représentent habituellement une dépense non remboursée, il n'est pas surprenant que leur consommation augmente parallèlement au revenu du ménage. Néanmoins, pour chaque niveau de revenu, une proportion nettement plus élevée de femmes que d'hommes ont dit avoir pris récemment des vitamines.

Consommation d'alcool

Selon certaines études, la consommation régulière, modérée, d'alcool n'est pas nécessairement nuisible pour la santé et pourrait même avoir certains effets bienfaisants¹³⁻¹⁵.

Consommation d'alcool au moins une fois par semaine, population de 18 ans et plus, selon le groupe d'âge, 1998-1999



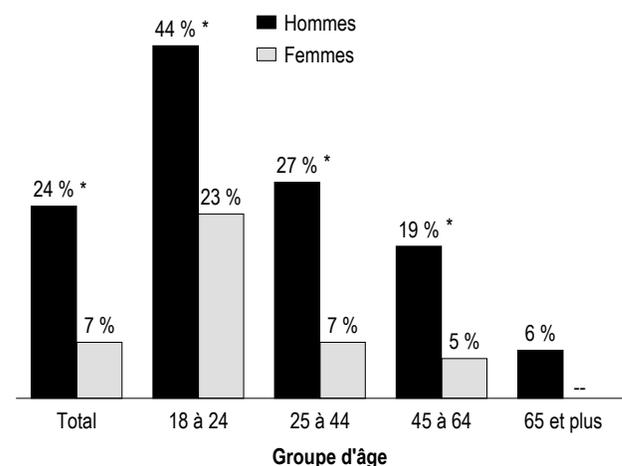
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

Environ le tiers des Canadiens de 18 ans et plus consomment de l'alcool au moins une fois par semaine. Cependant, les habitudes de consommation d'alcool des hommes et des femmes sont fort différentes. Les hommes sont presque deux fois plus susceptibles que les femmes de consommer hebdomadairement de l'alcool. En 1998-1999, presque la moitié des hommes de 18 ans et plus, mais seulement le quart des femmes du même âge, ont dit prendre au moins un verre par semaine. C'est pour le groupe des 25 à 64 ans que la consommation hebdomadaire d'alcool est la plus fréquente et chez les personnes âgées qu'elle l'est le moins. Cependant, dans tous les groupes d'âge, une proportion nettement plus forte d'hommes que de femmes ont dit consommer de l'alcool hebdomadairement.

La proportion de personnes qui consomment de l'alcool régulièrement augmente avec le revenu du ménage, constatation qui reflète sans doute la variation du revenu disponible. Les personnes qui appartiennent à la catégorie supérieure de revenu sont plus de deux fois plus susceptibles de consommer de l'alcool hebdomadairement que celles qui appartiennent à la catégorie inférieure de

Abus d'alcool† au moins une fois par mois, population de 18 ans et plus, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

† Au moins 5 verres en une seule occasion.

-- Coefficient de variation supérieur à 33,3 %

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

revenu : 44 % comparativement à 21 %, respectivement. Cependant, qu'ils appartiennent à la catégorie de revenu inférieure, moyenne ou supérieure, les hommes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes de consommer de l'alcool hebdomadairement.

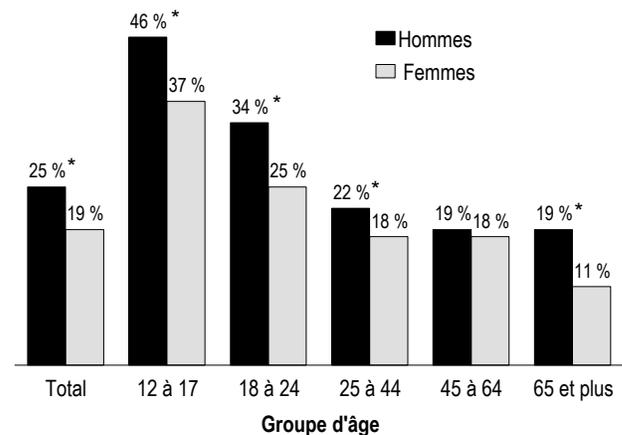
Si la consommation modérée d'alcool n'est pas considérée comme un risque pour la santé, l'abus périodique d'alcool est une tout autre question. L'abus d'alcool, défini comme étant la consommation d'au moins 5 verres d'alcool en une seule occasion, est beaucoup plus courant chez l'homme que chez la femme. Presque un homme sur quatre (24 %) a dit abuser de l'alcool au moins une fois par mois; comparativement, 7 % de femmes ont fait la même déclaration. En outre, 9 % d'hommes, mais 2 % de femmes seulement, ont dit abuser de l'alcool au moins une fois par semaine. L'abus périodique d'alcool est fortement lié à l'âge, particulièrement chez l'homme. Pour le groupe des 18 à 24 ans, au moins 44 % d'hommes, mais seulement 23 % de femmes, abusaient de l'alcool au moins une fois par mois. À mesure que l'âge augmente, l'abus d'alcool devient moins fréquent, mais l'écart marqué entre les hommes et les femmes persiste.

Activité physique

L'exercice régulier est bienfaisant pour la santé tant physique que mentale¹⁶⁻¹⁸. Les personnes qui font de l'exercice sont moins vulnérables que les autres à plusieurs problèmes de santé chroniques et aux problèmes émotionnels¹⁹.

Si l'on se fonde sur la dépense d'énergie et sur le temps consacré aux activités, en 1998-1999, au Canada, 22 % de personnes de 12 ans et plus vivant à domicile s'adonnaient à des activités physiques vigoureuses durant leurs loisirs. Afin de dépenser suffisamment d'énergie pour être considérée comme vigoureusement active, une personne doit, par exemple, chaque jour marcher pendant une heure, faire de la bicyclette pendant 45 minutes ou jogger pendant 20 minutes. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de s'adonner à un exercice vigoureux, tendance que l'on observe pour tous les groupes d'âge, sauf celui des 45 à 64 ans.

Personnes de 12 ans et plus qui s'adonnent à une activité physique vigoureuse durant les loisirs, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

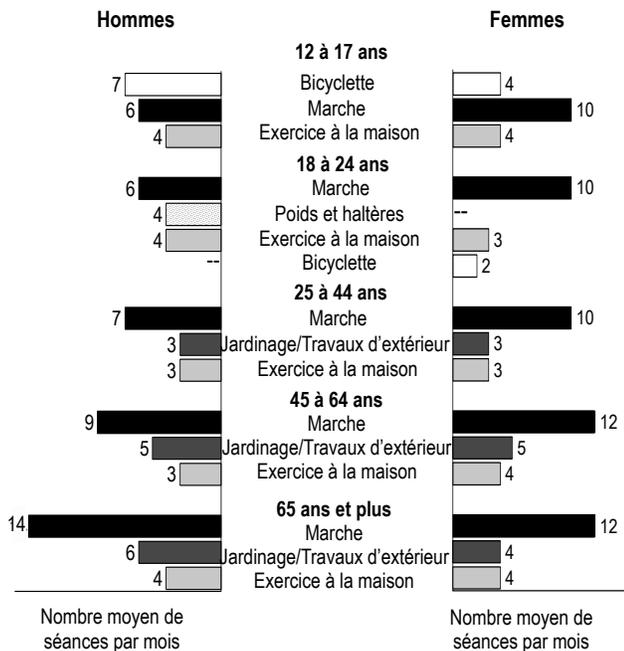
Marcher est de loin l'activité physique durant les loisirs la plus populaire au Canada. En 1998-1999, globalement, les personnes de 12 ans et plus ont fait, en moyenne, 10 promenades par mois : pour les hommes, la moyenne était de 8 et pour les femmes, de 11. (Ces chiffres reflètent les moyennes annuelles; les activités et les fréquences peuvent varier selon la saison.) La fréquence des promenades augmente avec l'âge, passant de 7 par mois pour les 12 à 17 ans à 13 pour les personnes âgées. En général, les femmes marchent plus fréquemment que les hommes pour faire de l'exercice, sauf dans le cas des aînés.

Les cinq principales activités physiques durant les loisirs, population de 12 ans et plus, 1998-1999

	Hommes	Femmes
	Nombre moyen de séances par mois	Nombre moyen de séances par mois
Marche	8	11
Jardinage/Travaux à l'extérieur	3	4
Exercice à la maison	3	3
Bicyclette	2	1
Poids et haltères	2	1

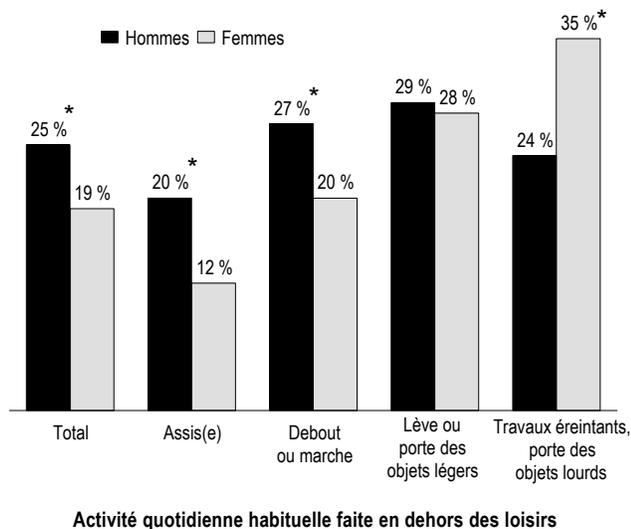
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

Nombre moyen de séances par mois, principales activités physiques durant les loisirs, population de 12 ans et plus, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages
 -- Ne figure pas parmi les trois principales activités physiques durant les loisirs

Population de 12 ans et plus qui s'adonne à une activité physique vigoureuse durant les loisirs, selon l'activité quotidienne habituelle faite en dehors des loisirs, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages
 * L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

Chez les femmes, la deuxième activité physique la plus courante est l'exercice à la maison qui comprend des séances d'exercice sur bicyclette stationnaire, machine à ramer ou marche-pieds d'exercice, par exemple, et l'utilisation de programmes télévisés ou enregistrés sur bandes vidéo. Le jardinage et les travaux à l'extérieur viennent en troisième place, suivis par la natation, puis la bicyclette. Dans le cas des hommes, le jardinage et les travaux à l'extérieur occupent la deuxième place et l'exercice à la maison, la troisième. Vient ensuite la bicyclette, en quatrième position, avant les poids et haltères, qui sont la cinquième forme principale d'exercice chez l'homme.

Comme il faut s'y attendre, l'activité physique durant les loisirs varie selon l'âge. Faire de la bicyclette est l'activité qui vient en première place pour les adolescents et en deuxième pour les adolescentes. Chez les jeunes adultes (18 à 24 ans), marcher pour faire de l'exercice est l'activité mentionnée le plus fréquemment par les membres des deux sexes, mais la deuxième place va aux poids et haltères pour les hommes et à l'exercice à la maison pour les femmes. Chez les personnes plus âgées, marcher est l'activité physique de premier choix, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Viennent ensuite l'exercice à la maison, puis le jardinage et les travaux à l'extérieur.

Le niveau d'activité varie selon le revenu. Les personnes classées dans la catégorie supérieure de revenu du ménage sont plus susceptibles que les autres d'être vigoureusement actives. Néanmoins, pour chaque niveau de revenu du ménage, une proportion nettement plus forte d'hommes que de femmes s'adonnent à des activités vigoureuses durant leurs loisirs.

Les loisirs ne représentent qu'une partie de la dépense énergétique totale d'une personne. Le travail rémunéré ou les tâches ménagères peuvent aussi imposer une demande physique. Cependant, presque le quart des personnes de 12 ans et plus ont dit qu'être « assises » décrit le mieux leurs activités quotidiennes faites en dehors des loisirs. Un peu moins de la moitié ont dit être souvent debout ou en train de marcher et 20 % ont dit lever ou transporter habituellement des objets légers. Une

petite minorité — 6 % —faisaient habituellement du travail exténuant. Naturellement, une proportion nettement plus forte d'hommes que de femmes (9 % contre 2 %) étaient dans cette situation.

Même chez les personnes dont la routine quotidienne consistait principalement à être assises, une plus forte proportion d'hommes que de femmes s'adonnaient à des activités vigoureuses durant leurs loisirs, et cela pour toutes les personnes de 25 ans et plus. Ainsi, chez les personnes dont les activités quotidiennes étaient un peu plus éreintantes (typiquement, être debout ou en train de marcher), une plus forte proportion d'hommes que de femmes faisaient de l'exercice vigoureux durant leurs loisirs. En revanche, les quelques femmes qui faisaient des travaux éreintants étaient plus susceptibles que leurs homologues masculins de s'adonner à des activités vigoureuses durant leurs loisirs (35 % contre 24 %).

Indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle, ou IMC, est utilisé couramment pour déterminer si le poids d'une personne se trouve dans une fourchette saine (voir *Association du poids, de l'exercice et de l'usage du tabac à la maladie*). Pour le calculer, on divise le poids, exprimé en kilos, par le carré de la taille exprimée en mètres. On ne calcule pas systématiquement l'IMC pour les adolescents, car leur poids peut changer considérablement à l'âge adulte, ni pour les personnes âgées, dont le rapetissement peut rendre la mesure invalide. Néanmoins, dans le présent rapport, comme dans de nombreux autres, l'IMC est calculé pour toutes les personnes de 15 ans et plus, sauf les femmes enceintes.

En 1998-1999, au Canada, la taille moyenne des femmes était de 1,62 mètres (5 pieds 4 pouces) et leur poids moyen était de 65,1 kilos (144 livres). En moyenne, les hommes mesuraient 1,76 mètre (5 pieds 9 pouces) et pesaient 80,4 kilos (177 livres). L'IMC de la femme de corpulence moyenne était de 24,7 et celui de l'homme de corpulence moyenne, de 25,8.

Les catégories d'IMC établies par l'Organisation mondiale de la santé sont : 18,5 et moins (poids insuffisant), de 18,6 à 24,9 (poids normal), de 25,0 à 29,9 (embonpoint ou surpoids), et 30 et plus

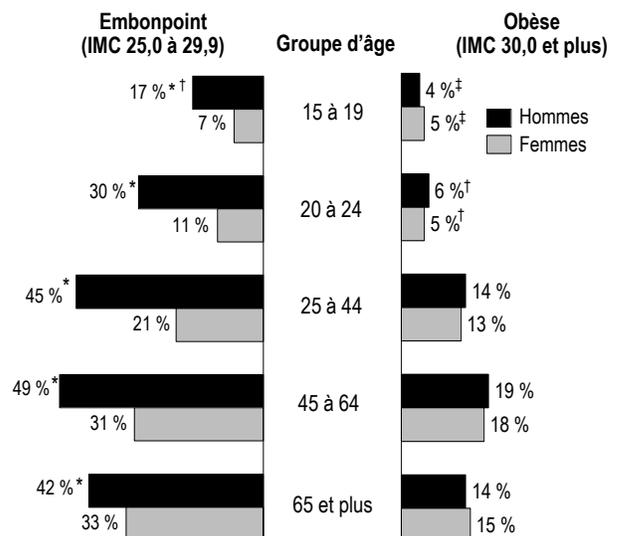
(obésité). Selon cette norme internationale, en 1998-1999, environ la moitié des Canadiens de 15 ans et plus avaient un poids normal et 3 % seulement avaient un poids insuffisant. Presque le tiers faisaient de l'embonpoint et 14 % étaient obèses.

Quoique les hommes soient plus susceptibles que les femmes d'être physiquement actifs, une plus forte proportion d'hommes (42 %) que de femmes (24 %) faisaient de l'embonpoint. De surcroît, même si la prévalence de l'embonpoint a tendance à augmenter avec l'âge chez les deux sexes, pour chaque groupe d'âge, une plus forte proportion d'hommes que de femmes présentaient un surpoids.

Quel que soit l'âge, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir un poids normal. Et, de 15 à 44 ans, une plus forte proportion de femmes que d'hommes présentent une insuffisance pondérale.

En ce qui concerne la catégorie des obèses, on ne note aucune différence entre les sexes : 14 % d'hommes et de femmes. La probabilité d'être obèse varie selon l'âge : de moins de 5 % pour le groupe des 15 à 19 ans, elle passe par un sommet de plus de

Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui faisait de l'embonpoint ou qui était obèse, selon le groupe d'âge, 1998-1999

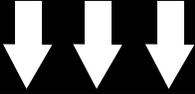


Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

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

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

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).



Association du poids, de l'exercice et de l'usage du tabac à la maladie

Tant chez l'homme que chez la femme, il a été établi qu'il existe un lien entre certains facteurs liés au mode de vie, comme un IMC élevé, l'inactivité physique ou l'usage du tabac, et l'incidence plus forte de nombreux problèmes de santé chroniques et du décès prématuré²⁰⁻²⁴. De même, l'analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) recueillies auprès de personnes de 18 ans et plus suivies au fil du temps indique qu'il existe une association significative entre certains facteurs du mode de vie déclarés en 1994-1995 et le diagnostic subséquent de certains problèmes de santé chroniques. L'association avec le poids, le niveau d'activité physique durant les loisirs et l'usage du tabac persiste même si l'on tient compte des effets de l'âge et du statut socioéconomique, deux facteurs liés à la manifestation de la plupart des maladies chroniques.

Naturellement, les quatre années durant lesquelles ces personnes ont été suivies jusqu'à présent ne reflètent pas nécessairement l'intervalle complet entre le début de l'exposition à un facteur de risque et le diagnostic de la maladie. Dans de nombreux cas, les caractéristiques mentionnées en 1994-1995 existaient probablement depuis un certain temps.

Selon des études antérieures, l'excès de poids est lié à des problèmes de santé qui mettent la vie en danger, comme la maladie cardiaque, le diabète de type II, certaines formes de cancer et l'accident vasculaire cérébral²⁵. Un lien a également été établi avec certains problèmes de santé chroniques, comme l'hypertension et l'arthrite.

Les données de l'ENSP s'inscrivent dans l'esprit des rapports antérieurs reliant l'embonpoint ou l'obésité à la manifestation de nombreuses maladies. L'association s'observe aussi bien chez l'homme que chez la femme. Même si l'on tient compte de l'effet de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, de l'usage du tabac, de la consommation d'alcool, du niveau d'activité physique et du stress personnel, la cote exprimant le risque que l'on pose le diagnostic d'arthrite au cours des quatre années suivantes est 1,6 fois plus élevée pour les hommes qui faisaient de l'embonpoint ou étaient obèses en 1994-1995 que pour ceux dont le poids était normal. En outre, la cote exprimant le risque de faire de l'hypertension ou de souffrir d'une maladie cardiaque durant la période susmentionnée est 1,8 fois plus élevée, et la cote exprimant le risque que l'on pose le diagnostic de diabète est 3,8 fois plus élevée.

Comparativement aux femmes de poids normal, la cote exprimant le risque que l'on ait posé le diagnostic d'arthrite, d'hypertension, de migraine ou d'asthme entre 1994-1995 et 1998-1999 est environ une fois et demie

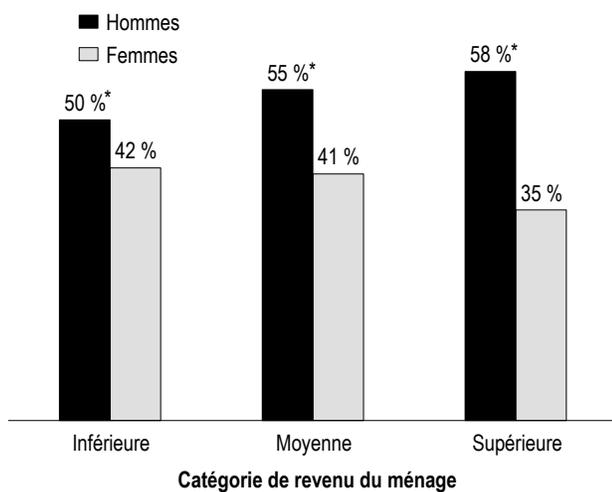
plus élevée pour les femmes faisant de l'embonpoint ou obèses, et la cote exprimant le risque que l'on ait posé le diagnostic de diabète, 5,2 fois plus élevée.

Malgré l'association entre le poids et la manifestation subséquente de la maladie, les personnes qui font de l'embonpoint pourraient réduire le risque de souffrir de certains problèmes de santé en se maintenant en bonne condition physique. Ainsi, pour les hommes faisant de l'embonpoint ou obèses qui ont dit s'adonner à des activités physiques d'intensité au moins modérée durant leurs loisirs en 1994-1995, la cote exprimant le risque que l'on pose le diagnostic de maladie cardiaque au cours des quatre années suivantes est nettement moins élevée (0,5) que pour ceux dont le niveau d'activité était faible. De surcroît, selon une étude réalisée récemment aux États-Unis, le risque de mortalité est plus élevé pour les hommes en mauvaise condition physique dont le poids tombe dans la fourchette des poids sains que pour les hommes présentant un surpoids (IMC $\geq 27,8$) mais en bonne condition physique²⁶. Cependant, les données de l'ENSP ne témoignent aucunement de ces résultats (IMC $\geq 25,0$).

Naturellement, l'usage du tabac est lié au diagnostic subséquent de maladies respiratoires et cardiovasculaires, ainsi que d'autres problèmes de santé chroniques. Si l'on tient compte des effets de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, de la consommation d'alcool, du niveau d'activité physique, de l'indice de masse corporelle et du stress personnel, la cote exprimant le risque que l'on ait diagnostiqué une bronchite (2,4) ou une maladie cardiaque (2,2) entre 1994-1995 et 1998-1999 est plus de deux fois plus élevée pour les hommes qui fumaient quotidiennement en 1994-1995 que pour ceux qui n'avaient jamais fumé quotidiennement. Et la cote exprimant le risque d'avoir déclaré un diagnostic récent d'arthrite ou de maux de dos est une fois et demie plus élevée pour les hommes qui fumaient quotidiennement que pour ceux qui ne l'avaient jamais fait.

Comparativement aux femmes qui n'avaient jamais fumé quotidiennement, celles qui fumaient quotidiennement en 1994-1995 avaient une cote 1,8 fois plus élevée que l'on ait posé le diagnostic d'asthme et 3,3 fois plus élevée que l'on ait posé le diagnostic de bronchite chronique ou d'emphysème en 1998-1999. En outre, la cote exprimant le risque que l'on ait diagnostiqué une hypertension (1,5) ou de l'arthrite (1,8) est plus élevée pour les femmes qui étaient des fumeuses invétérées (au moins 20 cigarettes par jour) que pour celles qui n'avaient jamais fumé quotidiennement.

Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui faisait de l'embonpoint ou qui était obèse, selon la catégorie de revenu du ménage, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

18 % pour le groupe des 45 à 64 ans, puis baisse pour atteindre 15 % environ chez les personnes âgées.

L'analyse de l'IMC en fonction du revenu du ménage montre que, pour toutes les catégories de revenu, une proportion nettement plus forte d'hommes que de femmes font de l'embonpoint ou sont obèses. En outre, alors que la proportion de femmes faisant de l'embonpoint diminue à mesure que le revenu du ménage augmente, l'inverse se produit pour les hommes. Par conséquent, c'est pour la catégorie supérieure de revenu que l'écart entre les proportions d'hommes et de femmes faisant de l'embonpoint est le plus important.

Usage du tabac

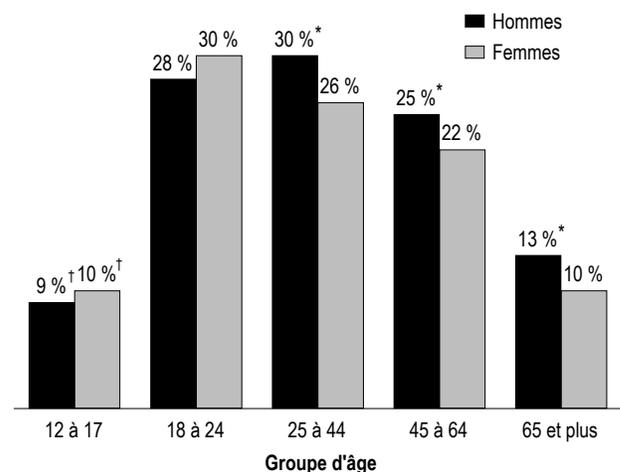
L'usage du tabac est généralement reconnu comme la cause importante de décès et de maladies évitables. Cause principale du cancer du poumon, il augmente aussi le risque d'être atteint d'autres formes de cancer et de maladies cardiovasculaires et respiratoires. Néanmoins, en 1998-1999, 23 % de Canadiens de 12 ans et plus, c'est-à-dire environ 5,7 millions de personnes, fumaient des cigarettes quotidiennement.

La proportion d'hommes qui fumaient (24 %) était plus élevée que la proportion de femmes (21 %). Cependant, chez les adolescents et les jeunes adultes, (groupes des 12 à 17 ans et des 18 à 24 ans), les filles étaient aussi susceptibles de fumer que les garçons.

Alors que les effets nocifs du tabac sont bien connus, 6 % de non-fumeurs de 12 ans et plus ont commencé à fumer dans l'intervalle entre 1994-1995 et 1998-1999. Une proportion légèrement, mais significativement, plus élevée d'hommes (7 %) que de femmes (5 %) ont commencé à fumer durant cette période.

Les adolescents représentent le groupe d'âge pour lequel la probabilité d'avoir commencé à fumer est la plus forte : le cinquième (21 %) des adolescents de 12 à 17 ans qui ne fumaient pas en 1994-1995 fumaient en 1998-1999. L'écart entre les proportions de garçons et de filles de ce groupe d'âge qui ont commencé à fumer n'est pas significatif. Qui plus est, 72 % de jeunes de 12 à 17 ans qui fumaient en 1994-1995 continuaient à fumer en 1998-1999. Pour les fumeurs du groupe des jeunes adultes de 18 à 24 ans, la proportion correspondante est de 66 %.

Pourcentage de la population de 12 ans et plus qui fumait quotidiennement, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

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

Pour les fumeurs, tous âges confondus, l'écart entre les proportions d'hommes (24 %) et de femmes (27 %) qui ont cessé de fumer entre 1994-1995 et 1998-1999 n'est pas significatif.

La prévalence de l'usage du tabac varie fortement selon le revenu. Les membres des ménages classés dans la catégorie inférieure de revenu étaient près de deux fois plus susceptibles d'être des fumeurs (30 %) que les membres des ménages de la catégorie supérieure de revenu (16 %). En revanche, la possibilité de commencer à fumer ou de renoncer au tabac ne varie pas selon le revenu.

Mot de la fin

Selon les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les hommes et les femmes adoptent des comportements différents en ce qui concerne plusieurs facteurs liés à la santé. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de choisir leurs aliments en pensant aux effets de ceux-ci sur la santé, à prendre des vitamines régulièrement et à avoir un poids normal pour leur taille. Elles sont également moins susceptibles de fumer ou d'abuser périodiquement de l'alcool. Cependant, sauf celles qui accomplissent des tâches éreintantes au travail, les femmes sont moins susceptibles que les hommes de s'adonner à des activités physiques vigoureuses durant leurs loisirs.

Les habitudes et le mode de vie varient selon le revenu, la probabilité d'adopter un comportement sain étant généralement plus forte chez les personnes les mieux nanties. (Le profil de l'embonpoint chez l'homme, dont la prévalence augmente parallèlement à la catégorie de revenu, représente une exception importante.) Cependant, pour la plupart des facteurs, on note des écarts significatifs entre hommes et femmes, indépendamment de la catégorie de revenu. Ces résultats donnent à penser qu'outre le statut socioéconomique, il s'exerce sur les comportements liés à la santé des influences qui touchent différemment les hommes et les femmes. Dans un contexte social donné, les hommes et les femmes réagissent vraisemblablement différemment à des influences analogues. Ainsi, les femmes attachent sans doute une plus grande importance au poids, tandis que les hommes sont probablement

plus portés à s'adonner à des activités physiques et à consommer régulièrement de l'alcool.

Références

1. Ministère de la Santé et du Bien-être social, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, ministère de la Santé et du Bien-être social, 1974.
2. J.H. LaRosa, D.M. Becker et S. Fitzgerald, « Elevated blood cholesterol—a risk factor for coronary heart disease », *AAOHN Journal*, 38(5), 1990, p. 211-215.
3. M.J. Stampfer, F.B. Hu, J.E. Manson *et al.*, « Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle », *The New England Journal of Medicine*, 343(1), 2000, p. 16-22.
4. K.L. Morris et M.B. Zemel, « Glycemic index, cardiovascular disease, and obesity », *Nutrition Reviews*, 57(9), 1999, p. 273-276.
5. B.D. Cox, M.J. Whichelow et A.T. Prevoost, « Seasonal consumption of salad vegetables and fresh fruit in relation to the development of cardiovascular disease and cancer », *Public Health Nutrition*, 3(1), 2000, p. 19-29.
6. P. van't Veer, M.C. Jansen, M. Klerk *et al.*, « Fruits and vegetables in the prevention of cancer and cardiovascular disease », *Public Health Nutrition*, 3(1), 2000, p. 103-107.
7. R. Jorde et K.H. Bonna, « Calcium from dairy products, vitamin D intake, and blood pressure: the Tromso Study », *American Journal of Clinical Nutrition*, 71(6), 2000, p. 1530-1535.
8. A.C. Carr et B. Frei, « Toward a new recommended dietary allowance for vitamin based on antioxidant and health effects in humans », *American Journal of Clinical Nutrition*, 1999, 69(6), p. 1086-1107.
9. I.M. Lee, « Antioxidant vitamins in the prevention of cancer », *Proceedings of the Association of American Physicians*, 111(1), 1999, p. 10-15.
10. D.R. Jacobs, L. Marquart, J. Slavin *et al.*, « Whole-grain intake and cancer: an expanded review and meta-analysis », *Nutrition and Cancer*, 30(2), 1998, p. 85-96.
11. L. Gibbons, C. Waters, L. Ellison *et al.*, « Cancer du côlon et du rectum : incidence et mortalité », *Rapports sur la santé*, 12(2), 2001, p. 47-62 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. Institut national du cancer du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2000*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 2000.
13. D. Feskanich, S.A. Korrick, S.L. Greenspan *et al.*, « Moderate alcohol consumption and bone density among postmenopausal women », *Journal of Women's Health*, 8(1), 1999, p. 65-73.
14. J.M. Gaziano, T.A. Gaziano, R.J. Glynn *et al.*, « Light-to-moderate alcohol consumption and mortality in the Physicians' Health Study enrollment cohort », *Journal of the American College of Cardiology*, 35(1), 2000, p. 96-105.

15. R.G. Hart, L.A. Pearce, R. McBride *et al.*, « Factors associated with ischemic stroke during aspirin therapy in atrial fibrillation: analysis of 2012 participants in the SPAF I-III clinical trials. The Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (SPAF) Investigators », *Stroke*, 30(6), 1999, p. 1223-1229.
16. W. Drygas, T. Kostka, A. Jagier *et al.*, « Long-term effects of different physical activity levels on coronary heart disease risk factors in middle-aged men », *International Journal of Sports Medicine*, 21(4), 2000, p. 235-241.
17. K.R. Fox, « The influence of physical activity on mental well-being », *Public Health Nutrition*, 2(3A), 1999, p. 411-418.
18. H.D. Sesso, R.S. Paffenbarger et I.M. Lee, « Physical activity and coronary heart disease in men: The Harvard Alumni Health Study », *Circulation*, 102(9), 2000, p. 975-980.
19. J. Chen et W.J. Millar, « Les conséquences de l'activité physique sur la santé », *Rapports sur la santé*, 11(1), 1999, p. 21-31 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
20. E.E. Calle, M.J. Thun, J.M. Petrelli *et al.*, « Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults », *The New England Journal of Medicine*, 341(15), 1999, p. 1097-1105.
21. L. Meng, G. Maskarinec, J. Lee *et al.*, « Lifestyle factors and chronic diseases: Application of a composite risk index », *Preventive Medicine*, 29(4), 1999, p. 296-304.
22. R. Luoto, R. Prättälä, A. Uutela *et al.*, « Impact of unhealthy behaviors on cardiovascular mortality in Finland, 1978-1993 », *Preventive Medicine*, 27(1), 1998, p. 93-100.
23. M.A. Davis, J.M. Neuhaus, D.J. Moritz *et al.*, « Health behaviors and survival among middle-aged and older men and women in the NHANES 1 Epidemiologic Follow-up Study », *Preventive Medicine*, 23(3), 1994, p. 369-376.
24. T. Uhlig, K.B. Hagen et T.K. Kvien, « Current tobacco smoking, formal education, and the risk of rheumatoid arthritis », *The Journal of Rheumatology*, 26(1), 1999, p. 47-54.
25. J. Gilmore, « L'indice de masse corporelle et la santé », *Rapports sur la santé*, 11(1), 1999, p. 33-47 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
26. C.D. Lee, A.S. Jackson et S.N. Blair, « US weight guidelines: Is it also important to consider cardiorespiratory fitness? », *International Journal of Obesity*, 22 (suppl. 2), 1998, p. S2-S7.

Le bon état de santé englobe le fonctionnement physique, ainsi que la capacité de vaquer à ses activités quotidiennes et de remplir son rôle en tant que membre de la société. Mais il comprend aussi le bien-être psychologique et émotionnel. De surcroît, ces aspects de la santé se chevauchent. Ainsi, la maladie et les blessures peuvent causer des difficultés émotionnelles, comme la dépression^{1,2}, tandis que le stress et l'anxiété se manifestent parfois sous forme de maladie physique^{3,4}.

Les données sur la prévalence du stress, des troubles émotionnels et des problèmes de santé chroniques donnent une idée des personnes qui sont vulnérables et qui ont besoin de soutien. Par conséquent, elles sont importantes non seulement en ce qui concerne la prévalence de la maladie et la mortalité, mais aussi du point de vue de la santé publique.

STRESS ET BIEN-ÊTRE

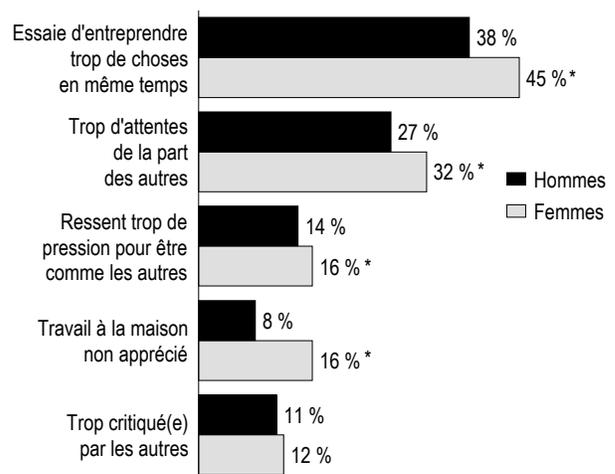
Bien qu'elles vivent en général plus longtemps, au cours de leur vie, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir d'une vaste gamme de problèmes de santé chroniques⁵. Ces problèmes sont souvent associés à des limitations des activités et à un mauvais état de santé. Cependant, les effets de ces problèmes et les réactions qu'ils suscitent ne sont pas les mêmes chez l'homme que chez la femme.

Stress personnel

Les obligations professionnelles, familiales et sociales donnent souvent le sentiment d'être pressé par le temps, de ne pas répondre aux attentes d'autrui et de ne pas être apprécié. Le stress qui en résulte peut influencer la manifestation et l'évolution de la maladie physique (voir *Le stress et la maladie*).

Dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les paramètres qui définissent le stress sont les suivants : essayer d'entreprendre trop de choses en même temps, ressentir trop de pression en vue d'être comme les autres, avoir le sentiment que les autres attendent trop de soi, avoir le sentiment que le travail fait à la maison n'est pas apprécié, et avoir le sentiment d'être trop critiqué par les gens. En 1994-1995 (années les plus récentes pour lesquelles des données sont

Pourcentage de la population de 18 ans et plus qui ressent un stress personnel, selon la forme de stress, 1994-1995

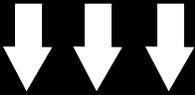


Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages
* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

disponibles), 45 % de femmes de 18 ans et plus ont dit qu'elles essayaient d'entreprendre trop de choses en même temps; 38 % d'hommes avaient le même sentiment. De même, le tiers des femmes, mais à peine plus du quart des hommes, ont dit que les autres attendaient trop d'eux. Les femmes étaient également plus susceptibles que les hommes de ressentir trop de pression en vue d'être comme les

autres, ou que leur travail à la maison n'était pas apprécié.

Par conséquent, il n'est pas étonnant que le stress personnel intense — consistant, par définition, à éprouver au moins deux des formes de stress susmentionnées — soit plus fréquent chez la femme que chez l'homme. En outre, même si le stress personnel a tendance à diminuer quant l'âge



Le stress et la maladie

Bien que l'on n'en comprenne pas entièrement le mécanisme, les effets émotionnels et cognitifs négatifs du stress pourraient altérer la réponse immune et augmenter la vulnérabilité à la maladie^{6,7}. Le stress pourrait aussi jouer un rôle dans la manifestation et dans l'évolution de certaines maladies auto-immunes, comme la polyarthrite rhumatoïde^{6,8}. En outre, les efforts en vue de résister au stress peuvent provoquer des changements de comportement qui ont un effet sur la santé^{7,9}. Par exemple, sous tension, une personne pourrait fumer plus qu'à l'accoutumée ou commencer à fumer. Manger trop, grossir trop et boire plus d'alcool sont d'autres réactions possibles.

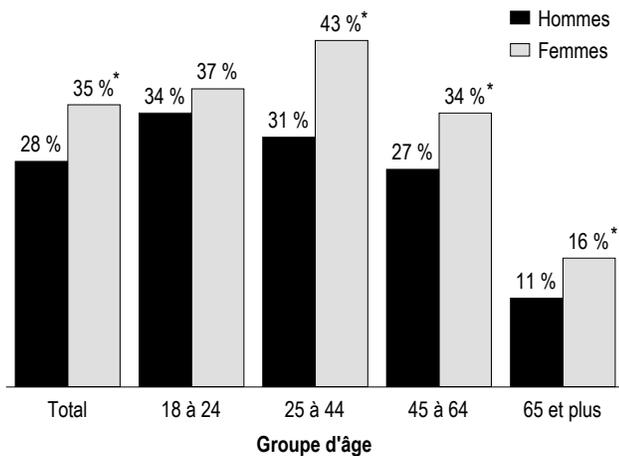
Selon les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), éprouver un stress personnel en 1994-1995 était un prédicteur de la manifestation de problèmes de santé chroniques au cours des quatre années suivantes, même si l'on tient compte des effets de l'âge, du statut socioéconomique et de plusieurs facteurs liés à la santé, c'est-à-dire l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'indice de masse corporelle, l'activité physique durant les loisirs. La cote exprimant le risque que l'on ait posé le diagnostic de migraine, d'ulcère ou d'arthrite en 1998-1999 est environ deux fois plus élevée pour les hommes qui ressentaient un stress personnel intense en 1994-1995 que pour ceux qui n'en ressentaient pas. Chez les femmes, la cote exprimant le risque que l'on ait posé le diagnostic de bronchite chronique ou

d'emphysème (2,0), d'ulcère (1,6), d'asthme (1,6), de maux de dos (1,5) ou d'arthrite (1,3) en 1998-1999 est nettement supérieure à la normale pour celles qui éprouvaient un stress personnel intense en 1994-1995.

De façon plus générale, la cote exprimant la possibilité de « demeurer en bonne santé » est nettement plus faible pour les hommes et les femmes qui ressentent un stress personnel intense que pour ceux et celles qui ne sont pas dans cette situation. Pour être classée dans la catégorie des personnes en bonne santé, il fallait qu'une personne se soit déclarée en très bonne ou en excellente santé lors de chacun des trois cycles de l'ENSP : 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999. La cote exprimant la possibilité de demeurer en bonne santé est plus faible pour les hommes (0,7) et les femmes (0,5) qui ressentaient un stress intense en 1994-1995 que pour les personnes qui ne l'étaient pas.

De surcroît, la cote exprimant le risque de déclarer avoir vécu un épisode dépressif majeur en 1996-1997 (2,6) et en 1998-1999 (1,8) est plus élevée pour les femmes qui étaient soumises à un stress intense en 1994-1995 mais qui n'avaient pas vécu d'épisode dépressif majeur l'année précédente que pour celles qui ne ressentaient pas un stress intense. Par contre, chez l'homme, l'exposition à un stress personnel intense en 1994-1995 n'est pas associée de façon significative à la manifestation subséquente de symptômes dépressifs.

Population de 18 ans et plus qui ressent un stress personnel intense[†], selon la forme de stress, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

[†] Réponse affirmative à au moins deux questions visant à évaluer le stress personnel.

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

augmente, pour chaque groupe d'âge, une plus forte proportion de femmes que d'hommes sont touchés.

Stress au travail

L'emploi peut avoir un effet positif sur la santé grâce à un revenu régulier ou croissant, aux avantages sociaux liés à l'emploi, comme les congés de maladie payés ou les régimes d'assurance-médicaments et soins dentaires, et grâce à un sentiment d'estime de soi.

Mais avoir un emploi signifie aussi la possibilité d'éprouver certaines formes de stress, qui peuvent avoir des effets sur le bien-être physique et émotif^{5,9-11} (voir *Le stress au travail*). Le stress au travail a plusieurs sources, dont les exigences physiques de la tâche, le manque de soutien de la part des collègues ou des supérieurs, les tensions et contraintes au travail et la menace de perdre son emploi.

En 1994-1995, environ 4 travailleurs canadiens de 15 à 64 ans sur 10 ont dit que leur travail était physiquement éreintant. Comme il faut s'y attendre, ce commentaire était plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. La proportion de travailleurs occupant ce genre d'emploi diminue quand l'âge augmente et l'écart entre les hommes et les femmes disparaît pour les personnes de 45 ans et plus.

Près de 3 travailleurs sur 10 ont dit ne bénéficier que d'un faible soutien de la part de leurs collègues. À cet égard, on ne note aucune différence entre les hommes et les femmes chez les travailleurs de 45 ans et plus, mais chez ceux de 15 à 44 ans, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir le sentiment de manquer de soutien de la part de leurs collègues.

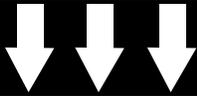
Environ 2 travailleurs sur 10 éprouvaient des tensions et des contraintes au travail. Autrement dit, ils occupaient des emplois qui leur donnaient l'impression d'être débordés, d'être soumis à des demandes contradictoires et d'avoir peu de latitude pour contrôler le rythme de leur travail ou décider de la façon d'exécuter leurs tâches. Les tensions et contraintes au travail ont tendance à augmenter avec l'âge, mais à tous les âges, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'en faire état.

Proportion de travailleurs de 15 ans et plus qui éprouvent du stress au travail ou qui ne sont pas satisfaits de leur emploi, selon le groupe d'âge, 1994-1995

Forme de stress au travail/Insatisfaction professionnelle	Groupe d'âge			
	Total des travailleurs	15 à 24	25 à 44	45 et plus
		%		
Fortes exigences physiques				
Hommes	44*	56*	45*	38
Femmes	37	44	37	35
Faible soutien des collègues				
Hommes	27	26	29	22
Femmes	31*	32*	34*	25
Forte tensions et contraintes au travail				
Hommes	17	25	18	11
Femmes	28*	37*	29*	20*
Forte menace pesant sur l'emploi				
Hommes	18	17	19	15
Femmes	19	20	20	16
Faible soutien des supérieurs				
Hommes	16	14	16	15
Femmes	15	18	14	13
Insatisfaction professionnelle				
Hommes	8	10	8	8*
Femmes	9	12	10*	4

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).



Le stress au travail

Le stress au travail est lié à divers problèmes de santé, mais ses effets peuvent varier selon le sexe^{9,12,13}. D'après l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, plusieurs dimensions du stress au travail sont associées indépendamment à divers problèmes de santé¹⁴. Les variables examinées dans le contexte de la relation entre le stress au travail et les problèmes de santé incluent les exigences physiques de la tâche, les tensions et contraintes au travail, le manque de soutien de la part des collègues, le manque de soutien de la part des supérieurs et la menace de perdre son emploi. On a tenu compte dans l'analyse de l'effet de la profession, de l'emploi à temps plein ou à temps partiel, des caractéristiques personnelles, des comportements ayant un effet sur la santé et de certaines variables psychologiques. Les caractéristiques personnelles englobent l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage et la présence d'enfants de moins de 12 ans dans le ménage. Les comportements ayant un effet sur la santé comprennent la catégorie d'usage du tabac et le niveau d'activité physique durant les loisirs. Les variables psychologiques englobent les événements négatifs récents, la tension chronique, le manque d'intimité et le sentiment de contrôle.

Comme on peut s'y attendre, la cote exprimant le risque d'avoir subi une blessure au travail au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête est nettement plus élevée pour les hommes (3,3) et pour les femmes (1,9) qui accomplissent des tâches physiquement exigeantes que pour les travailleurs masculins et féminins dont les tâches ne demandent pas d'efforts éreintants.

En 1994-1995, la cote exprimant le risque de souffrir de migraine (1,6) était plus élevée pour les hommes exposés à de fortes tensions et contraintes au travail que pour ceux qui n'étaient pas dans cette situation. En outre, chez l'homme, l'exposition à un niveau croissant de tensions et de contraintes au travail est associée à une augmentation de la détresse psychologique, qui se manifeste par un sentiment de tristesse, de la nervosité et l'impression que tout demande un effort.

La cote exprimant le risque de faire de la migraine était nettement plus élevée (1,5) pour

les hommes qui n'obtenaient qu'un faible soutien de leurs collègues que pour ceux qui bénéficiaient d'un plus grand soutien.

Chez la femme, la cote exprimant le risque d'avoir subi une blessure au travail l'année précédant l'enquête était nettement plus élevée pour celles qui étaient exposées à de fortes tensions et contraintes au travail (1,2) ou qui n'obtenaient qu'un faible soutien de leurs collègues (1,8) que pour celles qui n'étaient pas exposées à ces formes de stress au travail. En outre, la détresse psychologique des femmes augmente à mesure que le niveau de soutien offert par les collègues baisse. Enfin, en 1994-1995, la cote exprimant le risque de souffrir de migraine était plus élevée (1,4) pour les femmes qui se sentaient menacées de perdre leur emploi que pour celles qui n'éprouvaient pas ce sentiment.

Les données sur les personnes suivies au cours du temps montrent qu'il existe une association entre les tensions et contraintes au travail et la manifestation subséquente d'une dépression. Cette association s'observe même si l'on tient compte des effets de plusieurs variables confusionnelles éventuelles, à savoir l'âge, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'activité physique durant les loisirs, l'indice de masse corporelle et le stress personnel. Après correction pour tenir compte de l'effet de ces variables, la cote exprimant le risque de mentionner, en 1996-1997, des symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif majeur était plus élevée pour les hommes et pour les femmes qui étaient exposés à des tensions et contraintes au travail en 1994-1995 (2,7 et 1,8, respectivement) que pour ceux et celles qui n'avaient pas été exposés à ce genre de tensions.

De surcroît, la cote exprimant la possibilité de demeurer en bonne santé (santé déclarée très bonne ou excellente lors de chacun des trois cycles de l'ENSP) était nettement plus faible pour les hommes (0,7) et pour les femmes (0,8) qui avaient subi des tensions et contraintes au travail en 1994-1995 que pour les travailleurs masculins et féminins qui n'avaient pas subi ce genre de tension.

Une proportion considérable de travailleurs avaient le sentiment qu'ils risquaient de perdre leur emploi (18 %) ou qu'ils obtenaient peu de soutien de la part de leurs supérieurs (15 %). La probabilité de se trouver dans l'une ou l'autre de ces situations était à peu près la même pour les hommes que pour les femmes.

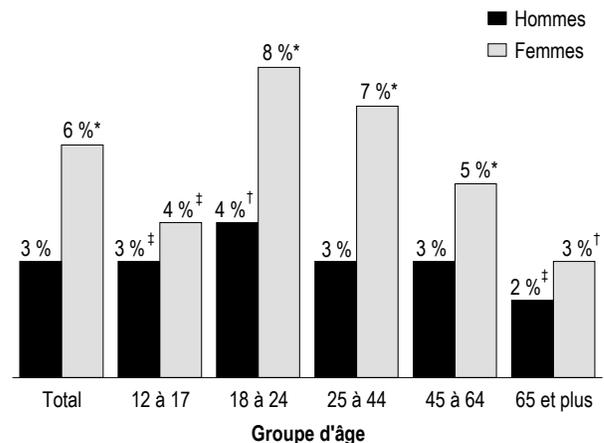
Dans l'ensemble, à peine 1 travailleur sur 10 s'est dit mécontent de son emploi. Pour le groupe des 25 à 44 ans, ce genre de sentiment était plus courant chez les femmes que chez les hommes. Par contre, aux âges plus avancés, une plus forte proportion d'hommes que de femmes se sont dit mécontents.

Les fortes exigences physiques, les tensions et contraintes au travail, l'insatisfaction professionnelle et la crainte de perdre son emploi sont généralement des facteurs plus courants chez les membres des ménages à faible revenu qui comptent des proportions toutes aussi fortes de femmes que d'hommes affectés. Les membres des catégories supérieures de revenu mentionnent moins fréquemment diverses formes de stress au travail, mais des différences se dégagent entre les hommes et les femmes. Parmi les ménages à revenu moyen ou élevé, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'occuper un emploi physiquement très exigeant, tandis que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de faire état de tensions et de contraintes au travail. En outre, les femmes appartenant à la catégorie supérieure de revenu du ménage étaient plus susceptibles que leurs homologues masculins de sentir leur emploi menacé et de n'obtenir qu'un faible soutien de la part de leurs collègues.

Dépression

Un épisode dépressif majeur est caractérisé par une humeur dépressive et (ou) un manque d'intérêt pour la plupart des activités, ainsi que des symptômes tels que des troubles de l'appétit ou du sommeil, une baisse d'énergie, de la difficulté à se concentrer et le sentiment de n'être bon à rien ou l'apparition d'idées suicidaires — signes qui durent tous au moins deux semaines¹⁵. Évidemment, ce genre de symptômes bouleversent non seulement la vie des personnes qui en souffrent, mais aussi celle de leurs proches.

Prévalence de la dépression l'année précédente, population de 12 ans et plus, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

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

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

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

En 1998-1999, 4 % environ de Canadiens de 12 ans et plus ont fait état de symptômes qui donnent fortement à penser qu'ils ont vécu au moins un épisode dépressif au cours de l'année qui a précédé l'enquête. La prévalence de la dépression était deux fois plus forte chez la femme que chez l'homme : 6 % contre 3 %.

Pour les deux sexes, la prévalence de la dépression passait par un sommet pour le groupe des 18 à 24 ans, puis diminuait progressivement à mesure que l'âge augmentait. Cependant, de l'âge de 18 ans à 64 ans, la prévalence de la dépression était beaucoup plus forte chez la femme que chez l'homme. En revanche, on ne constate aucun écart entre les sexes chez les adolescents (12 à 17 ans) ni chez les aînés.

Problèmes de santé chroniques

Bien que la prévalence de la plupart des problèmes de santé et des maladies chroniques augmente avec l'âge, les conséquences de ces problèmes de santé varient. Certains, comme la maladie cardiaque et le cancer, peuvent être mortels. D'autres, comme la maladie d'Alzheimer et l'incontinence urinaire, entraînent des limitations physiques et une dépendance grave et mènent parfois au placement

en établissement de soins. En revanche, l'arthrite et les maux de dos entraînent rarement le décès ou le placement en établissement, même s'ils peuvent être la cause de douleurs considérables et compromettre gravement la qualité de la vie (voir *Effets des problèmes de santé chroniques*).

En général, les états non mortels sont plus courants chez les femmes. Par exemple, en 1998-1999, de plus fortes proportions de femmes que d'hommes de 12 ans et plus ont dit souffrir d'arthrite, de maux de dos d'origine non arthritique, de migraines et d'incontinence urinaire. Ces problèmes de santé représentent un lourd fardeau morbide, car ils causent des symptômes pénibles, une incapacité et un besoin considérable de soins médicaux. En revanche, le diabète était plus courant chez les hommes que chez les femmes, situation qui reflète peut-être la plus forte prévalence de l'embonpoint ou de l'obésité chez les premiers.

Les deux causes principales de décès — la maladie cardiaque et le cancer — ont été mentionnés

beaucoup moins fréquemment que les autres problèmes de santé chroniques et l'écart global entre les hommes et les femmes n'est pas significatif.

Même chez les jeunes de 12 à 24 ans, on constate une différence de prévalence des problèmes de santé chroniques selon le sexe. À ces âges, les jeunes femmes sont beaucoup plus susceptibles que leurs homologues masculins de souffrir de migraine et de maux de dos.

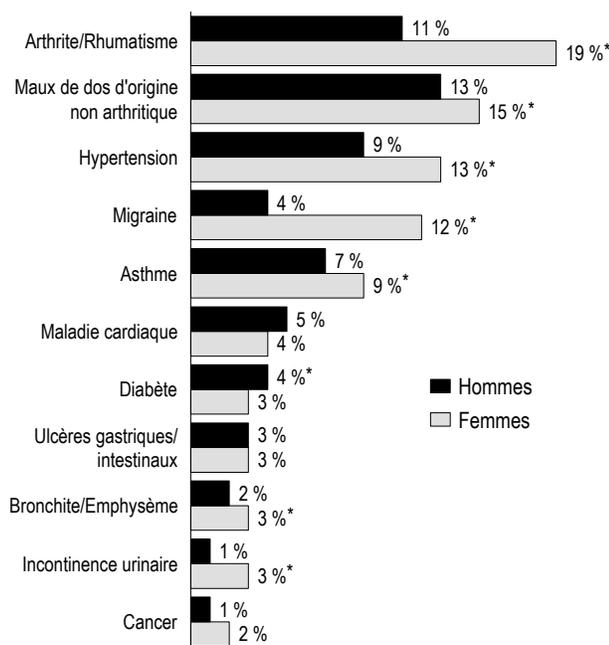
La prévalence des problèmes de santé chroniques est plus forte chez les personnes de 25 à 44 ans que chez les personnes plus jeunes, et les différences entre les hommes et les femmes sont appréciables. De plus fortes proportions de femmes que d'hommes ont dit souffrir de migraine et d'arthrite, tandis que le diabète touchait une plus forte proportion d'hommes.

Parmi le groupe des 45 à 64 ans, les écarts entre les hommes et les femmes sont prononcés. Les femmes de ce groupe d'âge sont plus susceptibles que leurs homologues masculins de souffrir d'arthrite, de migraine, d'asthme et de bronchite ou d'emphysème. La prévalence du cancer était, elle aussi, plus forte chez les femmes, résultat qui pourrait tenir, en partie, au cancer du sein. En revanche, il était plus probable que l'on ait posé le diagnostic de maladie cardiaque chez les hommes que chez les femmes.

Chez les personnes âgées, certaines différences entre hommes et femmes observées aux âges moins avancés disparaissent. Par exemple, la prévalence de l'asthme, de la bronchite ou de l'emphysème, de la maladie cardiaque et du cancer était la même pour les femmes que pour les hommes âgés. Cependant, une plus forte proportion de femmes que d'hommes de 65 ans et plus souffraient d'arthrite, d'hypertension ou de migraine. Par contre les hommes du troisième âge sont plus susceptibles que les femmes du même âge de faire du diabète.

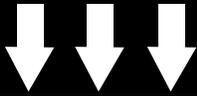
La prévalence de la plupart de ces problèmes de santé chroniques est plus forte chez les personnes dont le revenu du ménage est faible que chez celles qui sont mieux nanties. Font exception la migraine, qui était plus courante chez les personnes appartenant à un ménage à revenu élevé, et le cancer, dont la prévalence ne varie pas selon le revenu.

Prévalence des problèmes de santé chroniques, population de 12 ans et plus, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).



Effets des problèmes de santé chroniques

L'existence d'un problème de santé chronique a des répercussions non seulement sur la façon dont une personne se sent, mais aussi sur la capacité de vaquer à ses activités quotidiennes et de demeurer autonome. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), en 1994-1995, la cote exprimant le risque de présenter une limitation des activités était plus élevée pour les personnes de 45 ans et plus atteintes de divers problèmes de santé chroniques que pour celles qui ne souffraient pas des problèmes de santé chroniques en question. Cette année-là, la cote exprimant le risque de déclarer une limitation des activités était particulièrement élevée pour les personnes atteintes d'une maladie cardiaque (4,6), de bronchite chronique ou d'emphysème (3,4), d'arthrite (3,2) ou de maux de dos (2,8). La cote exprimant le risque de présenter une limitation des activités était aussi significativement plus forte pour les personnes atteintes d'un cancer ou d'asthme (2,1 dans les deux cas), de migraine (1,7) ou d'ulcère (1,5) que pour celles qui n'en étaient pas atteintes.

Les données longitudinales de l'ENSP montrent que l'effet à long terme de ces problèmes de santé chroniques peut être considérable. La cote exprimant le risque que des personnes qui n'étaient nullement limitées dans leurs activités en 1994-1995 le soient en 1998-1999 était nettement plus forte pour celles qui, en 1994-1995, étaient cardiaques (2,9), diabétiques (2,3), faisaient de la migraine (2,0) ou souffraient d'arthrite ou de maux de dos (1,5 dans les deux cas) que pour celles qui ne souffraient pas de ces problèmes. En outre, la cote exprimant la possibilité de se considérer au moins en bonne santé en 1994-1995, mais de juger sa santé mauvaise ou passable en 1998-1999, est plus élevée pour les personnes qui, en 1994-1995, étaient cardiaques ou diabétiques (2,1 dans les deux cas), faisaient de l'arthrite ou de la bronchite

et de l'emphysème (1,7 dans les deux cas) ou étaient hypertendues (1,6).

Comme on peut s'y attendre, certains problèmes de santé sont de plus importants prédicteurs du décès que d'autres. La cote exprimant le risque d'être décédées en 1998-1999 était plus forte pour les personnes atteintes d'un cancer (3,3), de bronchite ou d'emphysème (2,1), d'une maladie cardiaque (1,9) ou de diabète (1,7) en 1994-1995 que pour celles qui ne l'étaient pas.

Par conséquent, la plupart des variations de l'état de santé selon le sexe semblent tenir davantage au fait que, globalement, la prévalence de nombreux problèmes de santé chroniques est plus forte chez la femme que chez l'homme qu'à une façon différente de réagir à ces problèmes et de les tolérer. En effet, en 1994-1995, la cote exprimant le risque de souffrir d'une limitation des activités ou de juger sa santé mauvaise ou passable était la même pour les hommes et les femmes atteints d'une même maladie.

Néanmoins, à long terme, les femmes semblent avoir un plus grand ressort. Si l'on compare les hommes et les femmes du même âge et atteints d'un même problème de santé en 1994-1995, la cote exprimant la possibilité que les hommes aient jugé leur santé mauvaise ou passable en 1998-1999 est 1,3 fois plus élevée que celle calculée pour les femmes, et la cote exprimant le risque qu'ils soient décédés à cette date est 1,4 fois plus élevée que celle calculée pour les femmes. Même si l'on inclut les personnes vivant en établissement de santé et que l'on tient compte d'autres facteurs médicaux, psychosociaux, comportementaux, sociaux et démographiques, la cote exprimant le risque d'être décédé entre 1994-1995 et 1998-1999 demeure plus élevée pour les hommes que pour les femmes.

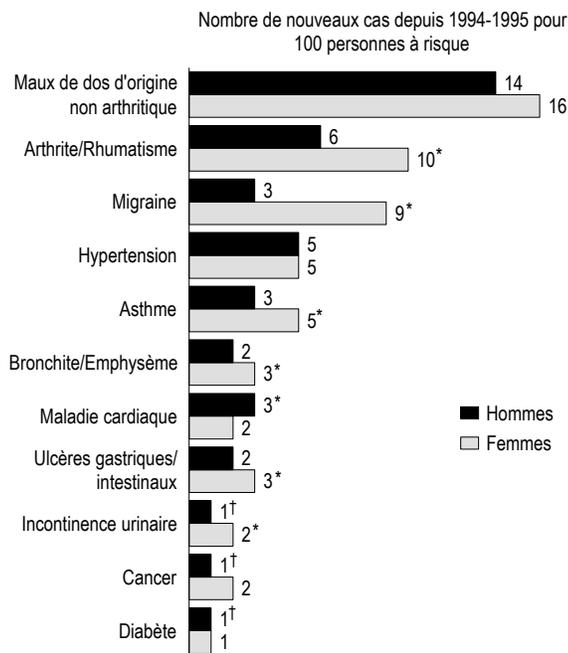
Cependant, nombre d'écarts hommes-femmes persistent indépendamment du revenu.

Par exemple, à tous les niveaux de revenu, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir d'arthrite, d'incontinence urinaire, ou de migraine et, dans les ménages à revenu faible ou moyen, d'hypertension. Inversement, l'asthme n'est plus courant chez les femmes que chez les hommes que pour la catégorie supérieure de revenu du ménage.

La maladie cardiaque représente un cas spécial. Les femmes appartenant à la catégorie inférieure de revenu du ménage étaient plus susceptibles que leurs homologues masculins d'être cardiaques; par contre, dans la catégorie supérieure de revenu du ménage, une plus forte proportion d'hommes que de femmes souffraient d'une maladie cardiaque.

Les femmes de 12 à 64 ans étaient plus susceptibles que les hommes du même groupe d'âge de déclarer que l'on avait posé le diagnostic d'arthrite,

Incidence cumulative sur quatre ans des problèmes de santé chroniques, population de 12 à 64 ans, 1998-1999



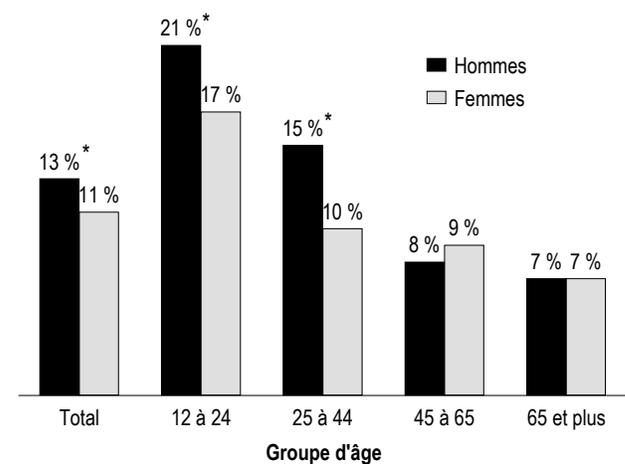
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages
 † Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.
 * L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif (p ≤ 0,05).

de migraine, d'asthme, de bronchite ou d'emphysème, d'ulcère ou d'incontinence urinaire dans l'intervalle entre les cycles de 1994-1995 et 1998-1999 de l'enquête. Par contre, bien qu'un nombre considérable de personnes aient commencé à souffrir de maux de dos et d'hypertension durant cette période, l'écart entre les hommes et les femmes n'est pas significatif. (Pour éviter le biais dû au fait que les nombres d'hommes et de femmes âgés décédés ou placés en établissement ne sont pas les mêmes, l'examen des nouveaux cas portent uniquement sur les personnes de 12 à 64 ans qui faisaient partie de la population à domicile en 1994-1995.)

Blessures

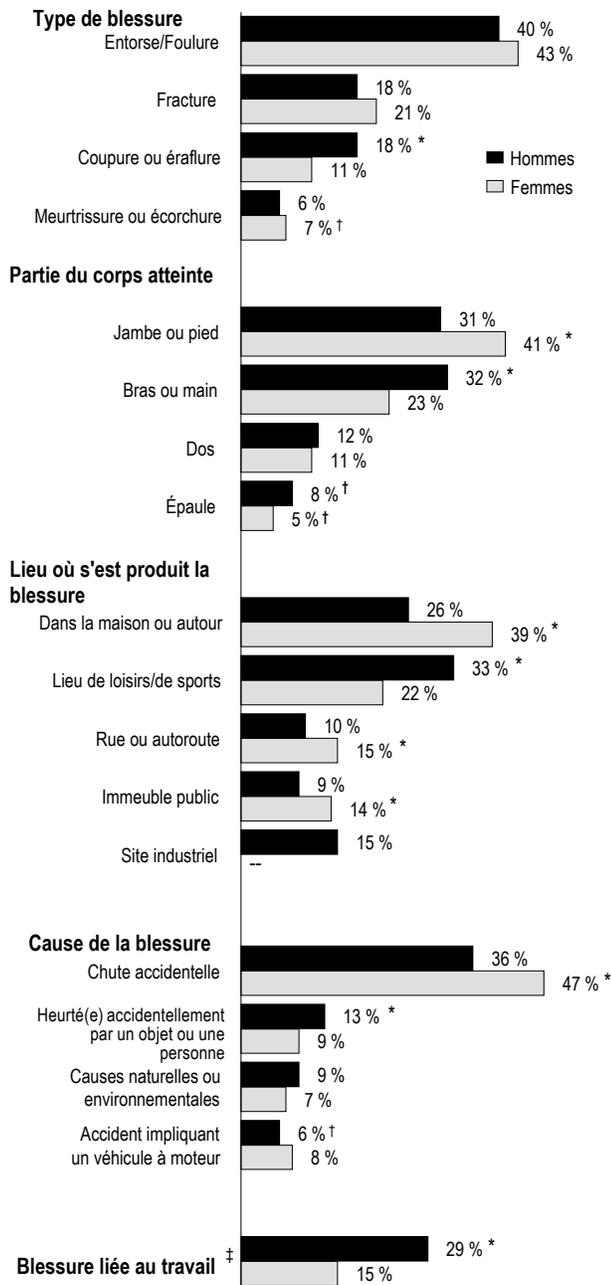
Les blessures sont une cause principale de la limitation des activités et elles exigent souvent des soins médicaux et une période de convalescence. Par conséquent, elles imposent un lourd fardeau (physique, émotionnel et financier) aux personnes blessées et à celles qui doivent prendre soin d'elles. En 1998-1999, 12 % de Canadiens de 12 ans et plus ont dit avoir subi l'année précédente au moins une blessure suffisamment grave pour limiter leurs

Pourcentage de la population de 12 ans et plus ayant subi une blessure l'année précédente, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages
 † Sauf les blessures dues à des mouvements répétitifs
 * L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif (p ≤ 0,05).

Caractéristiques des blessures les plus graves, population de 12 ans et plus ayant subi une blessure l'année précédente, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

Nota : Comme la catégorie « autre » n'est pas présentée, la somme des pourcentages pourrait ne pas être égale à 100 %.

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

‡ Population de 15 ans et plus.

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

-- Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

activités ordinaires. Dans l'ensemble, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'avoir subi une blessure.

Les blessures sont particulièrement courantes chez les jeunes (groupe des 12 à 24 ans). Jusqu'à l'âge de 44 ans, une plus forte proportion d'hommes que de femmes disent avoir subi des blessures. Cependant, le taux de blessures baisse à mesure que l'âge augmente, particulièrement chez les hommes, si bien que chez les personnes de 45 ans et plus, l'écart entre les hommes et les femmes n'est pas significatif.

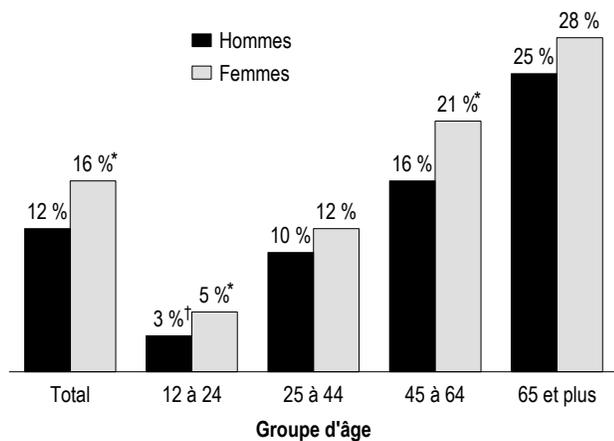
Environ 4 blessures sur 10 subies par les femmes surviennent à la maison. En revanche, chez les hommes, 1 blessure sur 3 survient dans le cadre d'activités récréatives ou sportives, situation qui témoigne de leur plus grande participation à des activités physiques vigoureuses durant leurs loisirs. Les hommes sont aussi plus susceptibles que les femmes de subir des blessures au travail, ce qui n'est pas étonnant, puisqu'une plus forte proportion d'hommes que de femmes occupent un emploi physiquement exigeant.

Les chutes, qui sont la cause la plus fréquente de blessures chez les hommes et chez les femmes de tous les groupes d'âge, représentent une proportion nettement plus importante des blessures subies par les femmes que par les hommes de 25 ans et plus. Être heurté accidentellement par un objet ou par une personne est une cause plus fréquente de blessure chez les hommes que chez les femmes. Enfin, on ne constate aucune différence entre les proportions de blessures causées chez les hommes et chez les femmes par des facteurs naturels et environnementaux ou par des accidents impliquant un véhicule à moteur.

Douleur

La douleur chronique a des répercussions non seulement sur l'état de santé physique, mais aussi sur le bien-être affectif. Elle peut perturber toutes les facettes de la vie d'une personne, des activités domestiques et professionnelles aux loisirs et aux relations sociales. En outre, la douleur chronique influe sur l'utilisation des services de santé, puisque les personnes affligées passent plus de temps à

Prévalence de la douleur chronique, population de 12 ans et plus, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

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

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

l'hôpital et consultent plus fréquemment les médecins que celles qui ne le sont pas¹⁶.

Nombre d'affections plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, comme la migraine ou l'arthrite, sont douloureuses. Par conséquent, il n'est pas étonnant qu'en 1998-1999, 16 % de femmes de 12 ans et plus aient dit éprouver habituellement de la douleur. Pour les hommes, le chiffre correspondant était de 12 %.

La douleur chronique est plus courante chez les personnes âgées, mais pour ce groupe d'âge, l'écart entre les hommes et les femmes n'est pas statistiquement significatif : 25 % et 28 %, respectivement. Les groupes de 12 à 24 ans et de 45 à 64 ans sont ceux pour lesquels la prévalence de la douleur chronique est plus forte chez la femme que chez l'homme.

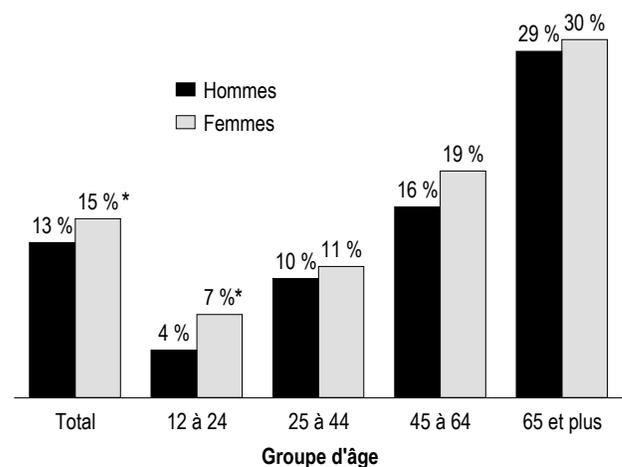
Limitation des activités et dépendance

En 1998-1999, 14 % de personnes de 12 ans et plus qui vivaient à domicile présentaient une limitation prolongée des activités, autrement dit une incapacité physique ou mentale ou un problème de santé chronique qui persistait depuis au moins six mois ou qui devait persister pendant six mois ou plus et

qui les limitait d'une façon quelconque dans le genre ou dans le nombre d'activités exercées à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres circonstances (voir *Effets des problèmes de santé chroniques*). Comme prévu, la probabilité de présenter une limitation des activités augmente avec l'âge, passant de 6 % pour les 12 à 24 ans à 30 % chez les personnes âgées. Globalement, le pourcentage de femmes (15 %) présentant une limitation des activités était significativement plus élevé que le pourcentage d'hommes (13 %). Cependant, les 12 à 24 ans représentent le seul groupe d'âge pour lequel la prévalence de la limitation des activités était significativement plus forte pour le sexe féminin que pour le sexe masculin.

À peine 2 % des membres de la population à domicile de 12 ans et plus présentaient des limitations si graves qu'ils dépendaient d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, y compris se laver ou s'habiller, manger et se déplacer dans leur foyer. Dans l'ensemble, une proportion légèrement, mais significativement, plus forte de femmes que d'hommes dépendaient d'autrui pour ce genre d'aide (2,4 % contre 1,8 % d'hommes). C'est pour le groupe des 65 ans et plus que la dépendance à l'égard d'autrui était la plus fréquente

Population de 12 ans et plus présentant une limitation prolongée des activités, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

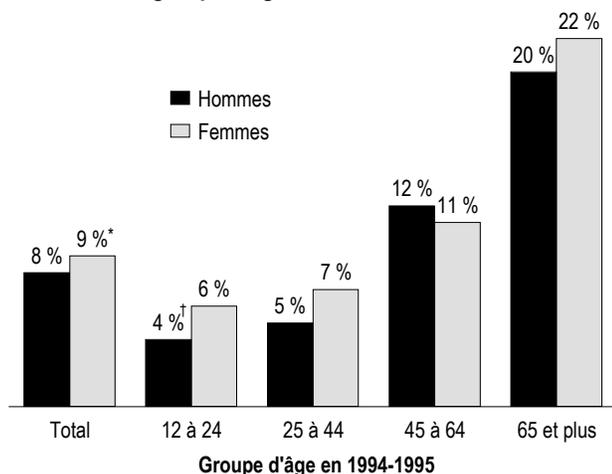
* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

(7 %), mais on ne note aucune différence entre les hommes et les femmes de ce groupe d'âge.

Pour chaque tranche de 100 personnes n'éprouvant aucune limitation des activités en 1994-1995, 9 présentaient une limitation en 1998-1999. De surcroît, pour chaque tranche de 100 personnes qui étaient autonomes en 1994-1995, 2 dépendaient d'autrui en 1998-1999. Évidemment, les nouveaux cas de limitation des activités ou de dépendance à l'égard d'autrui se manifestent surtout chez les personnes âgées. Dans l'ensemble, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir acquis une limitation des activités, mais on ne note aucun écart entre les proportions d'hommes et de femmes qui ont commencé à dépendre d'autrui.

La limitation des activités et la dépendance à l'égard d'autrui ne sont pas nécessairement de longue durée. En fait, presque la moitié des personnes qui ont déclaré une limitation en 1994-1995 et 60 % de celles qui dépendaient d'autrui ont dit qu'elles ne se trouvaient plus dans ces situations en 1998-1999. Ce changement pourrait refléter l'amélioration de la capacité fonctionnelle suite à la guérison naturelle

Population de 12 ans et plus chez laquelle s'est manifestée une limitation prolongée des activités entre 1994-1995 et 1998-1999, selon le groupe d'âge



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population
Nota : Pourcentage de personnes qui ne présentaient pas de limitation des activités en 1994-1995, mais qui en présentaient une en 1998-1999. Comprend les personnes qui avaient été placées en établissement de soins de longue durée en 1998-1999.

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

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

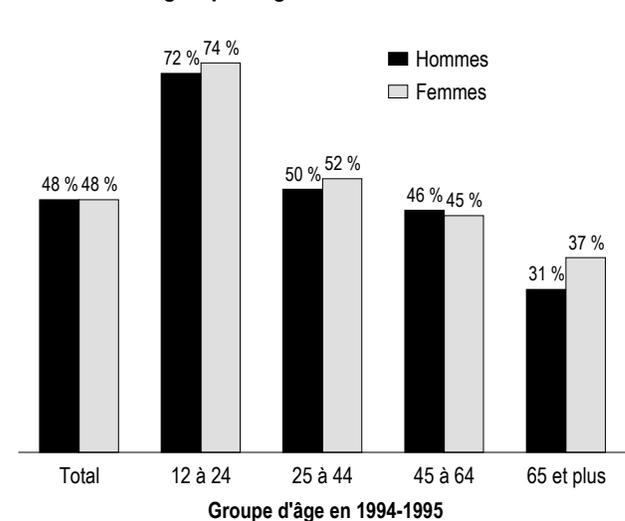
de certaines affections, comme les maux de dos, ou à la bonne conduite du traitement d'autres problèmes, comme l'arthrite.

La probabilité qu'une limitation ou une dépendance à l'égard d'autrui disparaisse est la même pour les deux sexes. En outre, les membres des ménages de la catégorie inférieure de revenu sont, toutes proportions gardées, les moins nombreux à mentionner la disparition d'une limitation des activités.

La disparition de la limitation des activités et de la dépendance à l'égard d'autrui est certes plus fréquente chez les jeunes, mais le tiers des personnes âgées qui présentaient une limitation d'activité ou une dépendance à l'égard d'autrui en 1994-1995 ne présentaient plus ces problèmes en 1998-1999.

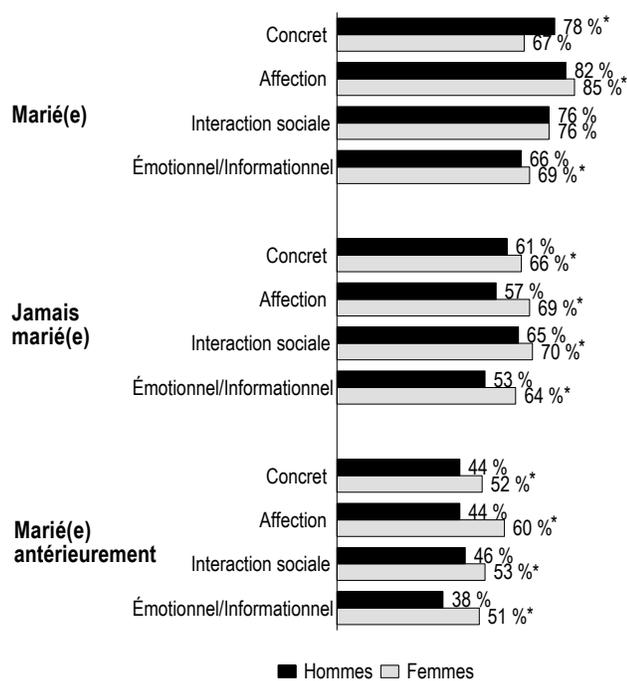
Les données sur l'incidence et sur la disparition de la limitation des activités englobent les personnes qui, en 1998-1999, avaient été placées en établissement. Par contre, les données sur l'incidence et la disparition de la dépendance à l'égard d'autrui couvrent uniquement les personnes qui vivaient encore chez elles; celles qui avaient été placées en établissement en 1998-1999 ont été exclues de l'analyse.

Population de 12 ans et plus chez laquelle une limitation prolongée des activités a disparu entre 1994-1995 et 1998-1999, selon le groupe d'âge



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population
Nota : Proportion de personnes qui présentaient une limitation des activités en 1994-1995, mais qui n'en présentaient plus en 1998-1999. Comprend les personnes qui avaient été placées en établissement de soins de longue durée en 1998-1999.

Population de 18 ans et plus bénéficiant d'un soutien social la plupart du temps ou tout le temps, selon l'état matrimonial et la forme de soutien, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

Nota : Couvre les personnes qui bénéficiaient d'un soutien la plupart du temps ou tout le temps pour chaque composante d'une forme particulière de soutien.
* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

assez forte de stress personnel et de stress au travail, de dépression et de problèmes de santé chroniques douloureux.

Par contre, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de pouvoir compter sur quelqu'un pour les aider s'ils étaient alités et pour préparer les repas et les aider à vaquer aux tâches quotidiennes s'ils en étaient incapables — autrement dit, un soutien social concret.

À tous les âges jusqu'à 45 ans, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de compter sur des sources d'affection et de soutien émotionnel et informationnel. Par contre, à tous les âges à partir de 25 ans, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de bénéficier d'un soutien concret. Chez les personnes âgées, le niveau de soutien était assez faible et, sauf pour le soutien concret, ne variait pas selon le sexe.

L'accès à un soutien social est fortement corrélé à l'état matrimonial. Les hommes et les femmes mariés étaient les plus susceptibles de bénéficier des quatre formes de soutien, et ceux qui avaient été mariés antérieurement (divorcés/séparés/veufs), les moins susceptibles. Toutefois, pour chaque catégorie d'état matrimonial, la proportion de femmes bénéficiant d'un soutien était égale ou supérieure à la proportion d'hommes. La seule exception concerne le soutien concret chez les personnes mariées : 78 % d'hommes mariés, mais 67 % de femmes mariées bénéficiaient de ce genre de soutien. De surcroît, le pourcentage plus élevé d'hommes mariés et de femmes mariées obtenant un soutien concret s'observe pour tous les groupes d'âge à partir de 25 ans.

Mot de la fin

Aussi bien chez les femmes que chez les hommes, le stress personnel et le stress au travail sont des prédictors de problèmes de santé mentale et physique. Cependant, les femmes sont nettement plus susceptibles que les hommes d'éprouver du stress, situation qui témoigne peut-être des attentes sociales et de la répartition des tâches au lieu de travail et à la maison. Les plus fortes prévalence et incidence des problèmes de santé chez les femmes pourraient tenir au fait que celles-ci sont plus susceptibles que les hommes de ressentir du stress.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir de toute une gamme de problèmes de santé chroniques débilissants et douloureux fortement associés à une limitation des activités. Cependant, l'effet à long terme de ces problèmes n'est pas le même pour les deux sexes. Une fois atteintes, les femmes semblent être plus résistantes.

À presque tous les âges, mais surtout chez les aînés, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de présenter une limitation des activités ou une dépendance à l'égard d'autrui. De surcroît, pour un problème de santé et un âge donnés, les hommes sont plus susceptibles de se dire en mauvaise santé et d'être emportés par la maladie que leurs homologues féminins. Cette situation pourrait refléter en partie le fait que les femmes ont

davantage tendance à créer des réseaux de soutien, peut-être pour composer avec le stress et les effets de maladies chroniques douloureuses.

Références

1. D.A. Fishbain, R. Cutler, H.L. Rosomoff *et al.*, « Chronic pain-associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? A review », *The Clinical Journal of Pain*, 13(2), 1997, p. 116-137.
2. G.E. Ruoff, « Depression in the patient with chronic pain », *The Journal of Family Practice*, 1996, 43(6), p. S25-S34.
3. L. Goldberg et C.W. Comstock, « Life events and subsequent illness », *American Journal of Epidemiology*, 104, 1976, p. 146-158.
4. D.J. Lerner, S. Levine, S. Malspeis *et al.*, « Job strain and health-related quality of life in a national sample », *American Journal of Public Health*, 84(10), 1994, p. 1580-1585.
5. L.M. Verbrugge, « The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality », *Journal of Health and Social Behaviour*, 30, 1989, p. 282-304.
6. 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.
7. S. Cohen, D.A. Tyrell et A.P. Smith, « Psychological stress and susceptibility to the common cold », *The New England Journal of Medicine*, 325(9), 1991, p. 606-612.
8. T. Koehler, « Stress and rheumatoid arthritis: A survey of empirical evidence in human and animal studies », *The Journal of Psychosomatic Research*, 29(6), 1985, p. 655-663.
9. W.L. Hellerstedt et R.W. Jeffery, « The association between job strain and health behaviours in men and women », *International Journal of Epidemiology*, 26(3), 1997, p. 575-583.
10. R.A. Karasek et T. Theorell, *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books, 1990.
11. S.A. Stansfeld, R. Fuhrer, J. Head *et al.*, « Work and psychiatric disorder in the Whitehall II study », *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 1997, p. 73-81.
12. S. Roxburgh, « Gender differences in work and well-being: Effects of exposure and vulnerability », *Journal of Health and Social Behaviour*, 37, 1996, p. 265-277.
13. E.M. Hall, « Gender, work control and stress: A theoretical discussion and an empirical test », *International Journal of Health Services*, 19(4), 1989, p. 725-745.
14. K. Wilkins et M.P. Beaudet, « Le stress au travail et la santé », *Rapports sur la santé*, 10(3), 1998, p. 49-62 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
15. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8-19.
16. W.J. Millar, « La douleur chronique », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1997, p. 51-58, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
17. L. Berkman et S.L. Syme, « Social networks, host resistance and mortality: A nine-year study of Alameda County residents », *American Journal of Epidemiology*, 109, 1979, p. 186-204.
18. S.M. Munroe, E.J. Bromet, M.M. Connell *et al.*, « Social support, life events, and depressive symptoms: A 1-year prospective study », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 1986, p. 424-431.

Les femmes recourent plus fréquemment aux services de santé que les hommes, une différence pour laquelle plusieurs explications ont été proposées. Les femmes ont peut-être effectivement un plus grand besoin de services de santé, puisque la prévalence et l'incidence de nombreuses affections chroniques sont plus fortes chez elles que chez leurs homologues masculins. En outre, la grossesse et l'accouchement, conjugués aux besoins diagnostiques et préventifs propres aux femmes, pourraient nécessiter des contacts réguliers avec les prestataires de soins. Enfin, le processus de socialisation et les rôles attribués respectivement à la femme et à l'homme pourraient inciter la première à réagir plus énergiquement face à la maladie et à chercher plus activement à obtenir des soins médicaux^{1,2}.

SERVICES DE SANTÉ/ AUTOTRAITEMENT

Les chercheurs ont souligné qu'il faudra approfondir l'examen des écarts entre hommes et femmes en ce qui concerne l'utilisation des services de santé^{1,4}, afin de mieux comprendre les raisons qui poussent les femmes à recourir davantage à diverses formes de services de santé. Si l'usage plus intensif des services de santé par les femmes reflète des besoins plus grands de soins, les renseignements recueillis fourniront peut-être des éclaircissements sur les déterminants biologiques des différences entre l'état de santé des hommes et des femmes.

Consultations d'un médecin

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de consulter les médecins. En 1998-1999, parmi la population de 12 ans et plus, 85 % de femmes et 72 % d'hommes ont déclaré avoir consulté un omnipraticien l'année précédente. Les proportions correspondantes pour la consultation d'un spécialiste sont 31 % et 19 %. Le nombre de consultations augmente avec l'âge, mais les taux sont généralement plus élevés pour les femmes que pour les hommes.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes non seulement d'avoir un contact avec un médecin, mais aussi de rendre fréquemment visite à un médecin. Dans l'ensemble, 14 % de femmes, mais seulement 8 % d'hommes ont déclaré avoir consulté un médecin au moins 10 fois l'année qui a précédé l'enquête.

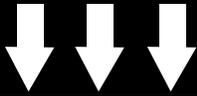
Consultations des médecins l'année précédente, population de 12 ans et plus, selon le groupe d'âge, 1998-1999

	Au moins une consultation :					
	Omni-praticien		Spécialiste		10 consultations ou plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%		%		%	
Total	72	85*	19	31*	8	14*
12 à 24	67	80*	10	25*	3†	12*
25 à 44	68	84*	17	32*	6	14*
45 à 64	75	86*	24	35*	11	13
65 et plus	88	90	32	29	22	20

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

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

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).



Les besoins de services de santé des femmes

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998-1999 concordent avec les résultats d'études antérieures selon lesquelles la grossesse, l'accouchement, ainsi que les maladies et les besoins de soins préventifs et diagnostiques typiquement féminins sont des causes importantes de ce recours plus fréquent des femmes aux services de santé traditionnels^{1,3,4}.

En 1998-1999, les femmes de 20 à 49 ans (âge de procréation) étaient plus susceptibles que les hommes du même groupe d'âge d'avoir consulté un omnipraticien au moins une fois au cours de l'année précédente (84 % contre 66 %). Une proportion deux fois plus forte de femmes que d'hommes de ce groupe d'âge ont aussi déclaré avoir consulté un spécialiste (32 % contre 17 %). En outre, le taux d'hospitalisation des femmes de ce groupe d'âge (9 %) était supérieur à celui observé pour les hommes (3 %).

Le moins bon état de santé des femmes est habituellement considéré comme un facteur important de leur utilisation plus fréquente des services de santé. Pourtant, si l'on tient compte de l'effet de l'état de santé (problèmes de santé chroniques, état de santé général, douleurs et malaises), la cote exprimant la possibilité qu'une femme ait consulté un omnipraticien ou un spécialiste au cours de l'année qui a précédé l'enquête ou celle exprimant le risque qu'elle ait été hospitalisée demeure plus de deux fois plus élevée que celle calculée pour un homme. Cependant, si l'on tient compte des soins propres aux femmes (grossesse/accouchement, mammographie, test de Papanicolaou et usage de contraceptifs oraux), la cote exprimant le risque que les femmes de 20 à 49 ans consultent un médecin ou soient hospitalisées n'est pas plus élevée que celle calculée pour les hommes du même groupe d'âge.

La cote exprimant la possibilité d'avoir consulté un omnipraticien l'année précédente est nettement plus élevée pour les femmes qui ont subi un test de Papanicolaou (3,6) ou une mammographie (2,8) durant cette période ou pour celles qui avaient pris des contraceptifs oraux (2,2) au cours du mois précédent l'enquête que pour les femmes qui n'étaient pas dans ces situations. En revanche, la

grossesse ou l'accouchement n'augmente pas de façon significative la cote exprimant la possibilité d'avoir consulté un omnipraticien.

Par contre, la grossesse ou l'accouchement augmente significativement la cote exprimant la possibilité d'avoir consulté un spécialiste. Parmi les femmes de 20 à 49 ans, la cote exprimant la possibilité d'avoir consulté un spécialiste est 2,2 fois plus élevée pour les femmes qui étaient enceintes ou avaient accouché que pour les autres. La cote exprimant la possibilité d'avoir consulté un spécialiste est également plus élevée (2,2) pour les femmes qui ont subi un test de Papanicolaou que pour celles qui n'ont pas subi ce genre d'examen.

Évidemment, il existe un lien significatif entre la grossesse et l'accouchement, d'une part, et l'hospitalisation, d'autre part. Comparativement aux autres femmes de 20 à 49 ans, celles qui étaient enceintes obtiennent une cote 14,5 fois plus élevée d'avoir été hospitalisées au cours de l'année précédente.

Les données administratives des hôpitaux brossent le même tableau. En 1996-1997, les hôpitaux ont déclaré 11 450 admissions pour 100 000 femmes de 20 à 49 ans. Pas moins de la moitié de ces hospitalisations étaient imputables à la grossesse et à l'accouchement. Durant cette période, le taux d'hospitalisation des hommes du même groupe d'âge était de 4 500 pour 100 000.

Proportion de femmes de 20 à 49 ans en 1998-1999 qui ont déclaré avoir :

	%
Subi une mammographie l'année précédente	5
Été enceinte ou avoir accouché au cours des deux dernières années	6
Pris des contraceptifs oraux le mois précédent	9
Subi un test de Papanicolaou l'année précédente	29

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

Nota : L'ENSP ne fournit pas de renseignements sur les problèmes de santé propres aux hommes.

Les taux plus élevés de visites chez le médecin enregistrés pour les femmes concordent avec la prévalence et l'incidence plus fortes des problèmes de santé chroniques observées chez ces dernières, mais l'écart hommes-femmes reflète en grande partie les taux élevés observés chez les jeunes femmes. Pour cette tranche de la population, les événements liés à la procréation et les soins diagnostiques et préventifs expliquent en grande partie le nombre plus grand de visites que font les femmes au médecin (voir *Les besoins de services de santé des femmes*).

Le nombre de visites chez le médecin augmente généralement avec l'âge pour les membres des deux sexes, particulièrement les hommes. À 65 ans et plus, les proportions d'hommes et de femmes qui déclarent avoir consulté un omnipraticien ou un spécialiste sont presque les mêmes. Qui plus est, après 45 ans, les proportions d'hommes et de femmes qui disent avoir consulté au moins 10 fois un médecin sont identiques.

Hospitalisation

En 1998-1999, à peine 7 % de personnes de 12 ans et plus vivant à domicile ont dit avoir passé au moins une nuit à l'hôpital l'année qui a précédé l'enquête. L'hospitalisation était nettement plus courante chez les femmes que chez les hommes : 9 % contre 6 %. Le taux global plus élevé observé pour les femmes reflète les taux plus élevés observés pour les âges les moins avancés (12 à 24 ans et 25 à 44 ans) et est lié en grande partie à la grossesse et à l'accouchement. À partir de 45 ans, les taux d'hospitalisation sont les mêmes pour les hommes que pour les femmes.

Les femmes (5 %) étaient significativement plus susceptibles que les hommes (4 %) d'avoir passé au moins trois jours à l'hôpital. De nouveau, l'écart reflète en partie la situation observée aux âges les moins avancés. Cependant, tant pour les femmes que pour les hommes, les taux les plus élevés d'hospitalisation prolongée s'observent pour les personnes âgées, et l'écart entre les taux observés pour les hommes et pour les femmes du troisième âge n'est pas significatif.

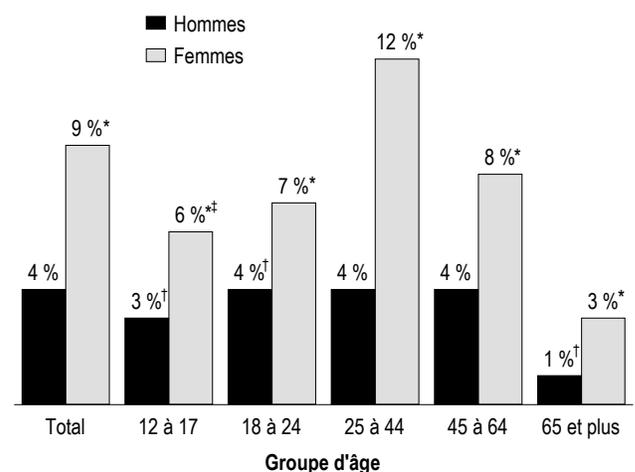
Consultations pour des problèmes émotionnels

Les Canadiens peuvent rechercher de l'aide pour des troubles mentaux ou émotionnels auprès de divers professionnels de la santé, y compris des omnipraticiens, des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux ou des conseillers. En 1998-1999, 6 % de la population de 12 ans et plus (environ 1,5 million de personnes) ont dit avoir consulté un professionnel de la santé au sujet de troubles mentaux ou émotionnels au cours de l'année qui a précédé l'enquête.

À chaque âge et à toutes les catégories de revenu du ménage, la proportion de femmes déclarant une consultation pour des troubles mentaux ou émotionnels est supérieure à celle observée pour les hommes. Globalement, les chiffres hommes-femmes sont de 4 % contre 9 %, mais l'écart le plus frappant est celui observé pour le groupe des 25 à 44 ans : 4 % contre 12 %.

Néanmoins, pour les personnes qui ont cherché à obtenir de l'aide pour des troubles mentaux ou émotionnels, l'écart global entre les nombres moyens de consultations selon le sexe, c'est-à-dire 10 visites pour les hommes et 9 pour les femmes, n'est pas statistiquement significatif.

Population de 12 ans et plus ayant déclaré des consultations pour troubles mentaux ou émotionnels l'année précédente, selon le groupe d'âge, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

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

‡ Coefficient de variation compris entre 16,7 % et 25,0 %.

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

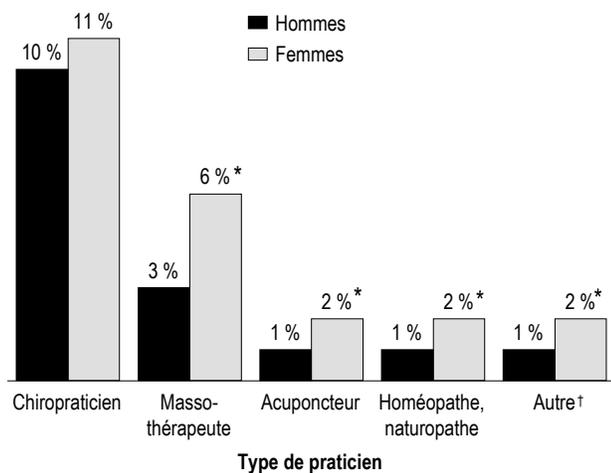
Soins non traditionnels

Bien que les Canadiens continuent de recourir aux services de santé ordinaires, ils recherchent aussi d'autres solutions. En 1998-1999, on estime que 16 % de la population de 12 ans et plus, c'est-à-dire environ 4 millions de personnes, avaient consulté un praticien des médecines non traditionnelles au cours de l'année précédente; en 1994-1995, la proportion correspondante était de 14 %. Dans l'ensemble, la proportion de femmes qui se sont tournées vers la médecine non traditionnelle ou douce en 1998-1999 est nettement plus forte que la proportion d'hommes : 18 % contre 14 %.

Les chiropraticiens, les massothérapeutes, les homéopathes ou naturopathes et les acuponcteurs sont les praticiens des médecines non traditionnelles consultés le plus fréquemment. Les hommes et les femmes sont aussi susceptibles les uns que les autres de consulter un chiropraticien, mais les femmes sont plus susceptibles que leurs homologues masculins de consulter chaque autre catégorie de prestataires de soins.

Les personnes dont le revenu du ménage est élevé sont significativement plus susceptibles que celles

Population de 12 ans et plus ayant consulté un praticien des médecines non traditionnelles l'année précédente, selon le type de praticien, 1998-1999

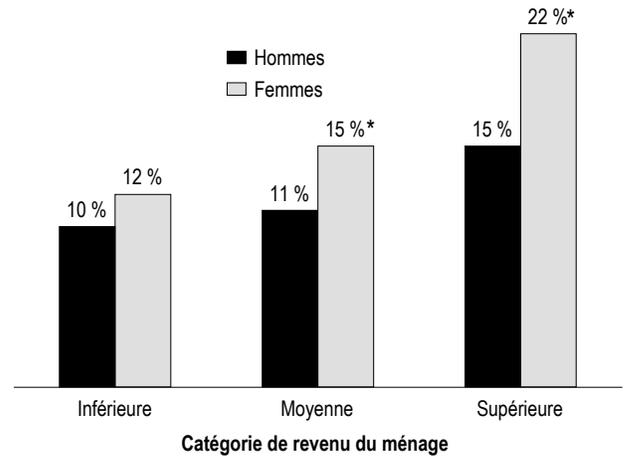


Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

† Y compris les enseignants des techniques Feldenkrais et Alexander ou des techniques de rétroaction biologique, les relaxologues, les herboristes, les réflexologues, les guérisseurs spirituels et les guérisseurs religieux.

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

Population de 12 ans et plus ayant consulté un praticien des médecines non traditionnelles l'année précédente, selon la catégorie de revenu du ménage, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

dont le revenu du ménage est faible de recourir aux médecines non traditionnelles, comme en témoignent certaines études antérieures^{5,6}. De surcroît, les femmes appartenant aux catégories supérieures de revenu sont plus susceptibles que leurs homologues masculins de consulter un praticien des médecines non traditionnelles.

Ce sont les jeunes et les personnes d'âge mûr qui recourent le plus fréquemment aux médecines non traditionnelles. Presque 20 % de personnes de 25 à 44 ans et de personnes de 45 à 64 ans disent recourir à ce genre de service, comparativement à 10 % environ de personnes de 12 à 24 ans ou de 65 ans et plus.

La plupart des Canadiens (96 %) qui, en 1998-1999, ont dit recourir à certaines formes de médecine non traditionnelle avaient également consulté des professionnels de la santé traditionnels, comme une infirmière ou un omnipraticien, un travailleur social ou un psychologue, ou un physiothérapeute. Malheureusement, on ne sait pas si ces consultations avaient pour cause le ou les mêmes problèmes de santé. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de consulter à la fois des prestataires de soins non traditionnels et traditionnels.

Consommation de médicaments

Au cours d'un mois donné, une majorité de Canadiens prennent une forme ou l'autre de médicaments en vente libre et(ou) de médicaments prescrits. Les analgésiques sont, de loin, les plus courants. En 1998-1999, presque le tiers des personnes de 12 ans et plus (65 %) ont dit avoir pris un analgésique, tel que de l'acide acétylsalicylique, de l'acétaminophène, un médicament contre l'arthrite ou un anti-inflammatoire. En deuxième place viennent les remèdes contre la toux ou le rhume (20 %), suivis par les remèdes contre les maux d'estomac et les médicaments contre l'hypertension (environ 10 % dans chaque cas). Après cela viennent les médicaments contre les allergies, la pénicilline ou d'autres antibiotiques et les médicaments contre l'asthme. Ce classement est celui observé pour les deux sexes, mais chaque médicament est consommé par une proportion plus forte de femmes que d'hommes.

L'écart hommes-femmes le plus prononcé est celui observé pour les analgésiques, qui ont été consommés par 71 % de femmes, mais seulement 58 % d'hommes, au cours du mois qui a précédé l'enquête. Cette situation pourrait tenir au fait que la prévalence d'affections douloureuses, comme l'arthrite ou la migraine, est plus forte chez les

femmes. Les différences culturelles pourraient aussi jouer un rôle; par exemple, les hommes pourraient être moins portés à admettre qu'ils souffrent.

Les médicaments pour le cœur et pour contrôler le diabète étaient utilisés moins fréquemment : au plus, 4 % des membres de la population ont dit en prendre. Les hommes, chez lesquels la prévalence de ces maladies est plus forte que chez les femmes, étaient plus susceptibles que ces dernières d'avoir récemment consommé des médicaments pour le cœur ou contre le diabète.

La consommation de médicaments est, en grande partie, liée à l'âge. La consommation de remèdes contre la toux ou le rhume et de médicaments contre les allergies est d'autant plus probable que la personne est jeune. En revanche, la consommation de médicaments contre l'hypertension, la maladie cardiaque, le diabète et les maux d'estomac augmente avec l'âge.

Traitement des maux de gorge, du rhume et de la grippe

Certains médicaments que consomment les Canadiens sont destinés à traiter le rhume et la grippe. Au cours d'un mois donné, il est probable qu'environ le tiers des adultes soient atteints de maux de gorge, d'un rhume ou de la grippe. Et, en général, ce genre de maladie est plus courante chez les femmes.

En 1998-1999, 34 % de femmes de 15 ans et plus ont dit avoir eu des maux de gorge, un rhume ou la grippe au cours du mois qui a précédé l'enquête.

Population de 12 ans et plus ayant pris certains médicaments le mois précédent l'enquête, 1998-1999

Catégorie de médicaments	Les deux sexes		
	Hommes	Femmes	%
Analgésiques†	58	71*	65
Remèdes contre la toux/le rhume	19	21*	20
Remèdes contre les maux d'estomac	10	11*	11
Médicaments contre l'hypertension	8	11*	10
Médicaments contre les allergies	8	10*	9
Pénicilline/Autres antibiotiques	7	10*	8
Médicaments contre l'asthme	5	7*	6
Médicaments pour le cœur	5*	4	4
Médicaments contre le diabète‡	3*	2	3

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

† Y compris l'acétaminophène, l'acide acétylsalicylique, les médicaments contre l'arthrite et les anti-inflammatoires.

‡ Y compris l'insuline et les pilules pour contrôler le diabète.

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

Population de 15 ans et plus ayant souffert de maux de gorge, d'un rhume ou de la grippe le mois précédent l'enquête, selon le groupe d'âge, 1998-1999

	Les deux sexes		
	Hommes	Femmes	%
Total	27	34*	30
15 à 24	39	52*	46
25 à 44	31	38*	35
45 à 64	21	29*	25
65 et plus	16	18	17

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

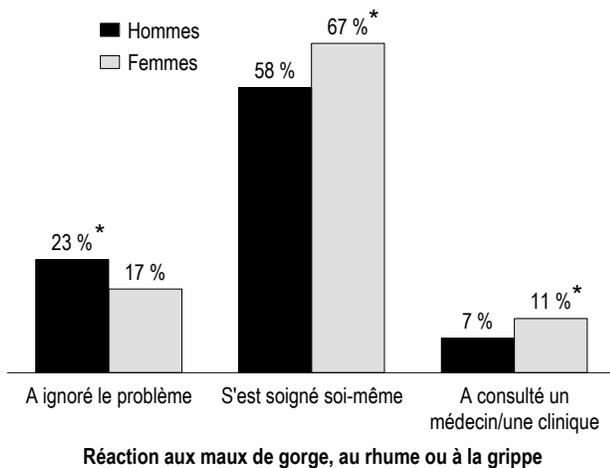
* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

Comparativement, environ 27 % d'hommes ont dit avoir eu ces maladies. Cette plus forte proportion associée aux femmes s'observe chez les personnes de 15 à 64 ans, mais disparaît à partir de l'âge de 65 ans.

À peine 17 % de personnes âgées ont dit avoir eu des maux de gorge, un rhume ou la grippe le mois précédent l'enquête. En revanche, 46 % de personnes de 15 à 24 ans ont fait état de ces symptômes, ce qui pourrait refléter l'exposition plus fréquente des jeunes à la maladie et leur niveau moindre d'immunité acquise.

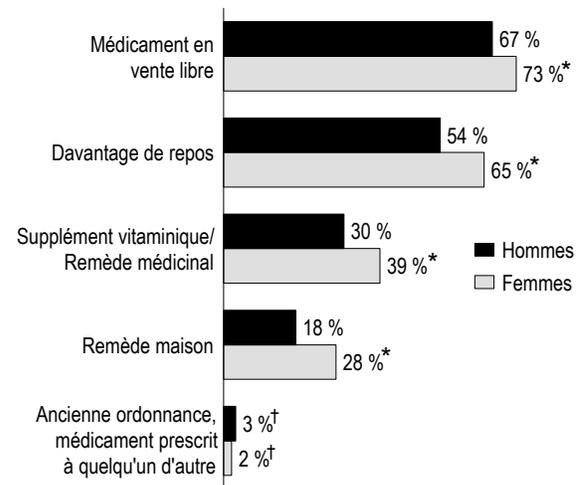
Les personnes qui ont un rhume ou la grippe ont tendance à se soigner elles-mêmes au lieu de consulter un prestataire de soins. Presque les deux tiers (63 %) des personnes qui ont dit éprouver des symptômes de rhume ou de grippe ont commencé par recourir à une forme ou l'autre d'autotraitement. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de recourir à ce genre de mesure, mais elles sont aussi plus susceptibles de consulter un médecin. Environ le cinquième seulement des personnes atteintes ont tout bonnement ignoré les symptômes, ce qui semble être davantage le cas chez les hommes que chez les femmes.

Population de 15 ans et plus ayant souffert de maux de gorge, d'un rhume ou de la grippe le mois précédent l'enquête, selon la réaction initiale au problème, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages
 * L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

Population de 15 ans et plus qui a souffert de maux de gorge, d'un rhume ou de la grippe le mois précédent l'enquête et qui s'est traitée elle-même, selon le genre d'autotraitement, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, composante des ménages

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

* L'écart entre les hommes et les femmes est statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

Les personnes qui soignent elles-mêmes leur rhume ou leur grippe recourent à diverses modalités de traitement : elles se reposent davantage et prennent des remèdes maison, des médicaments en vente libre ou des suppléments à base de vitamines et de plantes. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de recourir à chacune de ces formes d'autotraitement. En outre, une faible proportion de personnes ont dit utiliser le reste d'une « ancienne » ordonnance ou un médicament qui avait été prescrit à quelqu'un d'autre.

Soins à domicile

En 1998-1999, moins de 3 % de personnes de 18 ans et plus vivant à domicile ont reçu des soins à domicile officiels, financés par l'État, comme des soins infirmiers, de l'aide pour prendre son bain ou accomplir les tâches ménagères ou la livraison de repas. Naturellement, la probabilité de bénéficier de soins à domicile est beaucoup plus forte pour les personnes âgées que pour les personnes de moins de 65 ans. Chez les aînés, on ne constate aucun écart manifeste entre les sexes; autrement dit, les proportions d'hommes et de femmes qui recevaient

des soins à domicile, soit 10 % et 13 %, respectivement, ne différaient pas de façon significative.

Cependant, la proportion de personnes recevant des soins à domicile varie de façon appréciable selon le revenu du ménage. Un peu plus de 1 % de personnes appartenant à la catégorie supérieure de revenu, mais environ 7 % de celles appartenant à la catégorie inférieure, recevaient des soins à domicile. La variation selon le revenu pourrait refléter un plus grand besoin de soins de la part des personnes dont le revenu du ménage est faible, car elles sont en général en moins bonne santé que les personnes mieux nanties.

L'association entre le faible revenu et l'obtention de soins à domicile pourrait, dans une certaine mesure, être liée à l'âge. Cependant, selon une étude antérieure menée auprès des personnes de 65 ans et plus, même si l'on tient compte de l'effet de l'âge, le faible revenu est un prédicteur indépendant de l'obtention de soins à domicile⁷.

Les personnes dont le revenu est élevé sont peut-être aussi plus susceptibles d'obtenir des soins privés que des services financés par l'État. Cette situation pourrait résulter en partie de ce que certaines provinces lie la prestation de ce genre de services aux ressources et que, par conséquent, les résidents dont le revenu du ménage est élevé n'y aient pas droit.

On ne note aucune différence entre les hommes et les femmes aux deux extrémités de l'échelle de revenu. Toutefois, les femmes appartenant à la catégorie moyenne de revenu sont plus susceptibles que leurs homologues masculins d'obtenir des soins à domicile.

Mot de la fin

D'après les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, les membres féminins de la population de 12 ans et plus ont tendance à utiliser davantage les services de santé que leurs homologues masculins.

En ce qui concerne les soins traditionnels, comme la consultation des omnipraticiens ou des spécialistes et l'hospitalisation, le taux global de visites est plus

élevé pour les femmes que pour les hommes. Toutefois, si l'on tient compte du rôle procréateur de la femme et des soins particuliers qu'elle requiert à l'âge de procréation, ou ne constate aucun écart significatif entre les hommes et les femmes de ce groupe d'âge quant à l'usage des services de santé traditionnels. En outre, après la période de procréation, l'utilisation des services de santé varie peu selon le sexe.

Cependant, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de consulter un professionnel de la santé pour des troubles émotionnels ou de s'adresser à un praticien des médecines non traditionnelles. En outre, elles consomment plus de médicaments, particulièrement des analgésiques. Cette situation pourrait refléter la plus forte probabilité qu'elles souffrent d'affections chroniques douloureuses, comme l'arthrite ou la migraine.

Même en cas d'affections assez mineures, comme le rhume ou la grippe, les femmes sont plus susceptibles de se soigner elles-mêmes que les hommes. Un nombre assez faible de personnes ignorent tout bonnement les symptômes de ces affections, mais cette attitude est plus courante chez l'homme.

Le recours plus fréquent des femmes à divers services de santé pourrait refléter leur plus grande sensibilisation aux questions de santé, ainsi qu'une attitude plus proactive et préventive en vue de protéger leur santé.

Références

1. L.M. Verbrugge, «Gender and health: an update on hypotheses and evidence», *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 1985, p. 156-182.
2. P.D. Cleary, D. Mechanic, J.R. Greenly, «Sex differences in medical care utilization: An empirical investigation», *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 1982, p. 106-119.
3. C.A. Green, C.R. Pope, «Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis», *Social Science and Medicine*, 48, 1999, p. 1363-1372.

4. C.A. Mustard, P. Kaufert, A. Kozyrskyj *et al.*, « Sex differences in the use of health care services », *The New England Journal of Medicine*, 338, 1998, p. 1678-1683.
5. W.J. Millar, « Use of alternative health care practitioners by Canadians », *Canadian Journal of Public Health*, 88(3), 1997, p. 154-158.
6. C. Ramsay, M. Walker, J. Alexander, « Alternative medicine in Canada: use and public attitudes », *Public Policy Sources*, 21, 1999, Fraser Institute.
7. K. Wilkins, M.P. Beudet, « Soutien social aux aînés et soins à domicile », *Rapports sur la santé*, 11(4), 2000, p. 43-53 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Depuis des siècles, les données sur la mortalité servent à étudier l'état de santé des populations. Les statistiques totalisées selon la cause du décès, le sexe et l'âge fournissent des renseignements utiles pour comparer l'importance des maladies mortelles chez l'homme et chez la femme, ainsi que les âges auxquels les membres des deux sexes courent le plus grand risque d'être emportés par certaines maladies. L'espérance de vie, un indicateur de la santé de la population fondé sur l'âge auquel les gens meurent, donne un autre moyen de comparer les hommes et les femmes et d'étudier les tendances au fil du temps.

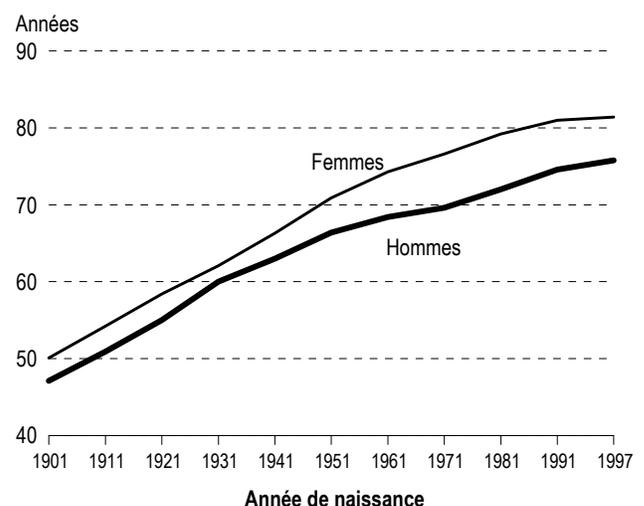
MORTALITÉ — TENDANCES

L'analyse des statistiques sur la mortalité au Canada selon le sexe révèle des différences importantes. En moyenne, les hommes meurent plus jeunes que les femmes et les causes de décès diffèrent dans une certaine mesure, particulièrement à l'adolescence et au début de l'âge adulte. En outre, plus d'hommes que de femmes connaissent une mort prématurée due à des causes évitables.

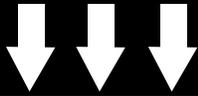
Les femmes vivent plus longtemps

Au Canada, depuis 1901, l'espérance de vie des hommes et des femmes a augmenté de façon spectaculaire, mais les femmes ont systématiquement eu un avantage par rapport aux hommes^{1,2}. Les femmes nées au début du XX^e siècle pouvaient s'attendre à vivre 50,1 années, c'est-à-dire trois années de plus que les hommes. En 1997, l'espérance de vie des femmes était passée à 81,4 années et celle des hommes, à 75,8 années, soit un écart de 5,6 années. C'est en 1981, année où l'espérance de vie des femmes dépassait celle des hommes de 7,1 années, que l'écart a été le plus important. Au cours des années 1990, chez les deux sexes, la croissance de l'espérance de vie a été moins forte qu'au cours de la décennie précédente, et elle a été moindre pour les femmes que pour les hommes (voir *Espérance de vie sans incapacité*).

Espérance de vie à la naissance, de 1901 à 1997



Source des données : Références n^{os} 1 et 2.



Espérance de vie sans incapacité

On évalue habituellement la santé globale d'une population grâce à des indicateurs comme la mortalité infantile et l'espérance de vie, en grande partie parce que des données détaillées à ce sujet peuvent être extraites des certificats de décès. Cependant, étant donné le recul des maladies infectieuses en tant que causes principales de décès au cours du siècle dernier, les gens atteignent maintenant un âge plus avancé où la vulnérabilité aux maladies chroniques est plus grande et où la fragilité et les limitations fonctionnelles sont plus courantes. Par conséquent, les indicateurs classiques, comme l'espérance de vie et d'autres indicateurs axés sur la mortalité, représentent aujourd'hui des mesures moins appropriées de la santé de la population.

Récemment, on a intégré à plusieurs mesures de l'espérance de vie en bonne santé une évaluation de la qualité du bon état de santé ou de la morbidité. Ces indicateurs ont l'avantage manifeste de permettre de saisir les variations de la mortalité ainsi que les variations de la qualité de l'état de santé.

L'une de ces mesures est l'espérance de vie sans incapacité (EVSI). Cet indicateur combine les taux de mortalité à des données sur la prévalence de la limitation des activités. L'EVSI représente une estimation du nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre avec ou sans limitation des activités.

Selon les estimations de l'EVSI calculées pour la période de 1995 à 1997, les femmes pouvaient s'attendre à passer un peu plus de 12 années, soit 15 % de leur vie, avec une incapacité, tandis que les hommes pouvaient s'attendre à passer environ 10 années (13 % de leur vie) dans la même situation. Manifestement, l'espérance de vie plus grande des femmes ne signifie pas qu'elles jouissent du même avantage en ce qui concerne l'espérance de vie sans incapacité. Alors que l'écart entre l'espérance de vie totale des femmes et des hommes est de 5,8 années en faveur des femmes, l'écart entre leurs espérances de vie sans incapacité est plus faible, c'est-à-dire un peu moins de trois années.

Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité, 1995 à 1997

	Espérance de vie	Espérance de vie sans incapacité	Écart	
	Années	Années	Années	%
Les deux sexes	78,4	67,1	11,3	14
Hommes	75,4	65,5	9,9	13
Femmes	81,2	68,7	12,5	15

Sources des données : Base canadienne de données sur l'état civil ; Recensement de la population de 1996

Comparaisons entre pays

Depuis 1961, le Canada est systématiquement classé parmi les 10 premiers des 29 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en ce qui concerne l'espérance de vie³. En 1961, 1971, 1981 et 1991, le classement relatif des Canadiennes était meilleur que celui de leurs homologues masculins.

De 1995 à 1997, la tendance a évolué et les Canadiens ont commencé à être mieux classés que les Canadiennes à l'échelle internationale. Par exemple, en 1997, les Canadiens se classaient cinquième par ordre décroissant d'espérance de vie, derrière les Japonais, les Suédois, les Islandais et les Suisses. Cette année-là, les Canadiennes se classaient

huitième, derrière les Japonaises, les Suissesses, les Françaises, les Espagnoles, les Belges, les Suédoises et les Italiennes.

Classement international du Canada pour l'espérance de vie à la naissance, certaines années, 1961 à 1997

	Hommes	Femmes
1961	8	7
1971	10	6
1981	9	6
1991	4	3
1995	4	5
1996	5	7
1997	5	8

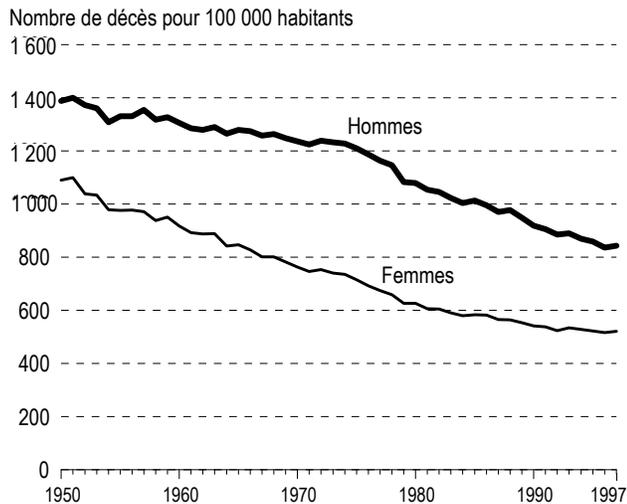
Source des données : Référence 3

Nota : Classement = 1 pour l'espérance de vie la plus grande parmi les pays membres de l'OCDE.

Tendance des taux de mortalité

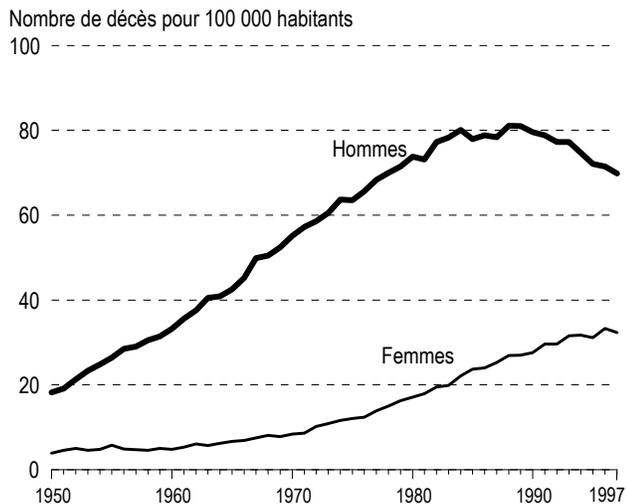
Durant la seconde moitié du XX^e siècle, les taux comparatifs de mortalité, qui sont calculés de façon à éliminer l'effet de la variation de la structure par âge de la population, ont fléchi fortement. Durant cette période, la réduction de 52 % du taux de mortalité féminine, toutes causes confondues, a surpassé considérablement la baisse de 39 %

Taux comparatifs[†] de mortalité, toutes causes confondues, 1950 à 1997



Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil
[†] Calculés en prenant pour référence la structure par âge de la population du Canada en 1991.

Taux comparatifs[†] de mortalité, cancer de la trachée, des bronches et du poumon, 1950 à 1997

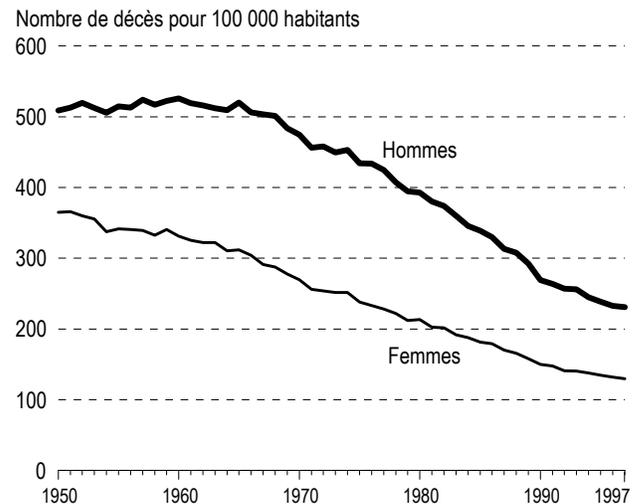


Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil
[†] Calculés en prenant pour référence la structure par âge de la population du Canada en 1991.

observée pour les hommes. Toutefois, de 1990 à 1997, le taux de mortalité a diminué deux fois plus rapidement chez les hommes (8 %) que chez les femmes (4 %).

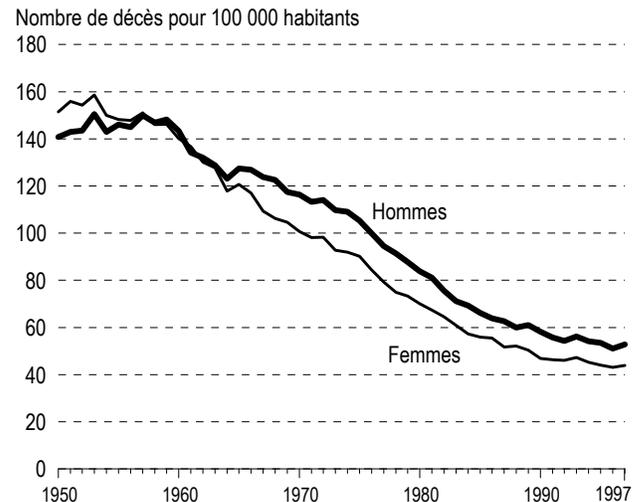
Si l'on considère toutes les causes de décès, la variation du taux de mortalité par cancer de l'appareil respiratoire est sans doute celle qui a eu le plus de répercussions sur les tendances de la mortalité chez

Taux comparatifs[†] de mortalité, maladies cardiaques, 1950 à 1997

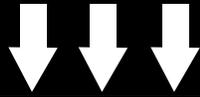


Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil
[†] Calculés en prenant pour référence la structure par âge de la population du Canada en 1991.

Taux comparatifs[†] de mortalité, maladies vasculaires cérébrales, 1950 à 1997



Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil
[†] Calculés en prenant pour référence la structure par âge de la population du Canada en 1991.



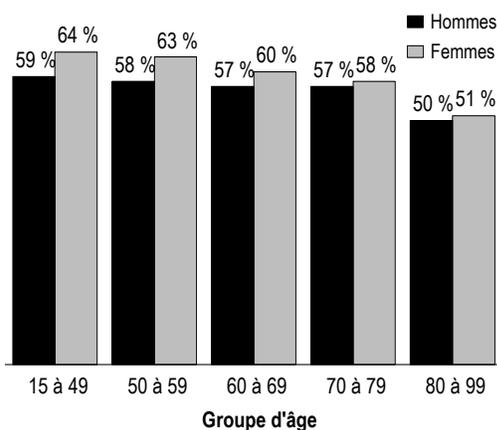
Survie au cancer

Depuis le milieu des années 1990, les sièges les plus courants de cancer sont particuliers au sexe : le sein chez la femme et la prostate chez l'homme. Aussi bien chez l'homme que chez la femme, en ce qui concerne l'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas diagnostiqués, le cancer du poumon vient au deuxième rang et le cancer du côlon et du rectum, au troisième.

Toutefois, le cancer du poumon est celui qui cause le plus grand nombre de décès, quel que soit le sexe, et le cancer du côlon et du rectum occupe la troisième place. La deuxième est occupée par le cancer du sein chez la femme et le cancer de la prostate chez l'homme.

L'estimation de la survie relative consiste à comparer le taux de survie de la population de cancéreux au taux de survie global d'une population présentant la même distribution selon l'âge, le sexe et la province de résidence. Pour les quatre sièges de cancer susmentionnés, la survie relative à 5 ans la plus forte est celle calculée pour les cancers du sein et de la prostate. Exception faite des très jeunes et des très âgées, les femmes chez lesquelles on avait diagnostiqué un cancer du sein en 1992 avaient 80 % de chances de vivre encore cinq années comparativement aux femmes du même âge vivant dans la même province. Le pronostic était essentiellement le même pour les hommes chez lesquels on avait diagnostiqué un cancer de la prostate.

Survie relative à cinq ans, cas de cancer du côlon et du rectum diagnostiqués en 1992, selon le groupe d'âge



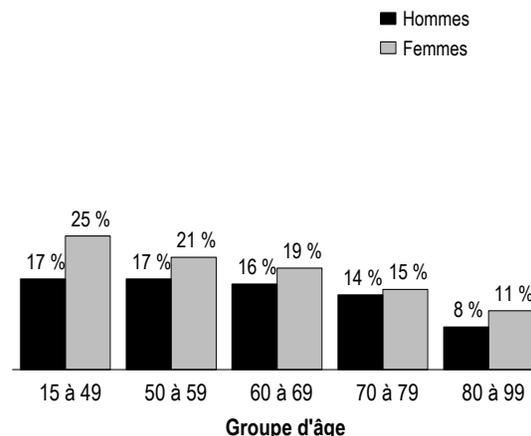
Pour le cancer du côlon et du rectum, le taux comparatif de survie à cinq ans est nettement plus faible : 56 % pour les hommes et 58 % pour les femmes.

Le pronostic du cancer du poumon est encore plus sombre, puisque le taux comparatif de survie relative à cinq ans est de 15 % pour les hommes et de 18 % pour les femmes. Chez les personnes atteintes d'un cancer du côlon et du rectum ou d'un cancer du poumon, la survie relative des femmes excède légèrement la survie relative des hommes. L'avantage apparent dont bénéficient les femmes tient peut-être en partie à ce qu'elles utilisent plus fréquemment les services de santé, donc qu'elles aient plus de chances que l'on diagnostique et que l'on traite la tumeur à un stade précoce.

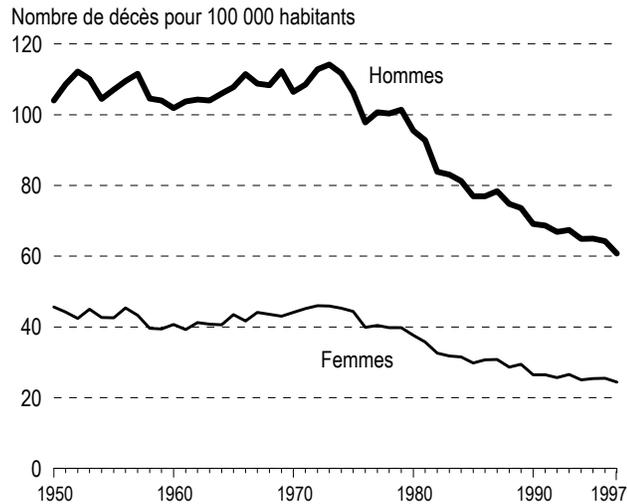
La survie au cancer dépend beaucoup du stade d'évolution de la tumeur au moment du diagnostic⁴⁻⁶. Les personnes chez qui l'on pose le diagnostic à un stade précoce ont tendance à survivre plus longtemps que celles chez lesquelles on le pose quand la tumeur s'est propagée au-delà du siège primitif. L'existence d'un traitement et l'accès à ce dernier jouent aussi un rôle dans la survie. Toutefois, sans données sur le stade de la tumeur au moment du diagnostic ou du traitement, il est impossible de déterminer quel est le rôle joué par ces facteurs dans les écarts entre les taux de survie à cinq ans.

Voir aussi *Indicateurs de la santé*, publication électronique offerte gratuitement sur Internet à <http://www.statcan.ca>.

Survie relative à cinq ans, cas de cancer du poumon diagnostiqués en 1992, selon le groupe d'âge



Taux comparatifs[†] de mortalité, causes extérieures de traumatisme et d'empoisonnement, 1950 à 1997



Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil
[†] Calculés en prenant pour référence la structure par âge de la population du Canada en 1991.

les hommes et chez les femmes ces dernières années. Les tendances selon le sexe du taux de mortalité par cancer de l'appareil respiratoire, cancer qui est causé principalement par l'usage du tabac et qui est donc historiquement plus fréquent chez l'homme que chez la femme, illustrent l'effet des influences sociales sur la mortalité. Chez les hommes, après avoir augmenté régulièrement à partir de 1950, l'incidence de ce cancer s'est stabilisée vers le milieu des années 1980, puis a baissé au cours des années 1990. Par contre, chez la femme, l'incidence n'a commencé à augmenter que vers les années 1960, mais, contrairement à ce que l'on observe chez l'homme, elle a continué d'augmenter au cours des années 1990. La disparité des tendances récentes du taux de mortalité observées pour l'homme et pour la femme reflète aujourd'hui le fait que la prévalence de l'usage du tabac a augmenté plus tôt chez l'homme que chez la femme et qu'elle a aussi commencé à diminuer plus tôt chez l'homme que chez la femme (voir *Survie au cancer*).

Au cours des années 1990, la baisse du taux de mortalité due aux maladies cardiaques a été à peu près la même chez l'homme que chez la femme. De même, pour les autres causes principales de décès,

comme les maladies vasculaires cérébrales (principalement l'accident vasculaire cérébral) et les causes extérieures de traumatisme et d'empoisonnement (dont les composantes principales sont les accidents impliquant un véhicule à moteur et le suicide), les taux de mortalité ont baissé de façon quasiment parallèle chez l'homme et chez la femme.

Les 10 causes principales de décès

Aussi bien chez l'homme que chez la femme, en 1997, les 10 causes principales de décès rendaient compte d'environ 83 % des décès. Toutefois, les deux causes les plus importantes étaient inversées : une proportion légèrement plus forte d'hommes ont été emportés par le cancer plutôt que par la maladie cardiaque, mais c'est l'inverse que l'on observe pour les femmes. Les maladies vasculaires cérébrales (principalement l'accident vasculaire cérébral) étaient la troisième cause principale de décès aussi bien chez l'homme que chez la femme. La proportion globale de décès causés par le cancer et les maladies cardiaques était légèrement plus forte pour l'homme (55 %) que pour la femme (52 %). Cependant, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être emportées par une maladie vasculaire cérébrale (9 % contre 6 %).

Six des sept causes principales de décès restantes étaient également les mêmes pour les deux sexes, mais le classement était différent. Par exemple, la

Décès dus aux 10 causes principales, 1997

	Hommes	Femmes
	Nombre de décès	
Cancer	31 555	27 148
Maladies cardiaques	30 149	27 268
Maladies vasculaires cérébrales	6 675	9 376
Maladies pulmonaires	5 607	4 011
Traumatismes accidentels	5 305	3 321
Pneumonie/Grippe	3 749	4 283
Suicide	2 914	†
Diabète	2 767	2 932
Maladie des artères	2 505	2 262
Maladie du système nerveux central	2 104	2 945
Psychoses	‡	3 084

Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil

† Ne figurait pas parmi les 10 causes principales chez les femmes.

‡ Ne figurait pas parmi les 10 causes principales chez les hommes.

pneumonie et la grippe venaient en quatrième place chez la femme, mais en sixième chez l'homme. La mortalité due à des maladies héréditaires et dégénératives du système nerveux central (comme la maladie d'Alzheimer) était également plus fréquente chez la femme, fait qui témoigne de leur plus grande espérance de vie. Le suicide, qui, chez l'homme, était la septième cause principale de décès, ne figurait pas parmi les 10 causes principales de décès chez la femme. Inversement, les décès liés aux psychoses étaient suffisamment fréquents chez la femme pour figurer parmi les 10 causes principales.

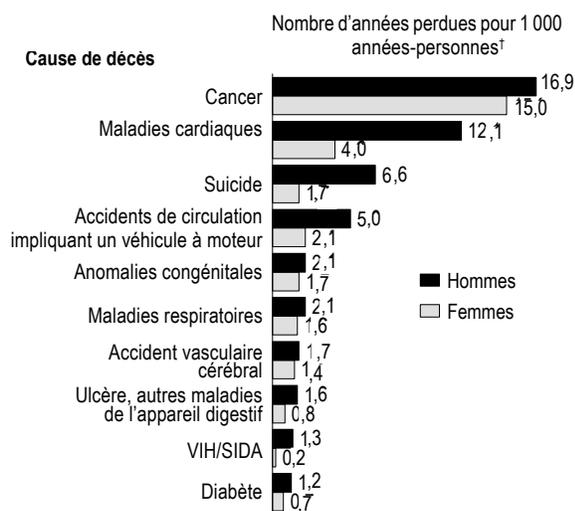
Années potentielles de vie perdues

Bien que les taux de mortalité soient utiles pour évaluer l'effet relatif des causes de décès survenant à tout âge, le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) est un indicateur de la mortalité prématurée. Conformément aux conventions établies, pour calculer le nombre d'APVP, on a soustrait l'âge auquel le décès est réellement survenu de l'âge de 75 ans; par exemple, un décès survenu à l'âge de 3 ans correspondrait à 72 années potentielles de vie perdues, tandis qu'un décès à l'âge de 69 ans correspondrait à 6 années. Par conséquent, le calcul

du nombre d'APVP donne plus de poids au décès d'une personne jeune qu'à celui d'une personne âgée. Par exemple, le taux d'APVP, qui est élevé pour le suicide, reflète l'importance relative de cette cause de décès à l'adolescence et au début de l'âge adulte. En revanche, le taux comparatif de mortalité par suicide, calculé sans référence à l'âge, se classe plus bas.

Pour la plupart des causes principales d'APVP avant l'âge de 75 ans, le taux est plus élevé pour les hommes que pour les femmes, ce qui donne à penser que les premiers courent un risque plus élevé de décès prématuré. Par exemple, le taux d'APVP pour la maladie cardiaque est trois fois plus élevé chez l'homme que chez la femme. De surcroît, pour deux causes de décès comportant un élément de violence, à savoir le suicide et les accidents impliquant un véhicule à moteur, les taux d'APVP observés pour les hommes sont quatre fois et deux fois plus élevés, respectivement, que ceux calculés pour les femmes. Par contre, bien que les taux d'APVP liés au cancer, aux anomalies congénitales, à l'accident vasculaire cérébral et à la bronchopneumopathie chronique obstructive soient plus élevés pour les hommes que pour les femmes, l'écart est moins prononcé.

Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant l'âge de 75 ans, certaines causes de décès, 1997



Source des données : Base canadienne de données sur l'état civil

† Taux calculé en prenant pour référence la structure par âge de la population du Canada en 1997.

Mot de la fin

Tout au long du siècle dernier, l'espérance de vie des femmes a été plus grande que celle des hommes, mais l'écart a commencé à s'amenuiser au cours des années 1990. Ce changement tient en grande partie à une évolution importante des courbes de mortalité observée pour le cancer de l'appareil respiratoire lié à l'usage du tabac. Le taux de mortalité liée à ce cancer continue d'être plus fort chez l'homme que chez la femme, mais il diminue maintenant chez le premier alors qu'il continue d'augmenter chez la seconde.

Les variations récentes du classement de l'espérance de vie des Canadiens et des Canadiennes à l'échelle internationale reflètent aussi l'évolution des tendances observées chez les femmes et chez les hommes. En ce qui concerne l'espérance de vie, tant des hommes que des femmes, le Canada a toujours été classé parmi les 10 premiers pays membres de l'OCDE, mais, ces dernières années, le

classement des Canadiens à l'échelle internationale s'est amélioré, alors que celui des Canadiennes a fléchi.

Enfin, la mortalité prématurée est plus forte chez l'homme pour la plupart des causes de décès, y compris la maladie cardiaque, ainsi que pour la plupart des causes extérieures de traumatisme, comme les accidents impliquant un véhicule à moteur.

Références

1. A. Bélanger et S. Gilbert, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1998-1999 : La conjoncture démographique* (Statistique Canada, n° 91-209-XPF au catalogue), 1999.
2. Statistique Canada, *Le Quotidien*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 13 mai 1999.
3. Organisation de coopération et de développement économiques, *Health Data 2000 - Comparative Analysis of 29 Countries* (CD-ROM), Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 15 juillet 2000.
4. P.A. Wingo, L.A. Gloecker Ries, S.L. Parker *et al.*, « Long-term cancer patient survival in the United States », *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 7, 1998, p. 271-282.
5. G. Gatta, R. Capocaccia, M.P. Coleman *et al.*, « Toward a comparison of survival in American and European cancer patients », *Cancer*, 89, 2000, p. 893-900.
6. H.G. Welch, L.M. Schwartz et S. Woloshin, « Are increasing 5-year survival rates evidence of success against cancer? », *Journal of the American Medical Association*, 283, 2000, p. 2975-2978.

Ce rapport spécial, fondé sur des données de l'état civil, des données de recensement, des données représentatives de l'ensemble de la population tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), ainsi que des données provenant des registres du cancer, renforce le postulat selon lequel des différences existent entre les Canadiens et les Canadiennes quant aux attitudes à l'égard de la santé, aux comportements qui influent sur cette dernière, à la maladie et à la mortalité. Comme l'ont aussi constaté

CONCLUSION

d'autres pays, les données sur la santé et sur la maladie chez l'homme et chez la femme sont paradoxales. Les femmes souffrent d'un plus grand nombre de maladies, connaissent un plus grand nombre d'années d'incapacité et subissent plus de stress que les hommes, mais elles vivent plus longtemps. Même en cas de maladie mortelle, les femmes semblent résister plus longtemps que les hommes.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer ces différences. La plus forte probabilité que les femmes tombent malades pourrait tenir à des facteurs environnementaux, comme une plus grande exposition aux enfants, un niveau plus élevé de stress au travail et à la maison et un statut socioéconomique généralement plus faible.

En 1998-1999, 15 % de femmes de 12 ans et plus, mais 10 % d'hommes, faisaient partie d'un ménage à faible revenu. L'écart était particulièrement prononcé chez les personnes âgées : 26 % de femmes contre 13 % d'hommes. Pourtant, quelle que soit la catégorie de revenu, la plupart des différences hommes-femmes persistent en ce qui concerne les comportements liés à la santé, les problèmes de santé chroniques et l'utilisation des services de santé.

Le processus de socialisation des hommes et les femmes pourrait aussi expliquer certains écarts. Les femmes semblent s'intéresser davantage aux mesures

de prévention de la maladie et de promotion de la santé en général et pourraient être plus susceptibles que les hommes de reconnaître la maladie ou la douleur. Les femmes recourent aussi plus que les hommes aux services de santé, ce qui augmente la possibilité que l'on diagnostique les problèmes éventuels.

Les différences génétiques ou physiologiques pourraient expliquer en partie la plus grande longévité des femmes, autrement dit indiquer que celles-ci sont physiquement plus résistantes que les hommes. Cependant, le soutien social plus important dont bénéficient les femmes pourrait aussi contribuer à la différence.

L'influence des normes culturelles et sociétales sur le comportement peut aussi avoir des répercussions sur la santé. Par exemple, l'amoinissement de l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes constaté ces dernières années reflète les attitudes à l'égard du tabac, facteur

qui fait fortement partie de la trame culturelle. À cause de leurs expériences différentes durant la période de guerre et des pressions différentes exercées par la publicité sur les hommes et sur les femmes, celles-ci ont commencé à fumer plus tard et n'ont jamais fumé autant que les hommes. Cependant, chez les jeunes Canadiens d'aujourd'hui, le taux d'usage de la cigarette est le même pour les hommes que pour les femmes et les taux de mortalité par maladie respiratoire liée à l'usage du tabac semblent se rapprocher légèrement.

Les raisons des différences observées chez les hommes et chez les femmes en ce qui concerne les attitudes à l'égard de la santé, les comportements liés à la santé, l'état de santé et l'utilisation des services de santé sont souvent l'objet de spéculations et seront sans aucun doute le sujet d'importants travaux de recherche dans l'avenir. Cependant, les conséquences de ces différences en matière de politique de santé publique importent autant que les causes premières de ces différences. Les domaines particuliers dans lesquels les besoins des hommes et des femmes diffèrent pourraient justifier certaines interventions relevant de la santé publique. Par exemple, les hommes bénéficieraient sans doute de

mesures visant à les sensibiliser davantage au lien entre l'alimentation et la maladie et à décourager la consommation excessive d'alcool et d'autres habitudes éventuellement dangereuses qui entraînent un taux plus élevé de blessures. L'adoption d'un plus grand nombre d'attitudes préventives à l'égard de la santé, y compris le recours aux services de dépistage et de counselling en promotion de la santé, entraînerait peut-être aussi une amélioration de l'état de santé des hommes. Les femmes doivent être encouragées à faire plus d'exercice et à réduire leur niveau de stress. Elles doivent aussi recevoir un soutien pour les aider à composer avec la douleur et l'incapacité.

Le présent rapport décrit d'importantes différences entre l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes. À l'heure actuelle, on ne sait pas comment agissent les facteurs biologiques, sociaux, culturels et socioéconomiques qui donnent lieu à ces différences. Cependant, les résultats font ressortir le besoin de programmes de santé publique spécifiques qui tiennent compte des différences de parcours des hommes et des femmes jusqu'à la maladie.

MÉTHODOLOGIE

Sources des données

La plupart des analyses présentées dans ce rapport se fondent sur des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada. Lancée en 1994-1995, l'ENSP permet de recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre la population à domicile et les personnes vivant en établissement de santé des provinces et des territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP comprend une composante transversale et une composante longitudinale (voir *Échantillons de l'Enquête nationale sur la santé de la population*). Les personnes qui font partie du panel longitudinal seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP sont décrits plus en détail dans des rapports déjà publiés^{1,2}.

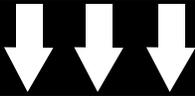
Les données sur la mortalité proviennent de la Base canadienne de données sur l'état civil, qui regroupe les renseignements fournis par les bureaux de l'état civil de chaque province et territoire, du Registre canadien du cancer et du *Rapport sur l'état de la population au Canada, 1998-1999*³. L'espérance de vie sans incapacité est fondée sur des données provenant du Recensement de la population de 1996 et des données sur la mortalité couvrant la période de 1995 à 1997 tirées de la Base canadienne de données sur l'état civil.

Analyse

Les indicateurs présentés dans le rapport ont été choisis en s'appuyant sur les documents cadres élaborés récemment par plusieurs organismes, y compris l'Institut canadien d'information sur la santé (Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population), l'Organisation mondiale de la santé et la Conférence des premiers ministres^{4,6}. Ces documents décrivent un large éventail d'indicateurs de l'état de santé, des déterminants non médicaux de la santé, du rendement du système de santé et des caractéristiques de la collectivité et du système de santé. (Les données récentes sur nombre de ces indicateurs sont publiées sur les sites Web de Statistique Canada [<http://www.statcan.ca>] et de l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS] [<http://www.cihi.ca>].)

On se sert, pour mesurer les différences entre l'état de santé des hommes et des femmes, des indicateurs utilisés habituellement pour décrire la santé (par exemple, l'espérance de vie et les taux de mortalité), ainsi que de données qui n'ont été produites que récemment, comme l'incidence de la maladie, l'incapacité et l'espérance de vie sans dépendance et sans incapacité. On examine aussi l'état de santé grâce aux données sur la prévalence des problèmes de santé chroniques, de la dépression, des blessures et de la douleur chronique.

Les variables qui représentent les déterminants non médicaux de la santé incluent des



Échantillons de l'Enquête nationale sur la santé de la population

Échantillon transversal : Les échantillons transversaux des premier et deuxième cycles (1994-1995 et 1996-1997) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) comprennent les membres du panel longitudinal et d'autres membres de leur ménage, ainsi que les personnes sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (acquisition d'unités d'échantillonnage supplémentaires) demandés par certaines provinces. En 1994-1995 la grande majorité des interviews ont été réalisées sur place. Par contre, en 1996-1997, la plupart des interviews ont été réalisées par téléphone et les échantillons supplémentaires ont été sélectionnés par la méthode de composition aléatoire.

L'échantillon transversal du troisième cycle (1998-1999) comprend principalement les membres du panel longitudinal et leurs cohabitants. De nouveaux, la plupart des interviews ont été réalisées par téléphone. Bien qu'il n'y ait eu aucun achat d'unités d'échantillonnage supplémentaires lors du troisième cycle, des enfants nés après 1994 et des immigrants arrivés au Canada après cette date ont été sélectionnés au hasard et ajoutés à l'échantillon afin que celui-ci demeure représentatif de la population. En outre, pour remplacer la partie de l'échantillon perdue par érosion, on a communiqué avec les habitants des logements qui faisaient partie de la base de sondage originale, mais dont les membres avaient refusé de participer à l'enquête en 1994-1995, pour leur demander de participer en 1998-1999.

Le Fichier général de l'ENSP comprend les données sociodémographiques et certaines données sur la santé obtenues pour tous les membres des ménages participants. Le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé recueillis auprès d'une personne sélectionnée au hasard dans chaque ménage participant, ainsi que les renseignements sur la santé de cette personne qui figurent dans le Fichier général.

Dans chaque ménage formant la composante transversale supplémentaire, une personne bien informée a fourni pour chaque membre du ménage des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé que l'on a regroupés dans le Fichier général. En outre, dans chacun de ces ménages, on a choisi au hasard une personne, qui n'était pas nécessairement la personne bien informée susmentionnée, à laquelle on a demandé de fournir des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé.

Dans chaque ménage formant la composante longitudinale des deuxième et troisième cycles (1996-1997 et 1998-1999), la personne qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé était celle qui avait été sélectionnée au hasard à l'occasion du premier cycle (1994-1995) et, en général, celle qui a fourni des

renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général lors des deuxième et troisième cycles. Dans les ménages qui ont été ajoutés à l'échantillon transversal de 1998-1999 (immigrants, nouveau-nés et ménages sélectionnés au départ mais qui n'avaient pas participé au premier cycle de l'enquête), la personne sélectionnée au hasard était généralement celle qui a fourni les renseignements pour le Fichier général, si elle était jugée suffisamment bien informée pour fournir des renseignements sur les autres membres du ménage.

En 1994-1995, l'échantillon de la composante des ménages n'incluant pas les personnes vivant en établissement de santé et couvrant les 10 provinces comptait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. Après l'application d'un tri de sélection pour que l'échantillon reste représentatif, 20 725 ménages faisaient encore partie du champ d'observation. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée au hasard avait 12 ans et plus. De ces personnes sélectionnées au hasard, 17 626 ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé, ce qui représente un taux de réponse de 96,1 %.

En 1996-1997, le taux de réponse global au niveau des ménages était de 82,6 %. Le taux de réponse des personnes de 2 ans et plus sélectionnées au hasard dans ces ménages était de 95,6 %. En 1998-1999, le taux de réponse global au niveau des ménages était de 88,2 %. Le taux de réponse au niveau de l'échantillon de personnes de 0 an et plus sélectionnées au hasard dans ces ménages était de 98,5 %.

Échantillon longitudinal : Des 17 626 personnes sélectionnées au hasard en 1994-1995, 14 786 répondaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal de l'ENSP, de même que 468 personnes sur lesquelles on n'a recueilli que des renseignements généraux. En outre, 2 022 des 2 383 personnes de moins de 12 ans sélectionnées au hasard répondaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal. Donc, 17 276 personnes remplissaient les conditions pour être réinterviewées en 1996-1997 et 16 677 vivaient encore en 1998-1999. Le taux de réponse obtenu pour le panel longitudinal en 1996-1997 était de 93,6 % et celui obtenu en 1998-1999 pour le panel complet était de 88,9 %. Des 16 168 personnes qui ont participé à l'enquête en 1996-1997, 15 670 ont fourni des renseignements complets, c'est-à-dire qu'elles ont fourni des renseignements généraux et des renseignements détaillés sur leur santé lors des deux premiers cycles de l'enquête ou qu'elles étaient décédées ou avaient été placées en établissement. Pour 1998-1999, le nombre correspondant est de 14 619 personnes.

comportements comme le commencement et l'arrêt de l'usage du tabac, la consommation d'alcool et l'activité physique. Le stress et le soutien social sont d'autres déterminants non médicaux de la santé. Le statut socioéconomique, dont le lien à la santé et à la maladie est bien connu, est aussi considéré dans l'analyse sous la forme du niveau de revenu. On examine aussi des renseignements détaillés sur le mode de vie et sur les habitudes concernant les soins de santé qui pourraient fournir des éclaircissements sur les facteurs qui contribuent aux différences observées entre les hommes et les femmes.

La portée de l'analyse est vaste et couvre la santé des hommes et des femmes à un moment précis dans le temps, ainsi qu'au fil du temps. Les résultats sont basés sur des totalisations et des analyses multivariées complexes qui tiennent compte de la contribution simultanée de nombreuses variables aux résultats observés. Sauf pour les analyses fondées sur les données de l'état civil et celles provenant des registres du cancer, les données sont représentatives de la population à domicile. Les personnes vivant en établissement ne sont pas couvertes, sauf indication contraire.

La plupart des renseignements tirés de l'ENSP sont transversaux. Toutefois, on se sert de données longitudinales pour illustrer l'incidence des maladies chroniques, les mouvements concernant le commencement et la fin de la limitation des activités et de la dépendance, le commencement de l'usage du tabac et le renoncement à ce dernier et l'association du mode de vie et du stress, aux maladies chroniques, ainsi que l'association de ces dernières à l'état de santé et à la mortalité.

Les données transversales de l'ENSP sont pondérées de façon à ce qu'elles soient représentatives de la population qui existait à la date de chaque cycle de l'enquête. Les données longitudinales, quant à elles, sont pondérées de façon à ce qu'elles soient représentatives de la population qui existait au moment où l'enquête a débuté (1994-1995). Pour tenir compte des effets du plan de sondage, on a estimé la variance des estimations selon la méthode *bootstrap*⁷⁻⁹. Sauf indication contraire, tous les écarts et rapports de cotes mentionnés dans le texte sont statistiquement

significatifs ($p \leq 0,05$). Dans les graphiques et les tableaux, les écarts statistiquement significatifs sont indiqués par un astérisque.

Les estimations de l'espérance de vie sans incapacité sont calculées selon la méthode de Sullivan, qui se fonde sur les taux d'incapacité selon le sexe et le groupe d'âge observés à l'échelle de la population¹⁰. L'espérance de vie sans incapacité correspond à la différence entre l'espérance de vie totale et l'espérance de vie avec incapacité. L'erreur-type de ces estimations de l'espérance de vie sans incapacité, donc les bornes supérieure et inférieure de l'intervalle de confiance autour de ces estimations, est calculée selon la méthode de Mathers¹¹. Cette méthode tient compte des fluctuations naturelles des taux de mortalité et de la variabilité d'échantillonnage qui entachent les taux d'incapacité.

Au moyen de données sur les cas de cancer du sein, de la prostate, du poumon et du côlon et du rectum diagnostiqués en 1992 extraites du Registre canadien du cancer, on a calculé les taux de survie relative à cinq ans à l'aide du module *strel*¹² du logiciel STATA¹³. Sauf en ce qui concerne les données fournies par le Québec, l'analyse ne comprend pas les cas de cancer invasif diagnostiqués antérieurement. Pour le Québec, ces cas n'ont pu être repérés et exclus que si la tumeur invasive antérieure avait été diagnostiquée en 1992. Les cas diagnostiqués au moment de l'autopsie ou d'après le certificat de décès uniquement ont également été exclus. Dans l'ensemble, les taux de survie relative ont été calculés d'après les tables provinciales de survie de 1991. Pour l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et les territoires du Nord-Ouest, on s'est servi des tables nationales de survie. Pour chaque forme ou siège de cancer, le taux comparatif de survie a été calculé directement en prenant pour référence la structure par âge de l'ensemble de personnes chez lesquelles on avait diagnostiqué le cancer en question et qui ont été incluses dans l'analyse.

Limites

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population étant autodéclarées ou déclarées par personne interposée, on ignore dans quelle mesure

elles sont inexactes à cause d'erreurs de déclaration. Par exemple, on ne disposait d'aucune source indépendante pour confirmer que les personnes ayant indiqué qu'on avait diagnostiqué chez elles un problème de santé chronique présentaient réellement le problème en question. En outre, les personnes interrogées peuvent avoir tendance à donner des réponses socialement acceptables aux questions concernant le poids, la consommation d'alcool ou l'usage du tabac.

Certains écarts entre les taux de prévalence observés pour les hommes et pour les femmes tiennent peut-être en partie à la réponse par personne interposée. Une étude récente de cette forme de réponse dans le cas de l'ENSP donne à penser qu'il existe un effet de déclaration par personne interposée qui entraîne une sous-estimation des taux de prévalence¹⁴. Des différences ont en outre systématiquement été observées entre les données recueillies auprès des hommes et des femmes lorsqu'ils fournissent des renseignements sur d'autres membres du ménage.

Comme la plupart des renseignements tirés de l'ENSP sont transversaux, aucun lien de cause à effet ne peut être établi. Toutefois, les données longitudinales permettent d'établir au moins un lien de causalité, c'est-à-dire la relation temporelle entre les problèmes de santé préexistants et le résultat subséquent.

Les questions sur l'incapacité posées lors du Recensement de la population sont généralement utilisées pour sélectionner l'échantillon de l'Enquête postcensitaire sur la santé et les limitations d'activités. Comme il a été décidé de ne pas réaliser cette enquête en 1996, les données sur l'incapacité provenant du Recensement de la population de 1996 n'ont pu ni être vérifiées, ni imputées. Plus précisément, aucune étude de validation n'a été entreprise pour vérifier la complétude ou la cohérence des données et, par conséquent, aucune correction n'a été apportée.

Références

1. 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).
2. 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).
3. A. Bélanger et S. Gilbert, *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1998-1999 : La conjoncture démographique* (Statistique Canada, n° 91-209-XPB au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1999.
4. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population – Rapport final*, Ottawa, ICIS, 1999.
5. Organisation mondiale de la santé, *Introduction to the WHO Common Framework on Measuring and Reporting on the Health of Populations*, Ottawa, UN-ECE and WHO Joint Meeting on Measuring Health Status, 2000.
6. Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Communiqué sur la santé pour la réunion des Premiers ministres*, disponible à : http://www.scis.gc.ca/cinfo00/800038004_e.html, site consulté le 21 novembre 2000.
7. 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).
8. 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.
9. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
10. D.F. Sullivan, « A single index of mortality and morbidity », *HSMHA Health Reports*, 86(4), 1971, p. 347-354.
11. C. Mathers, *Health Expectancies in Australia in 1981 and 1988*. Canberra, Australian Institute of Health, AGPS, 1991.
12. A. Slogget, M. Hills, B. deStavola *et al.*, *Strel: Estimation of Relative Survival*, London: School of Hygiene and Tropical Medicine, 2000.
13. STATA Corporation, *Intercooled STATA for Windows*, College Station, Texas, 1999.
14. 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).

POUR COMMANDER

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



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

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

Ou visiter notre site Internet : www.statcan.ca

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) ^{†‡}
Rapports sur la santé			
· par année	82-003-XPB	Papier	58 \$
· l'exemplaire			20 \$
· par année	82-003-XIF	Internet	44 \$
· l'exemplaire			15 \$
Indicateurs de la santé, publication électronique	82-221-XIF	Internet	Gratuit
Aperçu des statistiques sur la santé	82F0075XCB	CD-ROM	100 \$
Régions socio-sanitaires en l'an 2000 – Limites, renseignements géographiques et estimations démographiques	82F0082XCB	CD-ROM	60 \$
Guide de la statistique sur la santé (Ce guide est un outil qui vous permet d'accéder rapidement à de l'information reliée à la santé sur le site Web de Statistique Canada. Il peut n'être utilisé qu'en ligne dans le format html et ne peut être téléchargé.)	82-573-GIF	Internet	Gratuit
Rapport statistique sur la santé de la population canadienne	82-570-XIF	Internet	Gratuit
Rapport sur la prévalence de l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 1999	82F0077XIF	Internet	Gratuit
Les soins de santé au Canada 2000 : Un premier rapport annuel	82-222-XIF	Internet	Gratuit
Statistiques sur la santé : Catalogue des produits et services	82F0058XIF	Internet	Gratuit
Cancer			
L'incidence du cancer au Canada, de 1969 à 1993 (De 1994 à 1996, ces données sont disponibles en tableaux normalisés ou personnalisés en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle - voir page 73 pour les coordonnées.)	82-566-XPB	Papier	42 \$
La filière du cancer, bulletin des registres du cancer au Canada	82F0081XIB	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 Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$

[†] 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)†‡
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – établissements de soins de santé	82M0010GPF	Papier	50 \$
Renseignements sur l'Enquête nationale sur la santé de la population	82F0068XIF	Internet	Gratuit
Espérance de vie			
Tables de mortalité, Canada et provinces, de 1990 à 1992	84-537-XPB 84-537-XDB	Papier Disquette	40 \$ 40 \$
Établissements de soins			
Établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1997-1998 (Ces données sont disponibles en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle - voir page 73 pour les coordonnées.)			
État civil			
Tableaux normalisés			
La Division de la statistique de la santé prépare les tableaux normalisés suivants, à partir des années de référence 1996 et 1997.			
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001XPB	Papier	20 \$
Causes de décès	84F0208XPB	Papier	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes	84F0209XPB	Papier	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes, 1997	84F0209XIB	Internet	Gratuit
Naissances et décès	84F0210XPB	Papier	20 \$
Mariages	84F0212XPB	Papier	20 \$
Divorces, 1998	84F0213XPB	Papier	20 \$
Causes principales de décès	84F0503XPB	Papier	20 \$
(Ces tableaux normalisés peuvent être commandés en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle – voir à la page 73 pour les coordonnées.)			
Autre			
Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada	84F0013XIF	Internet	Gratuit
Renseignements historiques			
Recueil de statistiques de l'état civil, 1996	84-214-XPB 84-214-XIF	Papier Internet	45 \$ 33 \$
Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, de 1974 à 1993	82-568-XPB	Papier	32 \$
Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, de 1921 à 1990	82-548-XPB	Papier	40 \$
Le déclin du mariage au Canada de 1981 à 1991	84-536-XPB	Papier	36 \$
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

† 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)†‡
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 \$
Personnel infirmier			
Données sur les infirmiers(ères) autorisés(ées) à l'intention de la direction, 1998, tableau standard <i>(Ce tableau normalisé peut être commandé en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle - voir ci-dessous pour les coordonnées.)</i>	83F0005-XPB	Papier	25 \$



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

Les demandes de totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division 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

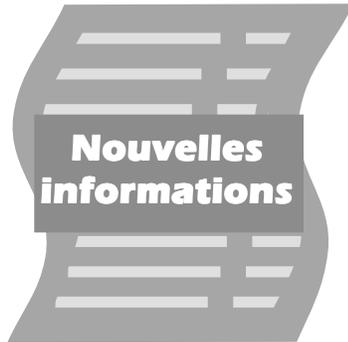
Division de la statistique de la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792
Courriel : HD-DS@statcan.ca

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

		Numéro du produit	Version	Prix (\$CAN) ^{†‡}
Cycle 3, 1998-1999				
Ménages	Fichiers transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaires de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le fichier de données « santé »	82M0009XCB	CD-ROM	2 000 \$
Tableaux personnalisés	Ménages Établissements de soins de santé	82C0013 82C0015	Le prix varie selon l'information demandée Le prix varie selon l'information demandée	
Cycle 2, 1996-1997				
Composante des ménages	Données transversales, fichier texte ASCII, Navigateur Beyond 20/20 – Fichier santé seulement,	82M0009XCB	CD-ROM	500 \$
Établissements de soins de santé	Données transversales, fichier texte ASCII	82M0010XCB	CD-ROM	250 \$ Les clients qui achètent la composante ménage des fichiers de microdonnées 1996-1997 recevront gratuitement la composante des établissements
Tableaux personnalisés	Ménages Établissements de soins de santé	82C0013 82C0015	Le prix varie selon l'information demandée Le prix varie selon l'information demandée	
Cycle 1, 1994-1995				
Composante des ménages	Données, navigateur Beyond 20/20 – Fichier santé seulement, fichier texte ASCII	82F0001XCB	CD-ROM	300 \$
Établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	75 \$
Tableaux personnalisés	Ménages Établissements de soins de santé	82C0013 82C0015	Le prix varie selon l'information demandée 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.



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

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

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

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

- Ménages
- Institutions
- Nord

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

Le Canada en statistiques

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

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