



N° 82-003-XIF au catalogue

# Rapports sur la santé

Hiver 1998 Volume 10 N° 3

- L'asthme chez l'enfant
- Les attitudes face au tabac
- Les travailleurs qui fument
- Le stress au travail et la santé
- L'angioplastie et le pontage



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

Canada

## Des données sous plusieurs formes. . .

Statistique Canada diffuse les données sous formes diverses. Outre les publications, des totalisations habituelles et spéciales sont offertes. Les données sont disponibles sur Internet, disque compact, disquette, imprimé d'ordinateur, microfiche, microfilm et bande magnétique. Des cartes et d'autres documents de référence géographiques sont disponibles pour certaines sortes de données. L'accès direct à des données agrégées est possible par le truchement de CANSIM, la base de données ordiolinguistique et le système d'extraction de Statistique 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 :

|          |                |           |                |
|----------|----------------|-----------|----------------|
| Halifax  | (902) 426-5331 | Regina    | (306) 780-5405 |
| Montréal | (514) 283-5725 | Edmonton  | (403) 495-3027 |
| Ottawa   | (613) 951-8116 | Calgary   | (403) 292-6717 |
| Toronto  | (416) 973-6586 | Vancouver | (604) 666-3691 |
| Winnipeg | (204) 983-4020 |           |                |

Vous pouvez également visiter notre site sur le Web : <http://www.statcan.ca>

Un service d'appel interurbain sans frais est offert à **tous les utilisateurs qui habitent à l'extérieur des zones de communication locale** des centres de consultation régionaux.

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <b>Service national de renseignements</b>  | <b>1 800 263-1136</b> |
| <b>Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants</b> | <b>1 800 363-7629</b> |
| <b>Numéro pour commander seulement (Canada et États-Unis)</b>                    | <b>1 800 267-6677</b> |

## Renseignements sur les commandes et les abonnements

### Les prix ne comprennent pas les taxes de vente

Le produit n° 82-003-XPB au catalogue est publiée trimestriellement en version imprimée standard. Au Canada, un numéro coûte 35 \$ et un abonnement d'un an coûte 116 \$. À l'étranger, un numéro coûte 35 \$US et un abonnement d'un an coûte 116 \$US. Veuillez commander par la poste, en écrivant à Statistique Canada, Division de la diffusion, Gestion de la circulation, 120, avenue Parkdale, Ottawa (Ontario) K1A 0T6; par téléphone, en composant le **(613) 951-7277** ou le **1 800 770-1033**; par télécopieur, en composant le **(613) 951-1584** ou le **1 800 889-9734**; ou par Internet, en vous rendant à « [order@statcan.ca](mailto:order@statcan.ca) ». Lorsque vous signalez un changement d'adresse, veuillez fournir votre ancienne et votre nouvelle adresse. On peut aussi se procurer les produits de Statistique Canada auprès des agents autorisés, des librairies et des bureaux régionaux de Statistique Canada.

On peut aussi se procurer ce produit sur Internet (n° 82-003-XIF au catalogue). Un numéro coûte 26 \$CAN et un abonnement d'un an coûte 87 \$CAN. Pour obtenir un numéro de ce produit ou s'y abonner, les utilisateurs sont priés de se rendre à [http://www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/feepub\\_f.cgi](http://www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/feepub_f.cgi).

## Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois et 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 le centre de consultation régional de Statistique Canada le plus près de chez vous.



Statistique Canada  
Division des statistiques sur la santé

# Rapports sur la santé

**Hiver 1998 Volume 10 N° 3**

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 1999

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

Janvier 1999

N° 82-003-XPB au catalogue, vol. 10, n° 3  
ISSN 0840-6529

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 10, n° 3  
ISSN 1209-1367

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
- <sup>p</sup> nombres provisoires
- <sup>r</sup> nombres corrigés
- x confidentiel en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique relatives au secret

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



## Au sujet des Rapports sur la santé

**Rédactrice en chef**

Marie P. Beaudet

**Rédactrice principale**

Mary Sue Devereaux

**Rédactrice**

Barbara Riggs

**Rédacteurs adjoints**

Hélène Aylwin

Claudio Pérez

**Chargée de production**

Renée Bourbonnais

**Production et composition**

Bernie Edwards

Agnes Jones

Micheline Pilon

**Vérification des données**

Dan Lucas

**Administration**

Donna Eastman

**Rédacteurs associés**

Owen Adams

Gary Catlin

Arun Chockalingham

Gerry Hill

Elizabeth Lin

Nazeem Muhajarine

Yves Péron

Eugene Vayda

Kathryn Wilkins

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

Gary Catlin, président

Pamela White

Larry Swain

Marie P. Beaudet

Martha Fair

Cyril Nair

Ghislaine Villeneuve

Les *Rapports sur la santé* sont produits tous les trimestres par la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada. Ils s'adressent à un large public, notamment les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants. Ils visent à fournir des données exhaustives, pertinentes et de grande qualité sur l'état de santé de la population et le système de soins de santé. Ils traitent de divers sujets sous la forme d'analyses originales et opportunes des données sur la santé et de l'état civil. L'information provient habituellement de bases de données administratives ou d'enquêtes nationales, provinciales ou territoriales.

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

Vous trouverez des renseignements sur les commandes ou abonnements sous la rubrique *Pour commander les publications*. D'autres renseignements peuvent être obtenus auprès des rédacteurs, *Rapports sur la santé*, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, 18<sup>e</sup> étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa (Ontario) Canada K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-7025. Télécopieur : (613) 951-0792. Courrier électronique : [hlthrept@statcan.ca](mailto:hlthrept@statcan.ca).

## **Demandes de réimpression**

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

## **Versión électronique**

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

## **Recommandation concernant les citations**

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

### **Exemple :**

G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, « Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différences selon le sexe », *Rapports sur la santé*, 9(1), 1997, p. 9-18 (Statistique Canada, 82-003-XPB au catalogue).

.....

**Dans ce numéro**

.....

**Travaux de recherche**

|   |    |
|---|----|
| L'asthme chez l'enfant .....  | 9  |
| <i>Depuis les années 1970, la prévalence de l'asthme chez les enfants âgés de 0 à 14 ans et les admissions hospitalières subséquentes ont fortement augmenté.</i>             |    |
| Wayne J. Millar et Gerry B. Hill  |    |
| Attitudes à l'égard du tabac .....  | 23 |
| <i>Les Canadiens semblent accorder plus d'importance aux effets de l'usage du tabac et à des milieux sans fumée plutôt qu'aux effets de la fumée secondaire sur la santé.</i> |    |
| Nancy Ross et Claudio Pérez   |    |
| Quels sont les travailleurs qui fument? .....   | 35 |
| <i>La prévalence et l'intensité du tabagisme sont les plus élevées chez les cols bleus que chez les cols roses et blancs.</i>   |    |
| Leslie A. Gaudette, Anne Richardson et Sara Huang   |    |
| Le stress au travail et la santé .....  | 49 |
| <i>Le stress au travail est vécu à des niveaux différents selon la profession et plusieurs dimensions du stress au travail se répercutent sur la santé.</i>                   |    |
| Kathryn Wilkins et Marie P. Beaudet   |    |
| Variations ayant trait à l'angioplastie et au pontage .....   | 67 |
| <i>En 1992-1993, les taux d'angioplastie et de pontage chez les patients qui ont survécu à une crise cardiaque varient selon l'âge, le sexe et la province.</i>               |    |
| Helen Johansen, Cyril Nair et Gregory Taylor  |    |
| Erratum .....   | 83 |

.....

## **Données disponibles**

|  |    |
|--|----|
| Mortalité foetale tardive et la mortalité périnatale, 1996 .....     | 87 |
| Statistiques sur la santé : catalogue des produits et services ..... | 87 |
| Estimations postcensitaires de la population .....                   | 87 |

## **Pour commander les publications** .....

91

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





# Travaux de recherche

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

# L'asthme chez l'enfant

Wayne J. Millar et Gerry B. Hill

## Résumé

### Objectifs

Le présent article décrit les tendances concernant la prévalence de l'asthme entre 1978-1979 et 1994-1995, les radiations des registres des hôpitaux après admission pour cause d'asthme entre 1974-1975 et 1994-1995 chez les enfants de 0 à 14 ans, ainsi que les facteurs associés à l'asthme chez l'enfant.

### Source des données

Les renseignements sur l'asthme proviennent de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 1994-1995 pour les enfants de 0 à 11 ans et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 pour les enfants de 12 à 14 ans. Les données sur les radiations des registres des hôpitaux sont tirées du Fichier de données sur la morbidité hospitalière et celles sur la mortalité, de la Base canadienne de données de l'état civil.

### Techniques d'analyse

On a estimé la prévalence de l'asthme à partir d'un échantillon de 22 831 enfants de 0 à 11 ans qui ont participé à l'ELNEJ et de 637 enfants de 12 à 14 ans qui ont participé à l'ENSP. La régression logistique a permis de calculer la cote exprimant le risque de souffrir d'asthme en fonction de certaines caractéristiques chez les enfants de 0 à 11 ans.

### Principaux résultats

La prévalence de l'asthme chez l'enfant et les taux de radiation après hospitalisation pour cause d'asthme ont fortement augmenté. Présenter des antécédents de bronchite et d'allergies, avoir des parents asthmatiques et résider dans les provinces atlantiques ou au Québec sont associés à des taux d'asthme élevés chez l'enfant.

### Mots-clés

Hyperréactivité bronchique, utilisation des services hospitaliers, allergies, bronchite.

### Auteurs

Wayne J. Millar (613) 951-1631, millway@statcan.ca travaille à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6. Gerry B. Hill travaille au département d'épidémiologie et de médecine communautaire de l'Université d'Ottawa.

L'asthme est une maladie qui peut être débilitante, voire mortelle. Ce problème de santé chronique provoque des crises récurrentes de toux, de respiration sifflante et d'essoufflement causées par l'inflammation, le gonflement et la constriction des voies aériennes (voir *Qu'est-ce que l'asthme?*). Les crises d'asthme peuvent être déclenchées par l'exposition à des agents irritants, comme la fumée, la poussière, les poils d'animaux familiers ou les moisissures. L'asthme compromet parfois la qualité de la vie de ceux qui en souffrent et des membres de leur famille<sup>1,2</sup>.

En plus du tribut personnel, l'asthme fait peser un fardeau sur le système de santé. Ainsi, on estime qu'en 1990, au Canada, les coûts directs et indirects associés à l'asthme ont varié de 504 à 648 millions de dollars<sup>3</sup>.

Plusieurs études de portée internationale indiquent que la prévalence de l'asthme est à la hausse, surtout chez les enfants<sup>4,8</sup>, et laissent entendre que les modifications de l'environnement pourraient contribuer à cette hausse. Les enquêtes nationales sur la santé réalisées au Canada au cours des 20 dernières années révèlent aussi une augmentation prononcée de la prévalence déclarée de l'asthme chez

## Méthodologie

### Source des données

Les données utilisées pour le présent article sont tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 1994-1995<sup>9</sup>, de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995<sup>10</sup>, du Fichier de données sur la morbidité hospitalière et de la Base canadienne de données de l'état civil. L'ELNEJ fournit des données sur les enfants de 0 à 11 ans et l'ENSP, sur les enfants de 12 à 14 ans. Les données hospitalières et celles sur la mortalité couvrent entièrement le groupe des 0 à 14 ans. Des renseignements chronologiques supplémentaires sur la prévalence de l'asthme chez l'enfant ont été tirés de l'Enquête santé Canada de 1978-1979<sup>11</sup> et de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada de 1983-1984<sup>12</sup> (voir *Définitions*.)

Le premier cycle de l'ELNEJ réalisé en 1994-1995, avait pour population cible les enfants, de la naissance à 11 ans. Dans chaque ménage participant à l'ELNEJ, on a choisi au hasard jusqu'à quatre enfants et on a posé une question pour déterminer qui dans le ménage était la personne connaissant le mieux (PCM) ces enfants. Pour 91,3 % des enfants choisis, la PCM était la mère (mère biologique dans 89,9 % des cas; belle-mère, mère adoptive ou mère du foyer d'accueil dans 1,4 % des cas).

En tout, 13 439 ménages ont participé à l'ELNEJ de 1994-1995. Dans ces ménages, on a sélectionné pour l'enquête 22 831 enfants. Le taux global de réponse des ménages atteint 86 %. Les taux de réponse pour les problèmes de santé de l'enfant et les caractéristiques de la PCM atteignent au moins 91 %.

Les données de 1994-1995 sur l'asthme chez les enfants de 12 à 14 ans proviennent de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 couvrant les 10 provinces, c'est-à-dire un échantillon de 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. Après un tri de sélection (pour que l'échantillon reste représentatif)<sup>10</sup>, 20 725 ménages étaient toujours dans l'enquête. Une personne bien informée de chaque ménage participant a fourni des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de chaque membre du ménage. (La base de données contenant ces renseignements constitue le Fichier général.) En outre, dans chacun des 20 725 ménages participants, on a choisi au hasard une personne à laquelle on a demandé de fournir des renseignements détaillés sur sa propre santé. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée avait 12 ans ou plus. Le taux de réponse aux questions détaillées sur la santé atteint 96,1 %, c'est-à-dire 17 626 personnes. (La base de données contenant les renseignements détaillés fournis par ces personnes constitue le Fichier santé.) Les données de l'ENSP analysées dans le présent article sont tirées du Fichier santé et ont trait aux 637 enfants de 12 à 14 ans sélectionnés au hasard dans l'échantillon de l'ENSP. Dans les 2 383 autres ménages participants, la personne choisie au hasard avait moins de 12 ans. Des renseignements détaillés sur la santé de ces enfants ont été recueillis dans le cadre de l'ELNEJ.

L'échantillon de l'Enquête santé Canada de 1978-1979 comprenait 34 993 personnes, dont 3 704 avaient entre 0 et 14 ans. Dans chaque ménage, une personne a répondu, au nom de toutes les

autres, aux questions posées par un interviewer. Le taux de réponse est de 86 %.

Pour réaliser l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada de 1983-1984, on s'est servi d'un questionnaire distinct pour les enfants de 0 à 14 ans. L'échantillon comptait 59 195 enfants provenant des 10 provinces. Les questions de sélection posées durant l'entrevue par l'entremise d'un parent ou d'un autre adulte responsable de la famille ont permis de repérer les enfants présentant des problèmes de santé chroniques, y compris l'asthme.

On a tiré du Fichier de données sur la morbidité hospitalière établi par Statistique Canada pour les exercices 1974-1975 à 1994-1995 les données sur 552 099 séjours à l'hôpital d'enfants de 0 à 14 ans admis pour cause d'asthme. Le fichier contient un enregistrement pour toute radiation effectuée par les hôpitaux généraux et spécialisés de toutes les provinces et des territoires du Canada. Les données pour les territoires ne sont pas incluses dans cette analyse.

Les données sur la mortalité liées à l'asthme sont tirées de la Base canadienne de données de l'état civil. Elles sont adaptées d'après des renseignements recueillis par les registraires provinciaux et territoriaux de l'état civil.

### Techniques d'analyse

L'analyse de la prévalence de l'asthme porte sur les enfants de 0 à 11 ans. Dans la mesure du possible, les données pour le groupe des 12 à 14 ans provenant de l'ENSP ont été cumulées avec les données de l'ELNEJ pour produire des estimations pour les enfants de 0 à 14 ans.

Tous les résultats présentés ici reposent sur des estimations pondérées de façon à ce que celles-ci soient représentatives de la population. On a appliqué la méthode de régression logistique pour estimer les rapports de cotes pour l'asthme chez les enfants de 0 à 11 ans, en tenant compte de l'effet de certaines variables explicatives. On a corrigé les poids d'échantillonnage de façon à ce que leur moyenne soit égale à 1, correction qui réduit le biais entachant l'estimation de la variance, mais qui ne tient pas compte de l'effet de plan de sondage. On a considéré comme étant significatifs les résultats pour lesquels la valeur de *p* était inférieure à 0,01 (au lieu de 0,05), afin de tenir compte partiellement du fait que les estimations de la variance seraient plus élevées si on avait tenu compte des effets du plan de sondage. Les rapports de cotes pour l'asthme présentés ici devraient malgré tout être examinés avec prudence, car les écarts-types, donc les intervalles de confiance, pourraient être sous-estimés.

On s'est servi des codes des huitième et neuvième révisions de la *Classification internationale des maladies* de l'Organisation mondiale de la santé pour repérer les cas d'asthmes dans les fichiers de données sur les radiations des registres des hôpitaux et sur la mortalité<sup>13,14</sup>. La huitième révision était en vigueur de 1974 à 1978 et la neuvième, de 1979 à 1994. Dans les deux versions de la Classification, le code de catégorie de diagnostic pour l'asthme est 493. Pareillement, pour la mortalité, quand le code de la cause initiale du décès était 494, on a considéré qu'il s'agissait d'un décès causé par l'asthme.

l'enfant. Dans une certaine mesure, les données sur les hospitalisations au Canada durant la même période reflètent cette augmentation. À noter toutefois que les taux de radiation des registres des hôpitaux après l'admission d'enfant pour cause

d'asthme ont augmenté presque chaque année entre 1974 et 1987, mais qu'ils ont légèrement diminué depuis.

Le présent article repose sur des données d'enquête, les données des dossiers d'hospitalisation

## Définitions

### Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1994-1995

La personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM — ordinairement la mère) a répondu à une série de questions sur la santé de l'enfant et sur ses comportements ayant une influence sur sa santé. L'analyse est limitée aux réponses fournies par la mère ou par le père biologique.

Pour déterminer la prévalence de l'asthme chez les enfants, on a demandé à la PCM : « *Est-ce que ... a déjà souffert d'asthme diagnostiqué par un spécialiste de la santé?* » Pour savoir si l'enfant avait fait une crise d'asthme récemment, on a posé la question : « *Est-ce qu'il/elle a eu une crise d'asthme au cours des 12 derniers mois?* »

Pour déterminer l'association entre l'asthme et la limitation des activités, on a demandé : « *Est-ce que ce problème de santé limite complètement ou partiellement sa participation à l'école, au jeu ou à toute autre activité normale pour un enfant de son âge?* »

Pour déterminer l'existence d'un problème de santé chronique, on a posé la question : « *Est-ce que ... souffre de l'un ou l'autre des problèmes de santé chroniques suivants diagnostiqué(s) par un spécialiste de la santé?* » Les catégories de réponse pertinentes pour le présent rapport sont : allergies, bronchite et troubles émotionnels, psychologiques ou nerveux.

Pour déterminer l'état de santé général de l'enfant, on a demandé à la PCM : « *En général, diriez-vous que la santé de ... est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise?* »

Pour déterminer le niveau général d'activité de l'enfant, on a demandé : « *À votre avis, est-ce que le degré d'activité physique de ... est plus ou moins élevé que celui d'autres enfants du même âge et du même sexe?* ». L'interviewer a lu une liste de réponses (beaucoup plus élevé, un peu plus élevé, égal, un peu moins élevé, beaucoup moins élevé) et n'en a coché qu'une seule.

Pour évaluer l'utilisation des services hospitaliers par l'enfant, on a posé la question : « *Au cours des 12 derniers mois, est-ce que ... a été admis(e) pour la nuit dans un hôpital?* »

Pour évaluer la consultation des professionnels de la santé, on a demandé à la PCM : « *Au cours de la dernière année, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone l'un ou l'autre des professionnels suivants au sujet de la santé physique, émotive ou mentale de ... ? Un médecin généraliste ou un médecin de famille? Un pédiatre?* »

Il est probable que la santé et le comportement des membres du ménage dans lequel vit l'enfant influent sur l'état de santé de ce

dernier. Par conséquent, on a posé des questions sur les comportements ayant une influence sur la santé et sur l'état de santé de la PCM et du (de la) conjoint(e) ou partenaire de cette personne, le cas échéant.

« *Est-ce que qu'il(elle) fume des cigarettes chaque jour, à l'occasion ou pas du tout?* »

« *Un spécialiste de la santé a-t-il diagnostiqué chez lui/elle... certains des problèmes de santé de longue durée suivants?* » Les réponses pertinentes pour cette analyse sont les allergies alimentaires, les autres allergies et l'asthme.

### Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995

Lors de l'ENSP de 1994-1995, on a posé une série de questions sur les problèmes de santé chroniques. Les questions qui suivent portent sur tout problème de santé de longue durée. Là encore, « *on entend par "problème de santé de longue durée" un état de santé qui persiste depuis six mois ou plus ou qui devrait persister pendant six mois ou plus. Un spécialiste de la santé a-t-il diagnostiqué chez vous certains des problèmes de santé de longue durée suivants?* » Les choix de réponse pertinents pour cette analyse sont les allergies alimentaires, les autres allergies, l'asthme et la bronchite chronique. Aux personnes qui ont déclaré qu'on avait posé chez elles le diagnostic d'asthme, on a demandé : « *Avez-vous fait une crise d'asthme au cours des 12 derniers mois?* »

Pour déterminer la prévalence de l'usage du tabac, on a posé la question : « *Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?* »

### Enquête santé Canada de 1978-1979 et Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada de 1983-1984

Le questionnaire de l'Enquête santé Canada de 1978-1979 contenait une question sur la prévalence de la maladie chronique. On a demandé aux membres sélectionnés des ménages participants : « *Y a-t-il à l'heure actuelle dans la famille quelqu'un qui fait de l'asthme?* » Le questionnaire visant les enfants de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada de 1983-1984 comprenait la question : « *Lequel de ces problèmes de santé chroniques, à condition qu'il ou elle en ait, ... a-t-il/elle?* » L'asthme figurait sur la liste des réponses possibles.

et les données de l'état civil pour décrire les tendances de la prévalence de l'asthme chez l'enfant (voir *Méthodologie, Limites et Définitions*). On y analyse aussi les répercussions de l'asthme sur la santé et sur le mode de vie des enfants qui en sont atteints et les facteurs associés à l'asthme.

### Prévalence à la hausse

La prévalence de l'asthme chez l'enfant a augmenté fortement depuis la fin des années 1970. On estime qu'en 1978-1979, 2,5 % des enfants de moins de 15 ans souffraient d'asthme. En 1983-1984, cette proportion n'a augmenté que légèrement, mais, en 1994-1995, le chiffre estimatif atteignait 11,2 %, c'est-à-dire 672 000 enfants (tableau 1).

Durant la période de référence, une plus forte proportion de cas d'asthme a été déclarée chez les garçons que chez les filles. En 1978-1979, 3,4 % des garçons et 1,6 % des filles faisaient de l'asthme. En 1994-1995, les chiffres étaient plus élevés pour les deux sexes, mais l'écart persistait : 13 % contre 9 % (tableau 2).

En 1994-1995, la proportion des enfants chez lesquels a été posé le diagnostic d'asthme est presque

Tableau 1  
Certains indicateurs de l'asthme chez les enfants de 0 à 14 ans, Canada, territoires non compris, 1978-1979, 1983-1984 et 1994-1995

|  | 1978-1979        | 1983-1984        | 1994-1995        |
|--|------------------|------------------|------------------|
| <b>Population d'enfants de 0 à 14</b>                                    | <b>5 531 000</b> | <b>5 326 000</b> | <b>6 000 000</b> |
| Nombre d'asthmatiques  | 141 000          | 167 000          | 672 000          |
| Pourcentage d'asthmatiques   | 2,5              | 3,1              | 11,2             |
| <b>Radiations des registres hospitaliers après admission pour asthme</b> | <b>17 223</b>    | <b>27 357</b>    | <b>29 073</b>    |
| Pour 100 000 enfants de 0 à 14   | 311              | 514              | 488              |
| Pour 100 000 enfants asthmatiques de 0 à 14                              | 12 215           | 16 381           | 4 326            |
| <b>Décès causés par l'asthme</b>   | <b>16</b>        | <b>13</b>        | <b>9</b>         |
| Pour 100 000 enfants de 0 à 14   | 0,29             | 0,24             | 0,15             |
| Pour 100 000 enfants asthmatiques de 0 à 14                              | 11,3             | 7,8              | 1,3              |

**Source des données :** Enquête santé Canada, 1978-1979; Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-1984; Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995; Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995; Base de données sur la morbidité hospitalière; Base canadienne de données de l'état civil.

deux fois plus élevée pour le groupe des 5 à 14 ans (13 %) que pour le groupe des 0 à 4 ans (7 %). Cependant, la proportion des enfants asthmatiques qui ont fait une crise l'année précédente est un peu plus forte parmi les plus jeunes.

La prévalence de l'asthme est la même dans les régions urbaines que dans les régions rurales. Toutefois, la proportion d'enfants asthmatiques ayant fait une crise l'année précédente est nettement plus élevée en région rurale qu'en région urbaine.

Enfin, la prévalence de l'asthme est nettement plus faible pour les enfants élevés dans les ménages à

Tableau 2  
Prévalence de l'asthme chez les enfants de 0 à 14 ans, selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, 1994-1995

|  | Nombre<br>en milliers | Diagnostic<br>d'asthme<br>% | Enfants<br>asthmatiques<br>qui ont fait une<br>crise l'année<br>précédente |
|--|-----------------------|-----------------------------|--|
| <b>Total</b>                             | <b>6 000</b>          | <b>11</b>                   | <b>51</b>  |
| <b>Sexe</b>                              |                       |                             |  |
| Garçons                                  | 3 096                 | 13                          | 50   |
| Filles                                   | 2 904                 | 9 <sup>†</sup>              | 51   |
| <b>Âge</b>                               |                       |                             |  |
| 0-4                                      | 1 960                 | 7 <sup>†</sup>              | 57 <sup>‡</sup>  |
| 5-9                                      | 1 931                 | 13                          | 50   |
| 10-14                                    | 2 108                 | 13                          | 48   |
| <b>Région urbaine/<br/>rurale</b>        |                       |                             |  |
| Urbaine                                  | 4 894                 | 11                          | 45 <sup>†</sup>  |
| Rurale                                   | 1 099                 | 11                          | 52   |
| Non déclarée                             | 7                     | --                          | --   |
| <b>Catégorie de revenu<br/>du ménage</b> |                       |                             |  |
| Faible/moyen-faible                      | 1 063                 | 13                          | 54 <sup>††</sup>   |
| Moyen                                    | 1 960                 | 10 <sup>§</sup>             | 51   |
| Moyen-élevé                              | 1 994                 | 11                          | 50   |
| Élevé                                    | 911                   | 13                          | 46   |
| Revenu non déclaré                       | 72                    | --                          | --   |

**Source des données :** Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995 (pour les enfants de 0 à 11 ans); Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995; Fichiers santé (pour les enfants de 12 à 14 ans).

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

† Valeur significativement plus faible que celle observée pour les autres éléments de la catégorie ( $p < 0,01$ ).

‡ Valeur significativement plus élevée que celle observée pour le groupe des 10 à 14 ans ( $p < 0,01$ ).

§ Valeur significativement plus faible que celle observée pour les catégories de revenu faible /moyen-faible et élevé ( $p < 0,01$ ).

†† Valeur significativement plus élevée que celle observée pour la catégorie de revenu la plus élevée.

-- Nombres infimes

revenu moyen que pour ceux vivant dans un ménage à revenu faible ou élevé. Toutefois, parmi les enfants asthmatiques, ceux appartenant à un ménage à faible revenu sont plus susceptibles que les autres d'avoir fait une crise récemment.

### Asthme et état de santé

Il n'est pas étonnant de constater que les résultats de plusieurs mesures de l'état de santé sont beaucoup moins bons pour les enfants asthmatiques que pour les autres enfants. Selon l'ELNEJ, 7 % d'enfants asthmatiques de 0 à 11 ans ont un état de santé passable ou mauvais, comparativement à 1 % seulement des enfants non asthmatiques (tableau 3).

Les enfants asthmatiques sont aussi plus susceptibles que les autres d'être limités dans leurs activités : 13 % contre 3 %. Chez ceux qui ont fait une crise d'asthme l'année précédente, le taux de limitation de l'activité atteint 22 %.

Tableau 3  
État de santé et utilisation des services de santé des enfants de 0 à 11 ans, selon la situation en regard de l'asthme, Canada, territoires non compris, 1994-1995

|   | Pas de diagnostic d'asthme | Diagnostic d'asthme | Crise d'asthme l'année précédente |
|---|----------------------------|---------------------|-----------------------------------|
|   |                            |                     | %                                 |
| <b>État de santé</b>  |                            |                     |                                   |
| Santé générale  |                            |                     |                                   |
| Excellente/très bonne   | 91                         | 66                  | 55                                |
| Bonne   | 8                          | 27                  | 33                                |
| Passable/mauvaise   | 1 <sup>†</sup>             | 7                   | 12                                |
| Activités limitées  | 3                          | 13                  | 22                                |
| Niveau d'activité   |                            |                     |                                   |
| Plus actif  | 37                         | 37                  | 35                                |
| Aussi actif   | 57                         | 53                  | 54                                |
| Moins actif   | 6 <sup>†</sup>             | 10                  | 12                                |
| <b>Utilisation des services de santé</b>                      |                            |                     |                                   |
| A passé une ou plusieurs nuits à l'hôpital l'année précédente | 5 <sup>†</sup>             | 11                  | 19                                |
| <b>Nombre moyen de consultations l'année précédente</b>       |                            |                     |                                   |
| Médecin de famille  | 2,50 <sup>†</sup>          | 4,60                | 5,88                              |
| Pédiatre  | 0,63 <sup>†</sup>          | 1,44                | 2,06                              |

Source des données : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995

Nota : Les pourcentages ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100 %.

† Valeur significativement plus faible que celle observée pour les enfants chez lesquels on a posé le diagnostic d'asthme.

Le niveau général d'activité physique chez les enfants asthmatiques est nettement plus faible que chez les non-asthmatiques. Ainsi, 10 % des enfants

### Qu'est-ce que l'asthme?

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes<sup>15,16</sup>. Chez les sujets sensibles, cette inflammation cause des crises récurrentes de respiration sifflante, d'essoufflement, d'oppression thoracique et de toux, qui se manifestent surtout la nuit ou tôt le matin. Normalement, l'air circule facilement dans les bronches qui se contractent naturellement pour empêcher l'air froid ou d'autres substances nocives de pénétrer. Par contre, chez les asthmatiques, les poumons réagissent aussi à des irritants mineurs.

La fréquence et la gravité des crises d'asthme sont variables. Certains asthmatiques ne présentent la plupart du temps aucun symptôme et font occasionnellement des crises légères d'essoufflement. Chez d'autres, la toux et la respiration sifflante sont presque continues et une infection virale, l'effort ou l'exposition à des irritants déclenchent des crises graves.

La crise d'asthme peut se déclarer soudainement ou se manifester lentement avec une aggravation progressive des symptômes. Si nombre de crises ne durent que quelques minutes, dans les cas graves, elles peuvent durer des heures. Pendant la crise d'asthme, la contraction des muscles qui contrôlent les bronches provoquent un spasme bronchique. La muqueuse des voies aériennes gonfle et s'enflamme, et les cellules mucipares qui tapissent les bronches sécrètent une plus grande quantité de mucus qui gêne la respiration.

Les traitements médicamenteux permettent à la plupart des asthmatiques de mener une vie assez normale. Ces traitements peuvent être administrés de façon ponctuelle pour contrôler les crises ou de façon continue, afin de les prévenir.

Certains enfants asthmatiques cessent de faire des crises lorsqu'ils atteignent l'adolescence ou l'âge adulte. Cependant, il semble que les enfants atteints d'asthme modéré à grave courent un grand risque de faire de l'asthme et d'avoir d'autres problèmes respiratoires à l'âge adulte<sup>17</sup>. Souvent, même si les manifestations cliniques de la maladie disparaissent, le malade continue de présenter une altération de la fonction respiratoire ou une hyperréactivité des voies aériennes et une toux. Les enfants dont les symptômes d'asthme sont modérés à graves courent probablement le risque de subir toute leur vie les effets à long terme de la maladie<sup>15,18,19</sup>.

Bien que l'asthme puisse mettre la vie en danger, la mortalité liée à l'asthme chez les enfants est passée de 16 décès en 1978-1979 à neuf décès en 1994-1995 (tableau 1). Le taux, quant à lui, est passé de 0,29 à 0,15 décès pour 100 000 enfants de 0 à 14 ans. Calculé pour 100 000 enfants asthmatiques, ce taux est passé de 11,3 à 1,3 décès.

asthmatiques, mais 6 % des enfants non-asthmatiques sont décrits comme étant « moins actifs ».

Les enfants chez qui ont diagnostiqué l'asthme ont aussi plus recours aux services de santé que ceux qui n'ont pas cette maladie. En moyenne, les enfants

asthmatiques se sont rendus, six fois chez un médecin ou un pédiatre dans l'année qui a précédé l'enquête, soit deux fois plus que les non-asthmatiques. En outre, durant cette période, 11 % des enfants asthmatiques ont été admis à l'hôpital. Pour ceux qui ont fait une crise d'asthme, la

### Variations géographiques

En 1994-1995, c'est dans la région Atlantique du Canada que la prévalence de l'asthme chez l'enfant a été la plus forte et dans la région des Prairies qu'elle a été la plus faible. Cette année-là, la proportion d'enfants ayant récemment fait une crise d'asthme a varié de 43 % au Québec à 59 % en Colombie-Britannique.

En ce qui concerne les taux de radiation des registres d'hospitalisation observés chez les enfants admis pour cause d'asthme, la tendance est la même pour toutes les régions, à savoir une hausse jusqu'à la fin des années 1980 ou au début des années 1990, suivie par une baisse (tableau B en annexe). En 1994-1995, la variation régionale des taux de radiation a été analogue à celle de la prévalence déclarée de l'asthme, les taux les plus élevés étant observés dans la région Atlantique et au Québec et le taux le plus faible, en Colombie-Britannique. Ces observations marquent un changement par rapport aux années 1970, durant lesquelles les Prairies affichaient le taux de radiation le plus élevé et le Québec, le plus faible.

Il convient de tenir compte de plusieurs facteurs pour interpréter les tendances régionales des taux de radiation des registres hospitaliers observés chez les enfants admis pour cause d'asthme. Les écarts entre les taux pourraient refléter des différences d'organisation des services de consultations externes, de disponibilité des lits d'hôpitaux ou d'accès aux soins primaires. En outre, la gravité de l'asthme chez l'enfant peut varier d'une région à l'autre.

Cette tendance vers une plus forte prévalence de l'asthme dans la région Atlantique avait été relevée par une étude antérieure<sup>20</sup>. Selon les auteurs de cette étude, certains écarts entre les taux régionaux de prévalence de l'asthme pourraient résulter de la variation de l'exposition aux polluants de l'environnement. Ils pensent aussi que les profils de migration et d'établissement des premiers colons pourraient être à l'origine d'une certaine prédisposition génétique à l'asthme dans les provinces Atlantique.

**Prévalence de l'asthme chez les enfants de 0 à 14 ans, selon la région, Canada, territoires non compris, 1994-1995**

|                      | Nombre<br>en milliers | Diagnostic<br>d'asthme | Enfants<br>asthmatiques<br>qui ont fait<br>une crise<br>l'année<br>précédente |
|----------------------|-----------------------|------------------------|---|
|                      |                       |                        | %   |
| <b>Total</b>         | <b>6 000</b>          | <b>11</b>              | <b>51</b>   |
| Atlantique           | 498                   | 14 <sup>†</sup>        | 52  |
| Québec               | 1 429                 | 12                     | 43 <sup>‡</sup>   |
| Ontario              | 2 245                 | 11                     | 53  |
| Prairies             | 1 086                 | 10                     | 51  |
| Colombie-Britannique | 741                   | 11                     | 59  |

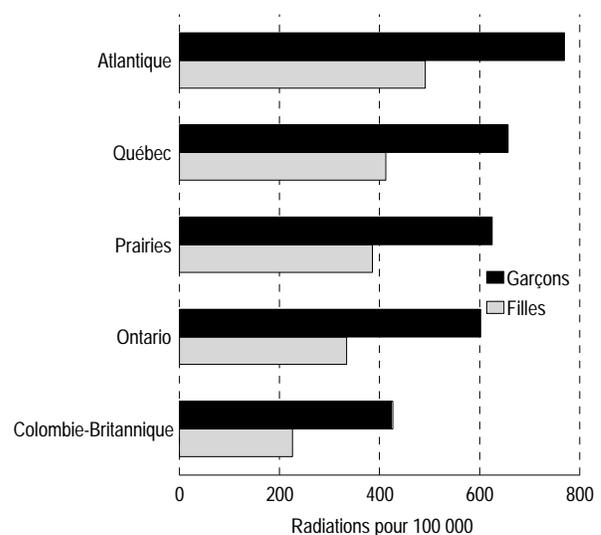
**Source des données :** Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995 (pour les enfants de 0 à 11 ans); Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995; Fichier santé (pour les enfants de 12 à 14 ans).

<sup>†</sup> Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les autres régions.

<sup>‡</sup> Valeur significativement plus faible que celle observée pour les autres régions.

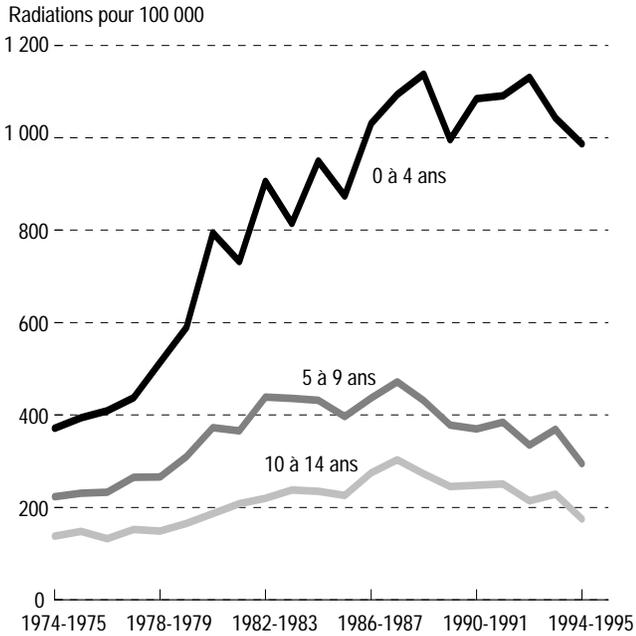
**Nota :** Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre au total de 6 000 000.

**Taux de radiation des registres hospitaliers après admission pour asthme, selon le sexe et la région, enfants de 0 à 14 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995**



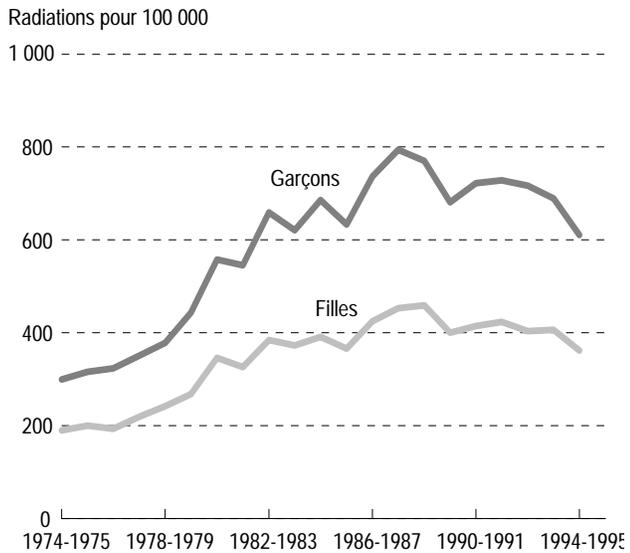
**Source des données :** Base de données sur la morbidité hospitalière

**Graphique 1**  
Taux de radiation des registres hospitaliers après admission pour asthme, selon le groupe d'âge, enfants de 0 à 14 ans, Canada, territoires non compris, de 1974-1975 à 1994-1995



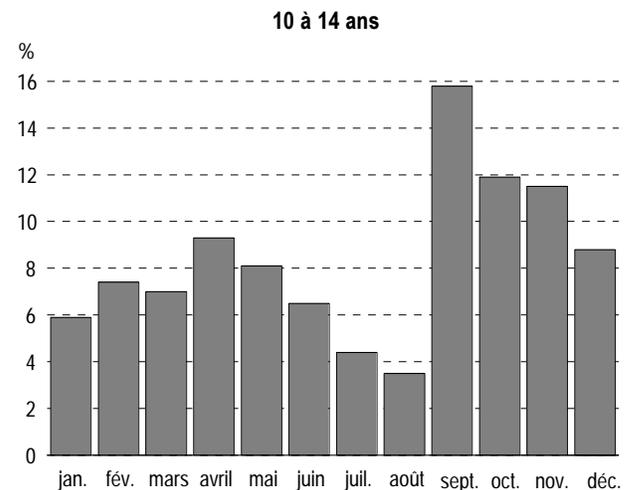
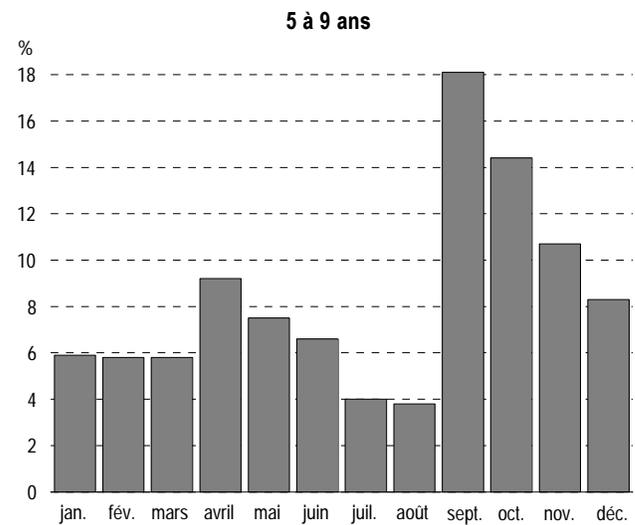
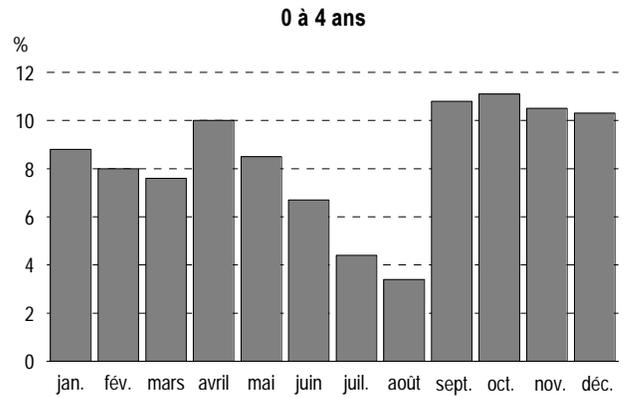
Source des données : Fichier de données sur la morbidité hospitalière

**Graphique 2**  
Taux de radiation des registres hospitaliers après admission pour asthme†, selon le sexe, enfants de 0 à 14 ans, Canada, territoires non compris, de 1974-1975 à 1994-1995



Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière  
† Corrigé pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population

**Graphique 3**  
Répartition en pourcentage des radiations des registres hospitaliers après admission pour asthme, selon le mois de l'hospitalisation, enfants de 0 à 14 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière

proportion atteint 19 %. Par contre, à peine 5 % des enfants non asthmatiques ont été hospitalisés.

### **Plafonnement des admissions à l'hôpital**

Chez les enfants, le nombre de radiations des registres d'hospitalisation après admission pour asthme est passé de 14 300 en 1974-1975 à 34 600 en 1987-1988, puis a baissé pour atteindre 29 100 en 1994-1995. On a observé une tendance similaire pour le taux comparatif—c'est-à-dire corrigé pour tenir compte de la répartition par âge de la population—de radiation faisant suite à l'admission d'enfants pour cause d'asthme. De 1974-1975 à 1987-1988, le taux est passé de 246 à 627 radiations pour 100 000 enfants de 0 à 14 ans. En 1994-1995, il a baissé pour s'établir à 489 (voir tableaux A et B en l'annexe et *Variations géographiques*).

Bien sur, les taux de radiation calculé en se basant sur le nombre d'enfants asthmatiques sont beaucoup plus élevés. En 1978-1979, le taux d'hospitalisation était de 12 215 pour 100 000 enfants chez qui on avait déjà posé le diagnostic d'asthme (tableau 1). En 1983-1984, ce taux avait augmenté pour s'établir à 16 381. Par la suite, le nombre d'enfants asthmatiques a augmenté beaucoup plus rapidement que le nombre d'hospitalisations pour asthme. Par conséquent, le taux de radiation pour 100 000 enfants asthmatiques est tombé à 4 326 en 1994-1995.

Depuis 1974-1975, la durée moyenne de l'hospitalisation d'enfants pour cause d'asthme a pratiquement chuté de moitié. Cette année-là, la durée moyenne du séjour à l'hôpital était de 5,55 jours; en 1994-1995, elle n'était plus que de 2,64 jours. La diminution du nombre de radiations et de la durée de l'hospitalisation pourrait s'expliquer par les effets conjugués de l'amélioration du traitement médicamenteux de l'asthme chez l'enfant, du recours plus fréquent aux services de consultations externes et de la réduction générale du nombre d'hospitalisations pour de nombreux problèmes de santé<sup>21</sup>.

### **Taux de radiation élevé chez les jeunes enfants et les garçons**

Les jeunes enfants sont plus susceptibles que les autres d'être hospitalisés à cause de l'asthme (graphique 1), situation qui pourrait refléter le taux plus élevé de crises récentes déclarées chez les enfants de moins de cinq ans. En 1994-1995, l'asthme était la cause principale de l'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans. Pour les enfants plus âgés, l'asthme occupait la deuxième ou la troisième place, selon le sexe.

À tous les âges, une proportion plus forte de garçons que de filles sont hospitalisés pour cause d'asthme (tableau A en annexe et graphique 2), tendance déjà observée à l'occasion de travaux de recherche antérieurs<sup>20,22,23</sup>. Le taux plus élevé de radiation observé chez les garçons pourrait être dû à des différences anatomiques. En général, les voies aériennes des garçons sont plus étroites et présentent une plus grande tonicité. Elles sont donc plus susceptibles d'offrir une résistance au passage de l'air, que celles des filles<sup>15</sup>. Ordinairement, ces différences disparaissent vers l'âge de 10 ans, lorsque le ratio diamètre-longueur des voies aériennes devient identique pour les deux sexes. En fait, ces dernières années, les garçons et les filles de 10 à 14 ans avaient des taux similaires de radiation après hospitalisation pour asthme.

### **Tendance à la hausse en automne**

Le nombre de radiations après hospitalisation pour asthme augmente brusquement en septembre, puis diminue chaque mois jusqu'en avril, époque où on observe de nouveau une légère tendance à la hausse (graphique 3). En septembre, la proportion des radiations des registres des hôpitaux est beaucoup plus forte pour les enfants d'âge scolaire (de 5 à 14 ans) que pour les enfants d'âge préscolaire. Le retour à l'école marque une augmentation du temps que les enfants passent à l'intérieur, donc de la probabilité qu'ils soient exposés à des moisissures et à des acariens de la poussière, deux agents soupçonnés d'être des causes d'asthme chez l'enfant<sup>24,25</sup>. L'incidence des infections virales augmente également quand les enfants retournent

à l'école, et, selon certaines données, les virus respiratoires pourraient exacerber les crises d'asthme chez les enfants qui y sont sujets<sup>15</sup>. La hausse du taux de radiation des registres d'hospitalisation observée au printemps pourrait être la conséquence de l'exposition au pollen et aux moisissures<sup>26</sup>.

### Facteurs associés à l'asthme chez l'enfant

Selon l'ELNEJ, le diagnostic de l'asthme et la manifestation d'une crise récente sont beaucoup plus probables chez les enfants de 0 à 11 ans présentant des antécédents de bronchite ou d'allergies que chez les enfants ne souffrant pas de ces problèmes de santé chroniques (tableau 4). Ainsi, 49 % des enfants qui ont des antécédents de bronchite sont asthmatiques contre seulement 10 % des enfants non bronchiteux.

Les enfants de 6 à 11 ans manifestant des troubles émotionnels étaient, eux aussi, beaucoup plus susceptibles d'avoir été déclarés asthmatiques par un médecin et d'avoir fait une crise l'année précédente. Toutefois, le sens de cette relation n'est pas clair, les troubles émotionnels pouvant être consécutifs à l'asthme plutôt qu'en être le précurseur.

On note une association entre les antécédents d'asthme chez les parents et l'asthme chez les enfants. Le diagnostic d'asthme a été posé chez au moins 28 % des enfants dont la mère biologique faisait de l'asthme. En revanche, la proportion est d'à peine 10 % pour les enfants dont la mère n'est pas asthmatique. En outre, 59 % des enfants asthmatiques ayant une mère asthmatique ont eu une crise l'année précédente, comparativement à 49 % des enfants asthmatiques dont la mère n'est pas asthmatique. La tendance est similaire si le père biologique fait de l'asthme.

L'exposition à la fumée de cigarette a souvent été associée à la manifestation de l'asthme chez l'enfant et à la gravité des crises<sup>27-29</sup>. Pourtant, selon les données de l'ELNEJ, la prévalence de l'asthme parmi les enfants dont les parents fument est à peine plus élevée que parmi les autres. La prévalence de l'asthme parmi les enfants dont la mère biologique fume est de 13 %, comparativement à 10 % parmi ceux dont la mère ne fume pas. Les proportions

correspondantes pour les enfants dont le père fume atteignent 12 % et 9 %. En outre, la situation des parents en regard de l'usage du tabac n'est pas associée à la manifestation d'une crise d'asthme l'année précédente chez les enfants asthmatiques.

Cette observation ne permet toutefois pas d'exclure complètement l'existence d'un lien entre le tabagisme des parents et l'asthme. Les parents d'un enfant asthmatique pourraient être moins

Tableau 4  
Prévalence de l'asthme chez les enfants de 0 à 11 ans, selon les caractéristiques de l'état de santé des enfants et des parents, Canada, territoires non compris, 1994-1995

|                                    | Nombre<br>en milliers | Diagnostic<br>d'asthme | Enfants<br>asthmatiques<br>qui ont fait<br>une crise<br>l'année<br>précédente |
|------------------------------------|-----------------------|------------------------|---|
|                                    |                       |                        | %   |
| <b>Enfant</b>                      |                       |                        |   |
| Allergies                          |                       |                        |   |
| Oui                                | 657                   | 31 <sup>†</sup>        | 55 <sup>†</sup>   |
| Non                                | 3 946                 | 8                      | 48  |
| Bronchite                          |                       |                        |   |
| Oui                                | 134                   | 49 <sup>†</sup>        | 66 <sup>†</sup>   |
| Non                                | 4 468                 | 10                     | 49  |
| Problèmes émotionnels <sup>‡</sup> |                       |                        |   |
| Oui                                | 38                    | 23 <sup>†</sup>        | 61  |
| Non                                | 2 259                 | 14                     | 47  |
| <b>Parents<sup>§</sup></b>         |                       |                        |   |
| La mère fume                       |                       |                        |   |
| Oui                                | 1 374                 | 13                     | 50  |
| Non                                | 3 042                 | 10                     | 51  |
| Le père fume                       |                       |                        |   |
| Oui                                | 1 165                 | 12 <sup>†</sup>        | 51  |
| Non                                | 2 472                 | 9                      | 50  |
| Mère asthmatique                   |                       |                        |   |
| Oui                                | 265                   | 28 <sup>†</sup>        | 59  |
| Non                                | 4 171                 | 10                     | 49  |
| Père asthmatique                   |                       |                        |   |
| Oui                                | 141                   | 19 <sup>†</sup>        | 64 <sup>†</sup>   |
| Non                                | 3 512                 | 10                     | 49  |
| Mère ayant des allergies           |                       |                        |   |
| Oui                                | 941                   | 15 <sup>†</sup>        | 53  |
| Non                                | 3 496                 | 10                     | 50  |
| Père ayant des allergies           |                       |                        |   |
| Oui                                | 552                   | 12                     | 52  |
| Non                                | 3 101                 | 10                     | 50  |

**Source des données :** Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995

**Nota :** La somme des totaux des diverses catégories ne correspond pas à 4 673 000 à cause des données manquantes.

<sup>†</sup> La question sur l'état émotionnel n'a été posée que pour les enfants de plus de cinq ans.

<sup>‡</sup> Valeur significativement plus élevée que celle observée pour cette catégorie.

<sup>§</sup> Parents biologiques

enclins à fumer ou ne pas vouloir admettre qu'ils fument. En outre, l'ELNEJ ne fournit aucune mesure précise du niveau global d'exposition à la

### Limites

Les données analysées dans le présent article sont transversales. Par conséquent, on ne peut tirer aucune conclusion quant à la causalité des relations observées entre les variables.

Une limite importante de cette analyse tient au manque de renseignements sur la gravité de la maladie. Une crise d'asthme dans l'année qui précède l'entrevue témoigne de la manifestation assez récente de la maladie, mais ne fournit aucune donnée sur la gravité de la crise.

Les parents ont fourni des renseignements sur la santé de leurs enfants et sur leur propre comportement et cela constitue une autre limite. Certains parents n'ont peut-être pas voulu admettre un comportement néfaste, surtout le tabagisme, et cela expliquerait qu'on ait constaté une association plus faible que prévue entre l'usage du tabac et l'asthme chez les enfants.

Les écarts entre les estimations de la prévalence de l'asthme chez l'enfant faites à la suite de plusieurs enquêtes sur la santé pourraient résulter, du moins en partie, de nuances dans l'énoncé des questions. Contrairement aux définitions de l'asthme utilisées pour l'Enquête santé Canada de 1978-1979 et l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada de 1983-1984, celle utilisée pour l'ELNEJ et l'ENSP de 1994-1995 précise que le diagnostic a été posé par un professionnel de la santé. Pourtant, malgré cette définition plus rigoureuse, la prévalence de l'asthme calculée d'après les données de 1994-1995 est beaucoup plus forte que celle calculée d'après les données des enquêtes antérieures.

Les chiffres sur les radiations des registres hospitaliers ont trait au nombre d'hospitalisations plutôt qu'au nombre de malades. En effet, un enfant pourrait être hospitalisé plus d'une fois durant une année particulière, à la suite de crises d'asthme. Si on divise le nombre de radiations observées en 1994-1995 pour les enfants de 0 à 11 ans hospitalisés pour cause d'asthme par l'estimation du nombre d'enfants asthmatiques calculée d'après les données de l'ELNEJ, le taux de radiation est de 4 %. Or, selon l'ELNEJ, 11 % d'enfants asthmatiques de 0 à 11 ans ont été hospitalisés l'année précédente. Cependant, cette estimation de 11 % couvre les hospitalisations pour toutes raisons, tandis que les données sur les radiations des registres des hôpitaux sont calculées uniquement à partir des hospitalisations faisant suite à une crise d'asthme. Puisque les enfants asthmatiques ont tendance à présenter d'autres problèmes de santé, il est raisonnable de supposer qu'ils pourraient aussi être hospitalisés à la suite d'autres diagnostics que celui de l'asthme.

Entre 1974-1975 et 1994-1995, la *Classification internationale des maladies* a été révisée. Le code de la bronchite asthmatique est passé de 490 à 493. Les évaluations des répercussions de la révision sur les statistiques produites au Canada montrent que la modification du code diagnostic de l'asthme n'explique qu'une faible proportion de l'augmentation des taux<sup>30</sup>.

fumée. Des facteurs tels que le nombre de cigarettes consommées, le nombre de fumeurs dans le ménage, le fait qu'ils fument ou non à l'intérieur et l'aération de la maison, qui pourraient tous influencer sur le niveau d'exposition, n'ont pas été évalués.

### Facteurs importants de risque

Si l'on tient compte des effets d'autres variables éventuellement confusionnelles, le fait de souffrir de bronchite et d'allergies était fortement associé à l'asthme pour les enfants de 0 à 11 ans (tableau 5). La cote exprimant le risque qu'on pose le diagnostic d'asthme est presque sept fois plus élevée pour les enfants bronchiteux et presque cinq fois plus élevée pour les enfants faisant des allergies que pour ceux ne présentant pas ces problèmes de santé. La cote exprimant le risque d'être asthmatique est environ trois fois plus élevée pour les enfants dont les deux parents biologiques sont asthmatiques que pour ceux dont les parents ne le sont pas. Enfin, la cote exprimant le risque de faire de l'asthme est légèrement plus élevée pour les enfants dont le père fume, mais pas pour ceux dont la mère ou les deux parents fument.

### Mot de la fin

Les données des deux enquêtes et les statistiques hospitalières témoignent d'une augmentation de la prévalence de l'asthme chez l'enfant au cours des 20 dernières années<sup>31,32</sup>. D'autres pays ont observé une hausse similaire<sup>4-6,33</sup>. Il reste à préciser si cette variation du taux reflète une augmentation réelle de l'incidence ou de la gravité de la maladie ou plutôt une évolution des perceptions. Dans une certaine mesure, l'augmentation des chiffres pourrait être influencée par une plus grande sensibilisation à la maladie, à cause de l'attention que lui accorde les médias<sup>34</sup>.

L'évolution des critères diagnostiques appliqués par les médecins et de la conduite du traitement depuis le milieu des années 1970 pourrait expliquer en partie l'augmentation des taux. Il se pourrait qu'aujourd'hui, les médecins soient plus portés à considérer la respiration sifflante d'un enfant comme un signe d'asthme que comme un signe de bronchite

et à hospitaliser les enfants présentant des symptômes semblables à ceux de l'asthme. Les travaux de recherche donnant à penser que le traitement peut avoir de bons résultats pour les

Tableau 5  
Rapport corrigé de cotes pour l'asthme chez les enfants de 0 à 11 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995

|                                       | Rapport corrigé de cotes | Intervalle de confiance de 99 % |
|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>Âge</b>                            |                          |                                 |
| 0-4†                                  | 1,00                     | ...                             |
| 5-9                                   | 1,70**                   | 1,48, 1,94                      |
| 10-11                                 | 1,69**                   | 1,43, 2,00                      |
| <b>Sexe</b>                           |                          |                                 |
| Garçons                               | 1,58**                   | 1,41, 1,79                      |
| Filles†                               | 1,00                     | ...                             |
| <b>Allergies</b>                      |                          |                                 |
| Oui                                   | 4,64**                   | 4,09, 5,27                      |
| Non†                                  | 1,00                     | ...                             |
| <b>Bronchite</b>                      |                          |                                 |
| Oui                                   | 6,88**                   | 5,48, 8,65                      |
| Non†                                  | 1,00                     | ...                             |
| <b>Asthme chez les parents</b>        |                          |                                 |
| Aucun parent asthmatique†             | 1,00                     | ...                             |
| Mère asthmatique                      | 2,78**                   | 2,21, 3,50                      |
| Père asthmatique                      | 1,99**                   | 1,48, 2,67                      |
| Les deux parents asthmatiques         | 3,26**                   | 1,03, 10,33                     |
| <b>Usage du tabac par les parents</b> |                          |                                 |
| Aucun parent ne fume†                 | 1,00                     | ...                             |
| La mère fume                          | 1,11                     | 0,88, 1,41                      |
| Le père fume                          | 1,23*                    | 1,02, 1,48                      |
| Les deux parents fument               | 1,01                     | 0,85, 1,20                      |
| <b>Région</b>                         |                          |                                 |
| Atlantique                            | 1,53**                   | 1,21, 1,94                      |
| Québec                                | 1,26**                   | 1,05, 1,52                      |
| Ontario                               | 1,10                     | 0,92, 1,31                      |
| Prairies†                             | 1,00                     | ...                             |
| Colombie-Britannique                  | 0,97                     | 0,77, 1,23                      |
| <b>Catégorie de revenu du ménage</b>  |                          |                                 |
| Faible†                               | 1,00                     | ...                             |
| Moyen-faible                          | 1,29                     | 0,84, 1,99                      |
| Moyen                                 | 1,07                     | 0,70, 1,63                      |
| Moyen-élevé                           | 1,06                     | 0,69, 1,61                      |
| Élevé                                 | 1,09                     | 0,71, 1,69                      |

**Source des données :** Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995

**Nota :** L'analyse multivariée porte sur 22 433 enfants pour lesquels des renseignements ont été déclarés pour toutes les variables du modèle. L'échantillon visé par la régression logistique multivariée a été pondéré de façon à ce qu'il soit représentatif des 4 673 000 enfants de 0 à 11 ans des 10 provinces. On a considéré les résultats pour lesquels la valeur de *p* est inférieure à 0,01 (au lieu de 0,05) comme étant significatifs. Cette démarche permet de tenir compte partiellement du fait que les estimations de la variance seraient plus grandes si l'on prenait pleinement en considération le plan de sondage.

† Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est égal à 1,00.

\* *p* < 0,05

\*\* *p* < 0,01

... N'ayant pas lieu de figurer

enfants de moins de deux ans<sup>7</sup> sont peut-être aussi à l'origine de la tendance plus prononcée à hospitaliser les jeunes enfants.

L'ELNEJ indique qu'il existe une forte prévalence de l'asthme chez les enfants dont les parents sont asthmatiques, et cela appuie la thèse selon laquelle l'hérédité joue un rôle important<sup>32</sup>. Cependant, il est peu probable qu'on puisse expliquer la brusque tendance à la hausse de la prévalence déclarée de l'asthme ou des taux d'hospitalisation observés depuis le milieu des années 1970 en s'appuyant sur les caractères héréditaires de la population dans son ensemble.

L'ELNEJ fournit peu de preuves que le taux d'asthme est plus élevé parmi les ménages à faible revenu. Les études plus anciennes qui ont porté sur la relation qui existe entre le statut socioéconomique et l'asthme ont donné des résultats contradictoires. Certaines indiquent que la proportion d'enfants asthmatiques est plus forte pour les catégories de statut socioéconomique élevé<sup>35,36</sup>. En revanche, d'autres concluent que la prévalence de l'asthme est plus forte chez les personnes de statut socioéconomique faible<sup>37</sup> ou qu'il n'existe aucune association entre ces éléments<sup>28,38,39</sup>.

Les résultats de la présente analyse montrent, comme l'ont fait d'autres études, que l'asthme est une maladie complexe, à multiples facettes. Les prochains cycles de l'ELNEJ et de l'ENSP préciseront peut-être le rôle des antécédents naturels et les conséquences de la maladie. ●

## Références

1. W. R. Taylor et P.W. Newacheck, « Impact of childhood asthma on health », *Pediatrics*, 90(5), 1992, p. 657-662.
2. P.A. Hessel, T. Sliwkanich, D. Michaelchuk *et al.*, « Asthma and limitation of activities in Fort Saskatchewan, Alberta », *Canadian Journal of Public Health*, 87(6), 1996, p. 397-406.
3. M.D. Krahn, C. Berka, P. Langlois *et al.*, « Direct and indirect costs of asthma in Canada, 1990 », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 154(6), 1996, p. 821-831.
4. C.F. Robertson, E. Heycock, J. Bishop *et al.*, « Prevalence of asthma in Melbourne schoolchildren: changes over 26 years », *British Medical Journal*, 302(6785), 1991, p. 1116-1118.
5. N. Halfon et P.W. Newacheck, « Trends in hospitalization for acute childhood asthma, 1970-84 », *American Journal of Public Health*, 76(11), 1986, p. 1308-1311.

6. P.G.J. Burney, J. Chinn et R.J. Rona, « Has the prevalence of asthma increased in children? Evidence from the national study of health and growth 1973-1986 », *British Medical Journal*, 300(6735), 1990, p. 1306-1310.
7. P.J. Gergen et K.B. Weiss, « Changing patterns of asthma hospitalization among children: 1979 to 1987 », *Journal of the American Medical Association*, 264(13), 1990, p. 1688-1692.
8. E.A. Mitchell, « International trends in hospital admission rates for asthma », *Archives of Disease in Childhood*, 60(4), 1985, p. 376-378.
9. Human Resources Development Canada et Statistique Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : manuel des micro-données de l'utilisateur* (Documentation des micro-données 89M0015GPE) Ottawa, Statistique Canada, 1997.
10. J.-L. Tambah et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7 (1), 1995, p. 33-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada, *La santé des Canadiens. Rapport de l'Enquête Santé Canada*, (n° 82-538F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, 1981.
12. Statistique Canada et le Secrétariat d'État, *Rapport de l'enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-1984*, (n° 82-555F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, 1986.
13. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, des traumatismes causes de décès, huitième révision*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1967.
14. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, des traumatismes causes de décès, neuvième révision*, 1975, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977.
15. National Institutes of Health, *Global Initiative for Asthma. National Heart, Lung and Blood Institute*, Rapport n° 95-3659 de l'Organisation mondiale de la santé, Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, 1995.
16. P. Ernst, M.J. Fitzgerald et S. Spier, « Canadian Asthma Consensus Conference Summary of Recommendations », *Canadian Respiratory Journal*, 3(2), 1996, p. 89-114.
17. W.J. Kelly, I. Hudson, P.D. Phelan *et al.*, « Childhood asthma in adult life: a further study at 28 years of age », *British Medical Journal*, 294(6579), 1987, p. 1059-1062.
18. R.J. Roorda, J. Gerritsen, Van Aalderen *et al.*, « Risk factors for the persistence of respiratory symptoms in childhood asthma », *American Review of Respiratory Disease*, 148 (1 de 6), 1993, p. 1490-1495.
19. J. Gerritsen, G.H. Koeter, D.S. Postma *et al.*, « Prognosis of asthma from childhood to adulthood », *American Review of Respiratory Disease*, 140(5), 1989, p. 1325-1330.
20. R.E. Dales, M. Raizenne, S. El-Saadany *et al.*, « Prevalence of childhood asthma across Canada », *International Journal of Epidemiology*, 23(4), 1994, p. 775-781.
21. P. Tully et E. Saint-Pierre, « La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 et 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, 8(4), 1997, p. 35-42 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
22. H.R. Anderson, M.J. Bland et C.S. Peckham, « Risk factors for asthma up to 16 years of age. Evidence from a National Cohort Study », *Chest* 91(6), 1987, p. 127s-130s.
23. R.R. Dodge et B. Burrows, « The prevalence of asthma and asthma-like symptoms in a general population sample », *American Review of Respiratory Disease*, 122(4), 1980, p. 567-575.
24. A. Newman-Taylor, « Environmental determinants of asthma », *Lancet*, 345, 1995, p. 296-299.
25. R. Dales, H. Zwanenburg, R. Burnett *et al.*, « Respiratory health effects of home dampness and molds among Canadian children », *American Journal of Epidemiology*, 134(2), 1991, p. 196-203.
26. T. Harju, T. Keistinen, T. Tuuponen *et al.*, « Seasonal variation in childhood asthma hospitalizations in Finland, 1972-1992 », *European Journal of Pediatrics*, 156(6), 1997, p. 436-439.
27. M. Weitzman, S. Gortmaker, D. Klein Walker *et al.*, « Maternal smoking and childhood asthma », *Pediatrics*, 85(4), 1990, p. 505-511.
28. F.D. Martinez, M. Cline et B. Burrows, « Increased incidence of asthma in children of smoking mothers », *Pediatrics*, 89(1), 1992, p. 21-26.
29. J.M. Samet, E.M. Lewit et K.E. Warner, « Involuntary smoking and children's health », *Future Child*, 4(3), 1994, p. 94-114.
30. K. Wilkins et Y. Mao, « Trends in rates of admission to hospital and death from asthma among children and young adults in Canada during the 1980s », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 148(2), 1993, p. 185-190.
31. Y. Mao, R. Semenciw, H. Morrison *et al.*, « Increased rates of illness and death from asthma in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 137(7), 1987, p. 620-624.
32. H. Johansen, M. Dutta, Y. Mao *et al.*, « Enquête sur l'augmentation des cas d'asthme chez les enfants d'âge préscolaire au Manitoba, Canada », *Rapports sur la santé*, 4(4), 1992, p. 379-402 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
33. R. Jackson, M.R. Sears, R. Beaglehole *et al.*, « International trends in asthma mortality: 1970 to 1985 », *Chest*, 94(5), 1988, p. 914-918.
34. G. Cowley et A. Underwood, « Can asthma be beaten? », *Newsweek*, 26 mai 1997, p. 58-61.
35. C. Peckham et N. Butler « A national study of asthma in childhood », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(2), 1978, p. 79-85.
36. B.A. Kaplan et C.G.N. Mascie-Taylor, « Biosocial factors in the epidemiology of asthma in a British national sample », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 39(2), 1985, p. 152-156.
37. N. Halfon et P.W. Newacheck, « Childhood asthma and poverty: Differential impacts and utilization of health services », *Pediatrics*, 91(1), 1993, p. 56-61.
38. E.A. Mitchell, A.W. Stewart, P.K. Pattemore *et al.*, « Socioeconomic status in childhood asthma », *International Journal of Epidemiology*, 18(4), 1989, p. 888-890.
39. L.J. Horwood, D.M. Fergusson et F.T. Shannon « Social and familial factors in the development of early childhood asthma », *Pediatrics*, 75(5), 1985, p. 859-868.

## Annexe

Tableau A

Nombre de radiations et taux de radiation des registres hospitaliers après admission pour asthme, selon le sexe et le groupe d'âge, enfants de 0 à 14 ans, Canada, territoires non compris, de 1974-1975 à 1994-1995

|                | Nombre de radiations des registres hospitaliers après admission pour asthme |              |       |       | Taux de radiations des registres hospitaliers après admission pour asthme (pour 100 000 enfants) |              |       |       |
|----------------|---|--------------|-------|-------|--|--------------|-------|-------|
|                | Total   | Groupe d'âge |       |       | Total  | Groupe d'âge |       |       |
|                |   | 0-4          | 5-9   | 10-14 |  | 0-4          | 5-9   | 10-14 |
| <b>Garçons</b> |   |              |       |       |  |              |       |       |
| 1974-1975      | 8 903   | 4 240        | 2 764 | 1 899 | 299,3  | 464,6        | 270,5 | 156,3 |
| 1975-1976      | 9 272   | 4 560        | 2 758 | 1 954 | 316,0  | 501,3        | 277,8 | 162,2 |
| 1976-1977      | 9 335   | 4 799        | 2 793 | 1 743 | 323,5  | 530,4        | 284,7 | 148,5 |
| 1977-1978      | 10 064  | 5 022        | 3 078 | 1 964 | 351,0  | 555,0        | 318,4 | 172,2 |
| 1978-1979      | 10 688  | 5 877        | 3 002 | 1 809 | 378,3  | 647,3        | 314,0 | 165,5 |
| 1979-1980      | 12 407  | 6 992        | 3 517 | 1 898 | 443,0  | 764,3        | 373,7 | 181,5 |
| 1980-1981      | 15 527  | 9 285        | 4 206 | 2 036 | 557,4  | 1 008,1      | 451,0 | 201,2 |
| 1981-1982      | 15 181  | 8 807        | 4 149 | 2 225 | 545,1  | 950,4        | 449,2 | 224,0 |
| 1982-1983      | 18 410  | 11 112       | 4 998 | 2 300 | 659,3  | 1 187,6      | 542,3 | 234,0 |
| 1983-1984      | 17 419  | 9 935        | 5 012 | 2 472 | 620,8  | 1 050,9      | 544,0 | 254,2 |
| 1984-1985      | 19 324  | 11 812       | 5 048 | 2 464 | 686,3  | 1 243,0      | 543,9 | 257,5 |
| 1985-1986      | 17 809  | 10 881       | 4 543 | 2 385 | 632,7  | 1 145,5      | 486,4 | 252,7 |
| 1986-1987      | 20 680  | 12 769       | 5 149 | 2 762 | 736,7  | 1 350,5      | 546,8 | 297,3 |
| 1987-1988      | 22 456  | 13 823       | 5 586 | 3 047 | 793,8  | 1 451,3      | 585,9 | 327,3 |
| 1988-1989      | 21 975  | 14 190       | 5 119 | 2 666 | 770,0  | 1 481,1      | 528,9 | 283,8 |
| 1989-1990      | 19 731  | 12 695       | 4 641 | 2 395 | 681,1  | 1 306,1      | 472,2 | 250,6 |
| 1990-1991      | 21 244  | 14 173       | 4 612 | 2 459 | 721,9  | 1 432,0      | 464,5 | 253,8 |
| 1991-1992      | 21 647  | 14 338       | 4 777 | 2 532 | 728,6  | 1 433,4      | 478,6 | 258,2 |
| 1992-1993      | 21 578  | 15 200       | 4 248 | 2 130 | 716,8  | 1 497,1      | 423,6 | 214,6 |
| 1993-1994      | 21 030  | 14 154       | 4 574 | 2 302 | 689,4  | 1 371,0      | 454,0 | 228,6 |
| 1994-1995      | 18 458  | 13 184       | 3 486 | 1 788 | 606,0  | 1 283,7      | 345,4 | 176,0 |
| <b>Filles</b>  |   |              |       |       |  |              |       |       |
| 1974-1975      | 5 440   | 2 367        | 1 692 | 1 381 | 189,9  | 273,2        | 173,5 | 118,9 |
| 1975-1976      | 5 667   | 2 427        | 1 712 | 1 528 | 199,7  | 281,2        | 180,8 | 132,7 |
| 1976-1977      | 5 378   | 2 420        | 1 662 | 1 296 | 193,2  | 281,6        | 178,1 | 115,6 |
| 1977-1978      | 6 031   | 2 697        | 1 912 | 1 422 | 219,1  | 313,5        | 208,5 | 130,6 |
| 1978-1979      | 6 535   | 3 221        | 1 952 | 1 362 | 241,7  | 373,4        | 215,7 | 130,8 |
| 1979-1980      | 7 163   | 3 517        | 2 170 | 1 476 | 267,5  | 405,2        | 243,3 | 148,3 |
| 1980-1981      | 9 189   | 4 964        | 2 574 | 1 651 | 346,1  | 567,9        | 291,3 | 171,6 |
| 1981-1982      | 8 670   | 4 429        | 2 432 | 1 809 | 326,5  | 502,9        | 278,1 | 191,6 |
| 1982-1983      | 10 218  | 5 419        | 2 897 | 1 902 | 384,4  | 609,8        | 330,9 | 204,2 |
| 1983-1984      | 9 938   | 5 072        | 2 828 | 2 038 | 372,6  | 566,0        | 322,5 | 221,3 |
| 1984-1985      | 10 445  | 5 766        | 2 764 | 1 915 | 390,8  | 640,3        | 313,3 | 210,5 |
| 1985-1986      | 9 767   | 5 293        | 2 685 | 1 789 | 365,8  | 588,0        | 302,9 | 198,7 |
| 1986-1987      | 11 334  | 6 244        | 2 856 | 2 234 | 424,9  | 694,4        | 320,1 | 251,3 |
| 1987-1988      | 12 192  | 6 542        | 3 167 | 2 483 | 452,8  | 719,4        | 350,8 | 278,5 |
| 1988-1989      | 12 484  | 7 140        | 3 005 | 2 339 | 459,1  | 779,2        | 327,6 | 260,6 |
| 1989-1990      | 11 033  | 6 238        | 2 610 | 2 185 | 399,8  | 671,4        | 279,6 | 240,0 |
| 1990-1991      | 11 607  | 6 817        | 2 571 | 2 219 | 414,3  | 721,4        | 271,7 | 241,0 |
| 1991-1992      | 11 963  | 6 963        | 2 726 | 2 274 | 423,0  | 730,7        | 285,5 | 243,9 |
| 1992-1993      | 11 542  | 7 202        | 2 327 | 2 013 | 403,3  | 745,6        | 242,6 | 213,3 |
| 1993-1994      | 11 755  | 6 855        | 2 707 | 2 193 | 405,6  | 698,4        | 281,0 | 228,8 |
| 1994-1995      | 10 347  | 6 429        | 2 264 | 1 654 | 357,1  | 659,1        | 234,1 | 170,5 |

Source des données : Base de données sur la morbidité hospitalière

Tableau B

**Taux comparatifs de radiation des registres hospitaliers après admission pour asthme, enfants de 0 à 14 ans, selon la région, Canada, territoires non compris, de 1974-1975 à 1994-1995**

|           | Canada                               | Atlantique | Québec | Ontario | Prairies | Colombie-Britannique |
|-----------|--------------------------------------|------------|--------|---------|----------|----------------------|
|           | (pour 100 000 enfants de 0 à 14 ans) |            |        |         |          |                      |
| 1974-1975 | 245,9                                | 238,1      | 176,6  | 252,9   | 329,6    | 241,7                |
| 1975-1976 | 259,3                                | 250,8      | 182,6  | 268,0   | 364,5    | 234,1                |
| 1976-1977 | 260,0                                | 277,9      | 184,6  | 270,4   | 340,6    | 238,1                |
| 1977-1978 | 286,7                                | 298,3      | 209,1  | 317,7   | 350,3    | 232,3                |
| 1978-1979 | 311,7                                | 332,3      | 232,6  | 331,6   | 392,4    | 266,9                |
| 1979-1980 | 357,5                                | 458,2      | 194,2  | 423,1   | 426,7    | 308,4                |
| 1980-1981 | 454,5                                | 541,3      | 343,4  | 498,5   | 505,6    | 396,6                |
| 1981-1982 | 438,6                                | 535,4      | 344,9  | 511,0   | 435,4    | 340,9                |
| 1982-1983 | 525,4                                | 651,8      | 462,3  | 573,3   | 532,3    | 382,8                |
| 1983-1984 | 499,9                                | 665,0      | 455,2  | 510,8   | 526,2    | 369,1                |
| 1984-1985 | 542,5                                | 724,0      | 474,4  | 581,6   | 552,2    | 398,9                |
| 1985-1986 | 502,8                                | 643,9      | 482,1  | 545,2   | 509,3    | 291,8                |
| 1986-1987 | 584,8                                | 712,4      | 551,5  | 648,1   | 588,7    | 361,1                |
| 1987-1988 | 627,4                                | 768,7      | 613,0  | 670,9   | 608,7    | 461,6                |
| 1988-1989 | 618,2                                | 824,9      | 585,4  | 655,9   | 591,2    | 468,5                |
| 1989-1990 | 543,8                                | 819,9      | 497,3  | 564,1   | 542,0    | 388,9                |
| 1990-1991 | 571,7                                | 876,1      | 453,1  | 621,3   | 581,0    | 432,5                |
| 1991-1992 | 579,4                                | 835,8      | 493,1  | 560,5   | 680,4    | 480,3                |
| 1992-1993 | 563,9                                | 859,1      | 506,0  | 555,8   | 624,9    | 416,8                |
| 1993-1994 | 550,9                                | 768,5      | 559,3  | 518,0   | 595,5    | 434,5                |
| 1994-1995 | 492,4                                | 618,3      | 536,4  | 463,5   | 430,6    | 334,4                |

**Source des données :** Base de données sur la morbidité hospitalière

# Attitudes à l'égard du tabac

*Nancy Ross et Claudio Pérez*

## Résumé

### Objectifs

Le présent article décrit les variations d'origine sociodémographique des attitudes ayant trait aux effets de l'usage du tabac et de la fumée secondaire sur la santé, ainsi qu'à l'importance des milieux sans fumée.

### Source des données

Les données proviennent du Fichier santé qui contient les données transversales de la composante des ménages couvrant les provinces de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 de Statistique Canada. L'échantillon comprend 60 260 personnes de 12 ans et plus.

### Techniques d'analyse

On a calculé trois cotes d'attitude à l'égard du tabac. On s'est appuyé sur l'analyse multivariée pour observer les corrélations entre les cotes d'attitude, d'une part, et l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, la province et la situation concernant l'usage du tabac, d'autre part.

### Principaux résultats

Les fumeurs accordent moins d'importance que les non-fumeurs aux risques que l'usage du tabac présente pour la santé. Les Canadiens âgés, particulièrement les fumeurs de 65 ans et plus, ont tendance à être plus indulgents à l'égard du tabac que les personnes plus jeunes. En outre, les personnes n'ayant obtenu qu'un diplôme d'études secondaires ou n'ayant pas atteint ce niveau de scolarité sont plus indulgents à l'égard du tabac que celles qui détiennent un diplôme universitaire. Enfin, les résidents du Québec sont plus tolérants à l'égard du tabac que ceux des autres provinces.

## Mots-clés

Renoncement au tabac, milieux sans fumée, tabagisme passif, tabac.

## Auteurs

Nancy Ross (613) 951-3725, rossnan@statcan.ca travaille à la Direction des statistiques sociales, des institutions et du travail et Claudio Pérez (613) 951-1733, perecla@statcan.ca à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6.

En Amérique du Nord, l'acceptabilité sociale de l'usage du tabac a diminué depuis les années 1960<sup>1</sup>, lorsqu'ont commencé à s'accumuler les preuves d'un lien entre l'usage du tabac et le cancer du poumon ainsi que d'autres maladies. En 1967, presque la moitié des Canadiens fumaient<sup>2</sup>. Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué depuis, en 1996-1997, environ le tiers des Canadiens de 12 ans et plus fumaient tous les jours ou à l'occasion. En outre, même si le nombre de Canadiens qui fument est moins élevé aujourd'hui, l'usage du tabac continue d'avoir d'énormes répercussions sur la santé publique et l'économie<sup>3-8</sup>.

Depuis plus de 30 ans, le Canada dispose de mesures de santé publique pour enrayer le tabagisme. Ces mesures incluent l'adoption, à tous les paliers de gouvernement, de lois limitant l'usage du tabac, tant pour réagir aux normes et aux valeurs sociétales liées à l'usage du tabac que pour favoriser l'évolution de ces normes et valeurs.

## Méthodologie

### Source des données

Le présent article se fonde sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. Cette enquête, qui a démarré en 1994-1995, est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population canadienne. Elle couvre les membres des ménages et les résidents des établissements de santé de toutes les provinces et des territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, dans les bases des Forces armées canadiennes et dans certaines régions éloignées. L'ENSP comprend une composante longitudinale ainsi qu'une composante transversale. Les personnes qui font partie de la composante longitudinale seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

La présente analyse des attitudes à l'égard du tabac s'appuie sur des données transversales provenant du deuxième cycle de l'ENSP, qui a eu lieu en 1996-1997. Les données analysées ici ont trait à la population des ménages des provinces.

L'échantillon transversal de 1996-1997 comprend les membres du panel longitudinal, ainsi que les personnes formant l'échantillon résultant des achats d'unités d'échantillonnage supplémentaires de trois provinces. Les personnes faisant partie de l'échantillon supplémentaire, sélectionné par la méthode de composition aléatoire, font uniquement partie de l'analyse transversale. La plupart des données du deuxième cycle ont été recueillies par entrevues téléphoniques assistées par ordinateur.

On a obtenu sur tous les membres des ménages participants des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé, ce qui constitue le Fichier général. En outre, on a recueilli des renseignements détaillés sur la santé d'un membre choisi au hasard dans chaque ménage. Les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les renseignements du Fichier général sur les personnes qui ont fourni ces renseignements figurent dans le Fichier santé.

Dans le cas des ménages qui participent au panel longitudinal, la personne qui a fourni les renseignements détaillés sur sa propre santé pour le Fichier santé était celle qui avait été choisie au hasard au premier cycle (1994-1995) et, en général, celle qui a fourni des renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général à l'entrevue du deuxième cycle. Dans le cas des ménages formant l'échantillon supplémentaire, une personne bien informée a fourni les renseignements sur les caractéristiques démographiques et sur la santé de tous les membres du ménage pour le Fichier général. En outre, on a choisi au hasard un membre du ménage, pas nécessairement la même personne bien informée, qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé. En 1996-1997, en prenant compte des réponses des ménages et de la personne choisie les taux de réponse transversaux pour le Fichier santé étaient de 93,1 % pour l'échantillon longitudinal permanent et

de 75,8 % pour l'échantillon sélectionné par composition aléatoire, soit un taux de réponse global de 79,0 %. En tout, 81 804 personnes ont répondu aux questions du Fichier santé, dont 73 402 personnes de 12 ans et plus. Cette analyse portait au départ sur les 73 402 personnes de 12 ans et plus qui ont répondu au questionnaire détaillé utilisé en 1996-1997 pour constituer le Fichier santé. Pour les questions sur les attitudes à l'égard du tabac, l'effectif de l'échantillon était un peu plus petit parce que les questions n'ont été posées qu'aux personnes ayant répondu auparavant à la question leur demandant si elles fumaient « tous les jours », « à l'occasion » ou « jamais ». En outre, on n'a pas posé les questions sur les attitudes à l'égard du tabac aux personnes choisies pour augmenter l'effectif de l'échantillon en Alberta. L'analyse porte donc sur un échantillon de 60 260 personnes. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'entrevue sont décrits plus en détails dans d'autres rapports déjà publiés<sup>9,10</sup>.

### Techniques d'analyse

On a analysé les attitudes à l'égard du tabac au moyen de groupes de questions connexes sur l'usage du tabac. On a calculé trois cotes d'attitude pour évaluer les croyances au sujet des *effets de l'usage du tabac sur la santé*, des *effets de la fumée secondaire sur la santé* et de *l'importance des milieux sans fumée* (voir *Mesure des attitudes à l'égard du tabac*). On a évalué les variations des attitudes à l'égard du tabac de plusieurs façons. On a comparé les cotes moyennes selon le type de fumeur et selon l'intention de cesser de fumer. On a recouru à l'analyse multidimensionnelle pour estimer les moyennes corrigées des cotes. On a calculé les moyennes corrigées selon la province et selon l'interaction entre la catégorie d'usage du tabac et l'âge, le sexe ou le niveau de scolarité. On a choisi les variables explicatives en fonction de leur lien hypothétique avec les attitudes à l'égard du tabac. Certains travaux de recherche indiquent que les personnes plus âgées, les femmes, les personnes ayant un faible niveau de scolarité et les personnes qui fument ne sont pas convaincues que l'usage du tabac et la fumée secondaire ont des effets nocifs pour la santé. De plus, les attitudes à l'égard du tabac varient selon la région<sup>11-15</sup>.

On a construit des modèles de régression linéaire multiples pour déterminer si les effets des diverses variables explicatives utilisées pour calculer les moyennes corrigées étaient significatifs, au même titre que les interactions choisies (tableau A en annexe). Les moyennes non corrigées sont présentées à l'annexe, tableau B.

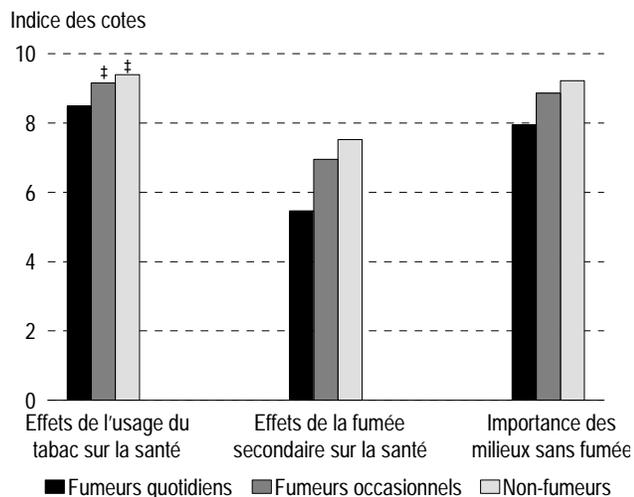
On a pondéré les réponses pour qu'elles soient représentatives de la population cible de l'ENSP. On a déterminé la signification statistique par une méthode de rééchantillonnage *bootstrap* pondéré, qui tient pleinement compte de l'effet de plan de sondage de l'enquête.

La théorie de l'éducation en matière de santé et les modèles psychosociaux donnent à penser que la modification des attitudes est un précurseur obligatoire de la modification du comportement<sup>16,17</sup>, mais il est possible également que les modifications du comportement, comme le renoncement au tabac ou le fait de commencer à fumer, influent sur les attitudes, ou encore que les attitudes et les comportements changent concomitamment<sup>18</sup>. Dans le présent article, qui porte sur la variation sociodémographique des attitudes à l'égard du tabac, on postule, de façon très générale, que les attitudes sont associées au comportement. Les données proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 (voir *Méthodologie et Limites*).

### Cotes plus faibles pour les fumeurs

Près de 90 % de Canadiens reconnaissent que l'usage du tabac est nocif et plus des trois quarts admettent que la fumée secondaire peut causer des problèmes de santé chez les non-fumeurs. Comme l'on s'y attendait, les cotes d'attitude des fumeurs sont généralement plus faibles (attitude plus tolérante)

Graphique 1  
Cotes moyennes des attitudes à l'égard du tabac†, selon la catégorie d'usage du tabac, Canada, territoires non compris, 1996-1997



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

† Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives.

‡ L'écart entre ces deux cotes n'est pas significatif pour  $\alpha = 0,05$  (basé sur le test de Bonferroni pour les comparaisons multiples).

que celles des non-fumeurs en ce qui concerne les effets de l'usage du tabac et de la fumée secondaire sur la santé, ainsi que l'importance des milieux sans fumée. En outre, on observe une variation progressive des cotes pour les trois attitudes évaluées, les personnes fumant tous les jours obtenant des cotes plus faibles que celles qui fument à l'occasion, qui, à leur tour, obtiennent des cotes plus faibles que les non-fumeurs (graphique 1). La seule exception est l'écart entre les cotes des fumeurs occasionnels et des non-fumeurs en ce qui concerne les effets du tabagisme sur la santé.

Dans une certaine mesure, ces résultats confirment ceux d'une étude réalisée antérieurement en Ontario, étude selon laquelle les personnes n'ayant jamais fumé et les anciens fumeurs connaissent mieux les effets du tabagisme et de la fumée secondaire sur la santé et soutiennent davantage les interdictions de fumer<sup>13</sup>.

Les membres des trois catégories d'usage du tabac se distinguent surtout par leurs attitudes concernant les effets de la fumée secondaire sur la santé. Ce n'est que récemment qu'on a effectué des études médicales sur les effets nocifs de la fumée secondaire et qu'on s'est servi des résultats pour mettre sur pied des campagnes antitabac. Par conséquent, il faudra peut-être un certain temps avant que le public, particulièrement les fumeurs, croient à ces messages.

Peut-être aussi les fumeurs minimisent-ils les effets nocifs du tabac en vue de réduire les conflits psychologiques qui pourraient naître chez eux des discordances entre attitudes et comportements. Les personnes exposées continuellement à la fumée des autres adoptent peut-être la même stratégie. En effet, comparativement aux membres des ménages où personne ne fume (données non présentées), les participants à l'ENSP qui ont déclaré que leur ménage comptait un fumeur obtiennent une cote plus faible pour l'attitude à l'égard des effets de la fumée secondaire et accordent nettement moins d'importance aux milieux sans fumée.

D'autres travaux de recherche donnent à penser que les attitudes à l'égard de la fumée secondaire seraient en train d'évoluer. Par exemple, selon une étude réalisée à Toronto de 1983 à 1988, l'écart entre les attitudes des fumeurs et des non-fumeurs en ce

## Mesure des attitudes à l'égard du tabac

Dans cet article, le terme « attitude » désigne un ensemble sommaire de croyances et d'opinions concernant l'usage du tabac. On a calculé les trois cotes d'attitude à l'égard du tabac d'après les questions de l'ENSP suivantes :

### *Effets de l'usage du tabac sur la santé*

- La cigarette peut causer un cancer du poumon chez un fumeur.
- La cigarette peut causer des problèmes ou des maladies cardiaques chez un fumeur.
- La cigarette peut causer un accident vasculaire cérébral chez un fumeur.
- La cigarette peut causer une bronchite, de l'emphysème ou de l'asthme chez un fumeur.

### *Effets de la fumée secondaire sur la santé*

- La fumée secondaire peut causer le cancer du poumon chez un non-fumeur.
- La fumée secondaire peut causer des problèmes ou des maladies cardiaques chez un non-fumeur.
- La fumée secondaire peut causer un accident vasculaire cérébral chez un non-fumeur.
- La fumée secondaire peut causer une bronchite, de l'emphysème ou de l'asthme chez un non-fumeur.

### *Importance des milieux sans fumée*

- Les enfants exposés à la fumée secondaire sont plus enclins à avoir une mauvaise santé et à avoir des problèmes de développement que ceux qui n'y sont pas exposés.
- Les femmes enceintes et les personnes qui demeurent avec elles ne devraient pas fumer dans la maison durant la grossesse.
- On devrait fournir aux non-fumeurs un milieu de travail sans fumée.
- Les fumeurs devraient demander la permission avant de fumer en présence d'autres personnes.

Pour chacun de ces trois groupes de questions, le choix de réponses était « d'accord », « pas d'accord » ou « sans opinion ». On a attribué une valeur aux réponses de façon à ce que la cote d'attitude soit d'autant plus élevée que l'attitude à l'égard du tabac était négative. Par exemple, pour l'énoncé : « La cigarette peut causer un cancer du poumon chez un fumeur », on a attribué une valeur 3 à la réponse « d'accord », une valeur 1, à la réponse « pas d'accord » et une valeur 2 à la réponse « sans opinion ». Comme on a calculé les cotes à partir de quatre questions (en postulant que les réponses aux quatre questions devaient être valides), chaque personne pouvait obtenir une cote comprise entre 4 et 12 pour chaque attitude mesurée. Pour faciliter l'interprétation, on a rééchélonné les cotes de façon à ce qu'elles soient comprises entre 0 et 10.

On a posé le premier groupe de questions uniquement aux personnes qui ont répondu « oui » à la question filtre : « Croyez-vous que fumer des cigarettes peut provoquer des problèmes de santé chez un fumeur? » Les questions du deuxième groupe n'ont été posées qu'aux personnes qui ont répondu « oui » à la question filtre : « Croyez-vous que la fumée secondaire peut provoquer des problèmes de santé chez un non-fumeur? » Cependant, supprimer de l'échantillon les personnes qui ont répondu « non » à ces questions filtres biaiserait les résultats de l'analyse. Pour tenir compte des personnes qui ne reconnaissaient pas les dangers de l'usage du tabac ou de la fumée secondaire, on a imputé pour ces personnes une valeur correspondant à « pas d'accord » aux quatre questions du groupe pertinent. Cette mesure touche 1 751 enregistrements (3 %) dont la cote concernant les *effets de l'usage du tabac sur la santé* est valide et 6 674 enregistrements (14 %) dont la cote concernant les *effets de la fumée secondaire sur la santé* est valide. On n'a posé aucune question filtre avant le troisième groupe de questions.

On a évalué la cohérence interne des réponses à chaque groupe de questions sur les attitudes en calculant le coefficient alpha de Cronbach<sup>19</sup>. Ordinairement, les mesures de l'état de santé sont fiables si la valeur du coefficient alpha de Cronbach est supérieure à 0,75<sup>20</sup>. Les cotes de cohérence pour les questions visant à évaluer les attitudes concernant les *effets de l'usage du tabac* et de la *fumée secondaire sur la santé* se chiffraient à 0,90 et 0,92, respectivement, tandis que celui pour le groupe de questions sur l'*importance des milieux sans fumée* était de 0,60. La cohérence interne semble moyenne pour le dernier groupe, mais les études de population réalisées sur des échantillons de grande taille permettent d'accepter des valeurs plus faibles de la mesure de la fiabilité<sup>21</sup>. Dans les trois cas, on a posé les questions de chaque groupe de façon séquentielle et, pour les deux premiers, l'énoncé des quatre questions était similaire. Ce fait, conjugué à l'imputation susmentionnée, pourrait avoir sur la façon de répondre aux questions un effet qui se solderait par une plus forte cohérence interne.

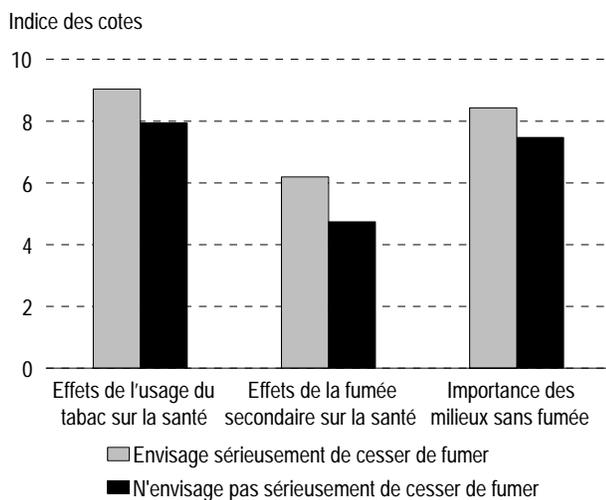
Pour déterminer la *catégorie d'usage du tabac*, on a posé la question : « Actuellement, est-ce que vous fumez des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? » Pour toutes les analyses, sauf celle du graphique 1, on a regroupé les fumeurs quotidiens et occasionnels en une catégorie unique de « fumeurs ». On a déterminé l'*intention de renoncer au tabac* en posant la question : « Pensez-vous sérieusement à cesser de fumer au cours des six prochains mois? » On s'est servi de la question : « Est-ce qu'un membre de votre ménage fume habituellement à l'intérieur de la maison? » pour déterminer la *présence de fumeurs au foyer*.

qui concerne les effets de la fumée secondaire sur la santé s'est effectivement accentué<sup>22</sup>. Cependant, une étude menée plus récemment en Ontario montre que l'écart s'amenuise entre les attitudes des fumeurs et des non-fumeurs pour ce qui est de vivre dans un foyer sans fumée. Et pourtant, la plupart des foyers où vivent des enfants et des personnes qui fument tous les jours ne sont pas sans fumée<sup>23</sup>.

Les attitudes relatives à l'importance des milieux sans fumée englobent des notions de politesse ainsi que des convictions quant aux effets sur la santé. Par conséquent, les cotes observées pour les fumeurs et les non-fumeurs signifient qu'en général, on convient plus volontiers de la nécessité de créer des espaces sans fumée que de l'effet nocif de la fumée secondaire.

Les attitudes des fumeurs varient aussi selon qu'ils envisagent ou non sérieusement d'arrêter de fumer. Ceux qui ont l'intention de le faire obtiennent des cotes nettement plus élevées pour les trois mesures que ceux qui n'ont pas cette intention (graphique 2). Ainsi donc, la sensibilisation aux risques pour la santé pourrait être un catalyseur important du processus

Graphique 2  
Cotes moyennes des attitudes des fumeurs à l'égard du tabac<sup>†‡</sup>, selon l'intention de renoncer au tabac, Canada, territoires non compris, 1996-1997



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

† Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives.

‡ Tous les écarts entre les cotes en fonction de l'intention de renoncer au tabac sont significatifs pour  $\alpha = 0,05$ .

d'abandon de la cigarette. Les fumeurs qui sont prêts à cesser de fumer sont peut-être aussi plus susceptibles que les autres d'accepter et de reconnaître les risques pour la santé que pose le tabac<sup>24</sup>.

Quand on tient compte de l'effet d'autres variables, la catégorie d'usage du tabac demeure une variable explicative importante dans les modèles sur les convictions au sujet des effets nocifs de la fumée secondaire et de l'importance de vivre dans un milieu sans fumée (tableau A en annexe). Toutefois, cette variable n'est pas significative dans le modèle des croyances concernant les effets nocifs de l'usage du tabac. Ce résultat reflète probablement le regroupement des fumeurs quotidiens et occasionnels en une seule catégorie (fumeurs). Comme on l'a mentionné plus haut, l'écart entre les cotes observées pour les fumeurs occasionnels et les non-fumeurs sur l'échelle des attitudes concernant les effets de l'usage du tabac sur la santé n'est pas significatif (graphique 1).

### Plus grande tolérance au Québec

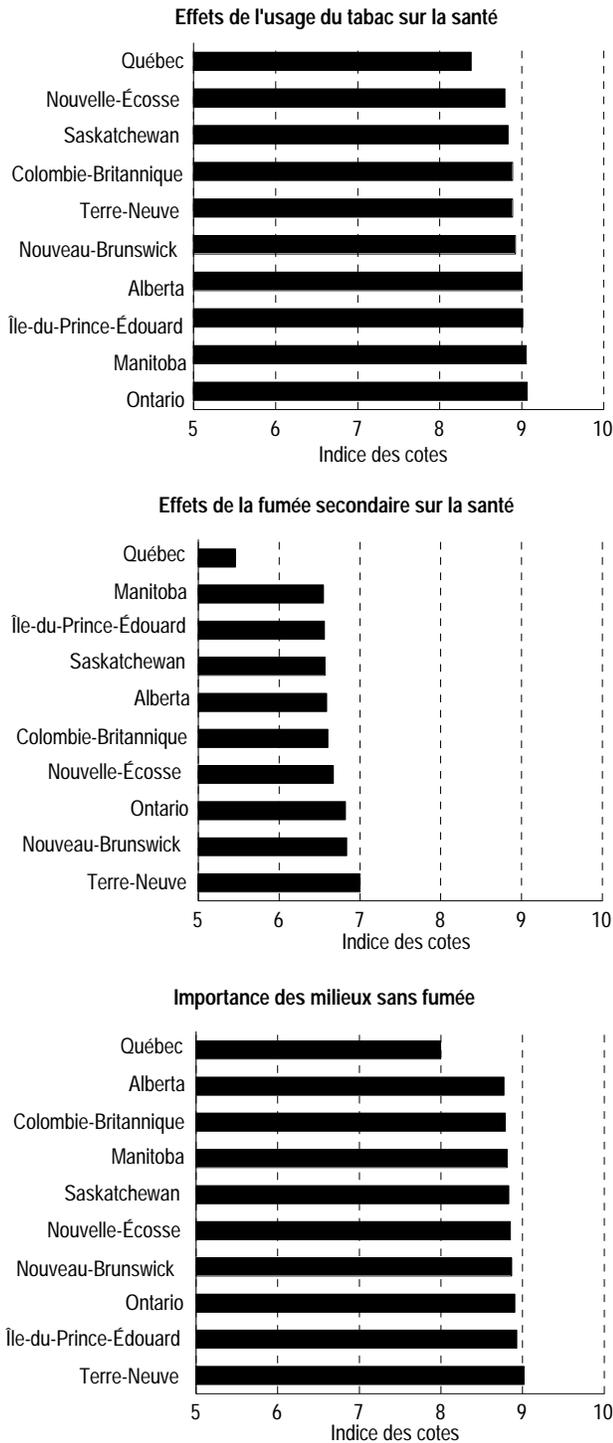
Le Québec affiche le taux de tabagisme le plus élevé au Canada depuis les années 1960<sup>2</sup>. Par conséquent, il n'est pas étonnant que les attitudes des Québécois à l'égard du tabac soient nettement moins négatives que celles des autres Canadiens, même si on tient compte de l'effet de variables confusionnelles comme la catégorie d'usage du tabac, le niveau de scolarité, l'âge et le sexe (graphique 3, tableau A en annexe). Les résultats pourraient aussi témoigner de différences entre les programmes provinciaux de prévention de l'usage du tabac, les législations municipales et provinciales et les messages communiqués par les médias.

En ce qui concerne les milieux sans fumée, l'Alberta est la seule province où l'on observe une attitude nettement plus coopérative qu'en Ontario, province choisie comme référence.

### Les cotes augmentent parallèlement au niveau de scolarité

Le niveau de scolarité semble être le meilleur facteur sociodémographique individuel permettant de prédire l'usage du tabac ou le renoncement au tabac<sup>1</sup>.

Graphique 3  
**Cotes moyennes corrigées<sup>†</sup> des attitudes à l'égard du tabac<sup>‡</sup>, selon la province, Canada, territoires non compris, 1996-1997**



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

<sup>†</sup> Corrigées pour tenir compte de la catégorie d'usage du tabac, du sexe, de l'âge, du niveau de scolarité et des interactions catégorie d'usage du tabac \* sexe, catégorie d'usage du tabac \* âge et catégorie d'usage du tabac \* niveau de scolarité.

<sup>‡</sup> Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives.

Par conséquent, il n'est guère surprenant d'observer un lien entre les cotes d'attitude et le niveau de scolarité (graphique 4). Les personnes qui ont au plus un diplôme d'études secondaires obtiennent des cotes nettement plus faibles que les autres pour les trois attitudes évaluées.

Il semble y avoir peu d'interaction entre la catégorie d'usage du tabac et le niveau de scolarité, puisque l'écart prononcé entre les cotes des fumeurs et des non-fumeurs varie à peine selon le niveau de scolarité. Une seule exception : les fumeurs n'ayant pas terminé leurs études secondaires, qui obtiennent des cotes d'attitude considérablement plus faibles en ce qui concerne les effets de l'usage du tabac sur la santé et l'importance des milieux sans fumée.

### Les jeunes fument tout en étant contre l'usage du tabac

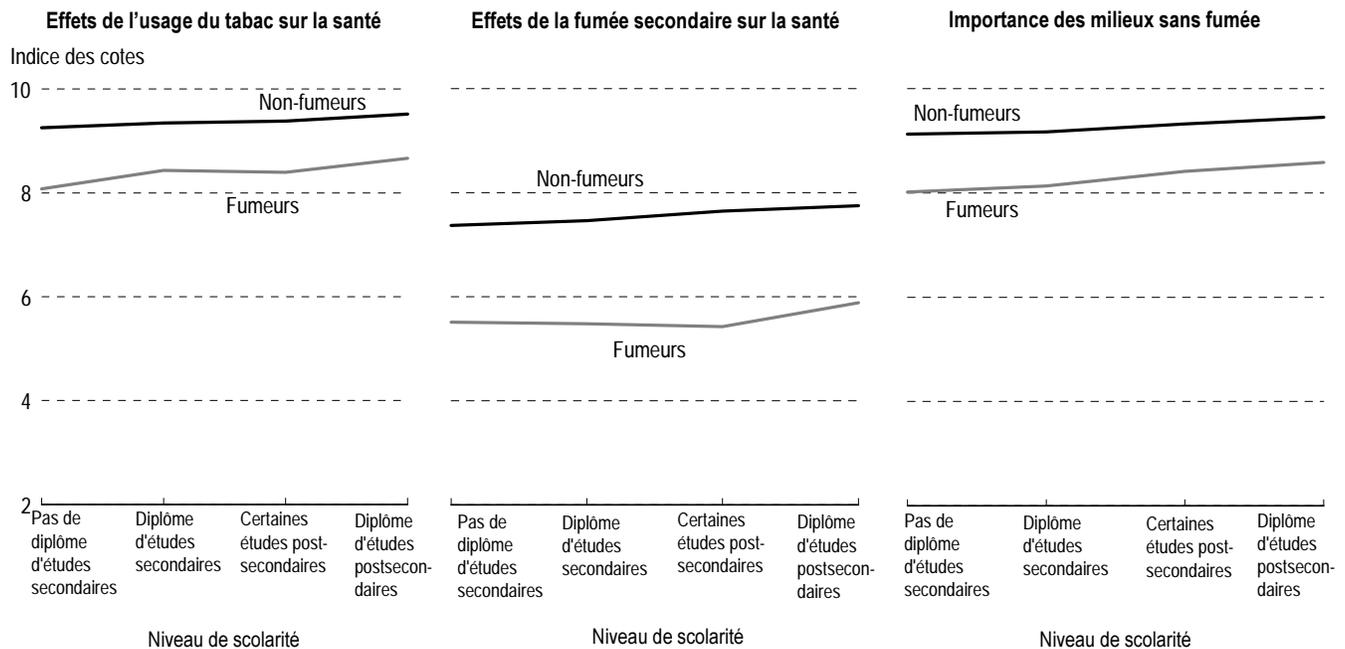
En examinant les croyances concernant les effets de l'usage du tabac et de la fumée secondaire sur la santé, on observe un effet de cohorte d'âge (graphique 5). Pour ces deux variables, les personnes de 65 ans et plus obtiennent des cotes d'attitude nettement plus faibles que celles de 12 à 24 ans.

En outre, dans les trois groupes d'âge les plus avancés les cotes des fumeurs sont considérablement plus faibles pour les trois attitudes évaluées. Les fumeurs âgés ne semblent que moyennement convaincus des effets nocifs de l'usage du tabac et se montrent beaucoup moins soucieux que les autres personnes des effets de la fumée secondaire.

Chez les personnes de 12 à 24 ans, la cohérence entre les attitudes et le comportement est moins forte. Les jeunes, fumeurs ou non, sont fermement convaincus que le tabac est nocif pour la santé. Ces convictions ne dissuadent toutefois pas les jeunes fumeurs de continuer à fumer. Les jeunes sont peut-être plus influencés par les pressions de leurs pairs ou par leur milieu familial que par des effets nocifs qu'ils ne ressentiront sans doute pas avant longtemps et qui pour cette raison ne leur semblent pas pertinents. En effet, les analyses des résultats de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes menée en 1994 par Statistique Canada indiquent que les jeunes affichaient des attitudes catégoriquement

Graphique 4

Cotes moyennes corrigées<sup>†</sup> des attitudes à l'égard du tabac<sup>‡</sup>, selon le niveau de scolarité et la catégorie d'usage du tabac, Canada, territoires non compris, 1996-1997



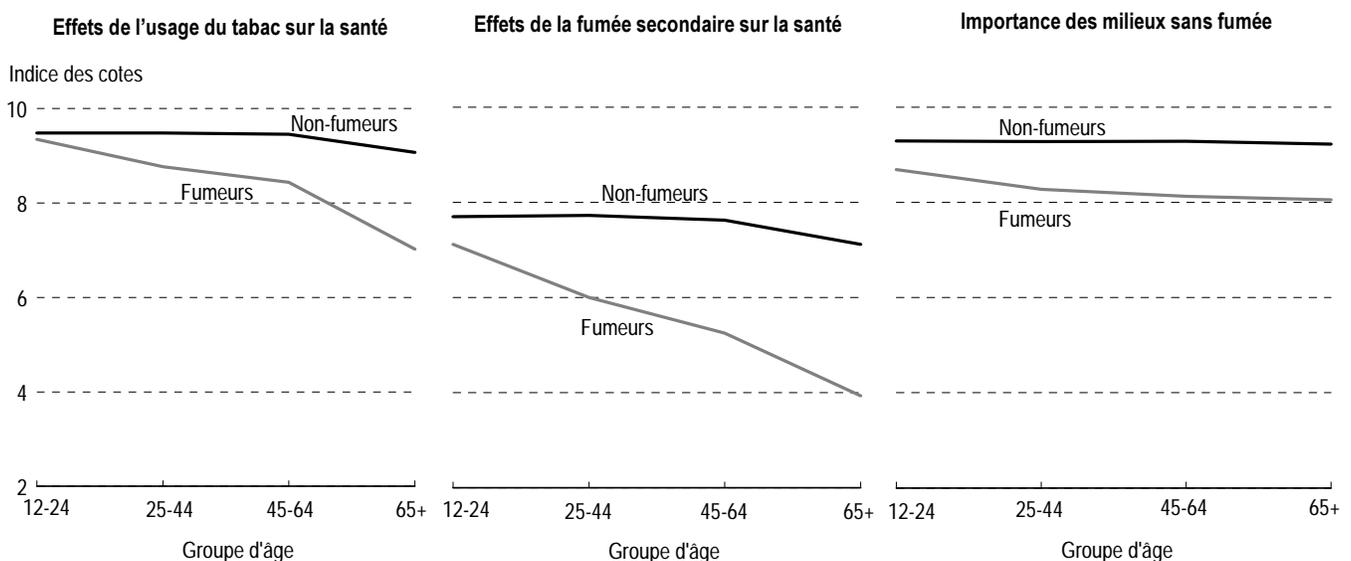
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Fichier santé

<sup>†</sup> Corrigées pour tenir compte des effets du sexe, de l'âge et de la province et des interactions catégorie d'usage du tabac \* sexe et catégorie d'usage du tabac \* âge.

<sup>‡</sup> Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives.

Graphique 5

Cotes moyennes corrigées<sup>†</sup> des attitudes à l'égard du tabac<sup>‡</sup>, selon le groupe d'âge et la catégorie d'usage du tabac, Canada, territoires non compris, 1996-1997



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

<sup>†</sup> Corrigées pour tenir compte des effets du sexe, du niveau de scolarité et de la province et des interactions catégorie d'usage du tabac \* sexe et catégorie d'usage du tabac \* niveau de scolarité.

<sup>‡</sup> Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives.

négatives à l'égard du tabac, pensant que la fumée secondaire est nocive, que le tabac provoque une accoutumance et que les fumeurs ne sont pas capables de cesser de fumer quand ils le veulent, et pourtant nombre de ces jeunes fumaient<sup>25</sup>. Les campagnes visant à empêcher les jeunes de commencer à fumer pourraient tenir compte de cette discordance entre leur attitude et leur comportement, et choisir plutôt de souligner d'autres effets négatifs du tabagisme, comme le fait d'avoir une haleine déplaisante et d'avoir moins d'argent dans les poches.

### Les hommes et les femmes ont les mêmes attitudes

Les travaux de recherche laissent entendre que les femmes fument pour d'autres raisons que les hommes<sup>11,26</sup>, ce qui, en principe, devrait produire des attitudes différentes à l'égard du tabac. Toutefois, les questions utilisées durant l'ENSP n'ont pas permis de saisir ces différences. Par exemple, les cotes d'attitude sont un peu plus faibles pour les

femmes que pour les hommes, mais, si on élimine l'effet de la catégorie d'usage du tabac, de l'âge, du niveau de scolarité et de la province, l'écart n'est pas statistiquement significatif. Ce résultat est curieux, étant donné la diminution assez faible de la prévalence du tabagisme chez les femmes, comparativement à la situation chez les hommes<sup>1,2,27,28</sup>. Les femmes accordent une plus grande importance au fait de vivre dans un milieu sans fumée, mais ce résultat n'est pas, lui non plus, significatif.

### Conséquences

Les attitudes à l'égard du tabac varient selon les caractéristiques sociodémographiques. En outre, comme il faut s'y attendre, les fumeurs se montrent plus indulgents que les non-fumeurs. Il se peut que cette attitude témoigne d'une méconnaissance des méfaits du tabac ou encore, étant donné le recul du tabagisme, que les fumeurs forment maintenant un groupe plus homogène et plus déterminé, réfractaire aux nombreux efforts déployés en vue de prévenir l'usage du tabac. Admettre que le tabac a des effets nocifs suscite sans doute un déséquilibre gênant pour le fumeur, et qui résulte de la contradiction entre ses attitudes et son comportement. Par conséquent, les fumeurs minimisent probablement les effets indésirables du tabac pour des raisons psychologiques.

Les jeunes fumeurs fument tout en reconnaissant que ce comportement a des conséquences néfastes. Peut-être approuvent-ils la création de milieux sans fumée parce que, toute leur vie, ils ont connu des interdictions de fumer dans les lieux publics. Néanmoins, le taux de tabagisme des jeunes n'a cessé d'augmenter durant les années 1990. Les jeunes expriment donc peut-être des attitudes négatives à l'égard du tabac simplement parce qu'il s'agit d'attitudes qui sont socialement plus souhaitables.

Quant aux convictions sur les effets qu'a le tabac sur la santé, particulièrement ceux de la fumée secondaire, c'est chez les fumeurs âgés qu'elles sont les moins bien ancrées et cela a des répercussions importantes en matière de santé publique. En effet, si les fumeurs âgés admettaient que la fumée

#### Limites

La présente analyse s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle il existe un lien entre les attitudes et le comportement. Cependant, la nature transversale de l'étude ne permet pas de déterminer quel facteur précède l'autre.

Toutes les données ayant été autodéclarées, on ne connaît pas leur degré de validité. Certains fumeurs pourraient avoir dit qu'ils ne fumaient pas ou pourraient avoir exagéré leurs attitudes négatives à l'égard du tabac parce que ce genre de réponse est plus acceptable sur le plan social.

Une autre limite tient à la façon dont sont interprétées les questions. Par exemple, certaines personnes pourraient croire que la consommation de cigarettes ne cause le cancer que chez les personnes qui fument beaucoup pendant longtemps. Pareillement, certaines personnes pourraient avoir interprété l'exposition à la fumée secondaire comme étant une exposition brève, occasionnelle et, par conséquent, ne pas considérer que cette exposition pourrait avoir des répercussions sur la santé; d'autres pourraient avoir supposé que la question sous-entendait l'exposition quotidienne à la maison ou au travail et avoir répondu différemment.

secondaire pose un danger pour la santé et qu'ils étaient bien renseignés sur ce danger, ils seraient peut-être moins enclins à y exposer les autres.

### Mot de la fin

La majorité des Canadiens semblent convaincus que le tabagisme a des effets nocifs pour la santé, peut-être, en partie, grâce aux messages antitabac. La diminution de la proportion de fumeurs, qui est passée de plus de la moitié à moins du tiers de la population ces 30 dernières années, est sans doute le meilleur indice du succès des mesures de santé publique prises pour enrayer la morbidité et la mortalité liées à l'usage du tabac. Malheureusement, les campagnes visant à communiquer que la fumée secondaire est nocive pour la santé n'ont pas eu d'écho chez nombre de personnes, particulièrement les fumeurs âgés. Qui plus est, les attitudes à l'égard du tabac restent assez tolérantes au Québec. Enfin, la sensibilisation aux risques pour la santé que pose le tabagisme et l'acceptation des milieux sans fumée ne semblent pas dissuader les jeunes de fumer. De toute évidence, l'effet nocif pour la santé n'est qu'un des nombreux facteurs qui influent sur le comportement d'une personne à l'égard du tabac. ●

### Références

1. US Department of Health and Human Services, *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress, A Report of the US Surgeon General* (DHHS 89-8411), Washington, DC, Centers for Disease Control, 1989.
2. M. Stephens et J. Siroonian, « L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire », *Rapports sur la santé*, 9(4), 1998, p. 31-38 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
3. A.K. Hackshaw, M.R. Law et N.J. Wald, « The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke », *British Medical Journal*, 315, (7114) 1997, p. 980-988.
4. M.R. Law, J.K. Morris et N.J. Wald, « Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence », *British Medical Journal*, 315, 1997, p. 973-980.
5. D.P. Strachan et D.G. Cook, « Health effects of passive smoking. 1. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood », *Thorax*, 52, 1997, p. 905-914.
6. S. Basavaraj, « Smoking and the loss of longevity in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 84(5), 1993, p. 341-345.
7. E. Single, L. Robson, X. Xie *et al.*, « The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992 », *Addiction*, 93(7), 1998, p. 991-1006.
8. E.M. Illing et M.J. Kaiserman, « Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1991 », *Canadian Journal of Public Health*, 86(4), 1995, p. 257-265.
9. 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).
10. Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, *Composante des ménages : Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées à grande diffusion* (Statistique Canada, n° 82-M0009GPE au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1998.
11. R.C. Brownson, J. Jackson-Thompson, J.C. Wilkerson *et al.*, « Demographic and sociodemographic differences in beliefs about the health effects of smoking », *American Journal of Public Health*, 82, 1992, p. 99-103.
12. J. Elder, B. Rosbrook, W. Choi *et al.*, « Public objections to environmental tobacco smoke », *Preventive Medicine*, 21, 1992, p. 701-709.
13. L.L. Pederson, S.B. Bull, M.J. Ashley *et al.*, « A population survey in Ontario regarding restrictive measures on smoking: relationship of smoking status to knowledge, attitudes, and predicted behaviour », *International Journal of Epidemiology*, 16, 1987, p. 383-391.
14. N.A. Ross et S.M. Taylor, « Geographical variation in attitudes towards smoking: Findings from the COMMIT communities », *Social Science and Medicine*, 46(6), 1998, p. 703-717.
15. N.E. Grunberg, S.E. Winders et M.E. Wewers, « Gender differences in tobacco use », *Health Psychology*, 10, 1991, p. 143-153.
16. E.P. Bettinghaus, « Health promotion and the knowledge-attitude-behaviour continuum », *Preventive Medicine*, 15, 1986, p. 475-491.
17. I. Ajzen et M. Fishbein, *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1980.
18. W.H. McBroom et F.W. Reed, « Toward a reconceptualization of attitude-behaviour consistency », *Social Psychology Quarterly*, 155, 1992, p. 205-216.
19. J.M. Bland et D.G. Altman, « Cronbach's alpha », *British Medical Journal*, 314, (7080) 1997, p. 572.
20. C.A. Mahoney, D.L. Thombs et C.Z. Howe, « The art and science of scale development in health education research », *Health Education Research: Theory and Practice*, 10, 1995, p. 1-10.
21. I. McDowell et C. Newell, *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, 2e édition, New York, Les Presses de l'Université d'Oxford, 1996.
22. S.B. Bull, L.L. Pederson et M.J. Ashley, « Relationship of smoking status to changes in knowledge and attitudes concerning restrictions on smoking », *Canadian Journal of Public Health*, 85(2), 1994, p. 103-105.
23. M.J. Ashley, J. Cohen, R. Ferrence *et al.*, « Smoking in the home: changing attitudes and current practices », *American Journal of Public Health*, 88, 1998, p. 797-800.

24. C.C. DiClemente, J.O. Prochaska, S.K. Fairhurst *et al.*, « The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of quitting », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 1991, p. 295-304.
25. W. Clark, « Le tabagisme chez les jeunes au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, 41, 1996, p. 2-6 (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue)
26. B. Jacobson, *The Ladykillers: Why Smoking is a Feminist Issue*, New York, Continuum, 1982.
27. W. Millar, « Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité », *Rapports sur la santé*, 8(2), 1996, p. 13-23 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
28. Santé et Bien-être social Canada, *Enquête promotion de la santé Canada, 1990*, Rapport technique, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services, 1993.

**Annexe**
**Tableau A**  
**Résultats de la régression des cotes en fonction des attitudes à l'égard du tabac<sup>†</sup>, Canada, territoires non compris, 1996-1997**

|  | Effets de l'usage du tabac sur la santé |                                 |                                | Effets de la fumée secondaire sur la santé |                                 |                                | Importance des milieux sans fumée |                                 |                                |
|--|---|---------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
|  | Coefficient non standardisé (b)         | Intervalle de confiance de 95 % | Coefficient standardisé (bêta) | Coefficient non standardisé (b)            | Intervalle de confiance de 95 % | Coefficient standardisé (bêta) | Coefficient non standardisé (b)   | Intervalle de confiance de 95 % | Coefficient standardisé (bêta) |
| <b>Fumeurs</b>                                     | 0,19                                    | -0,13, 0,51                     | 0,04                           | -0,63*                                     | -1,09,-0,17                     | -0,08                          | -0,26*                            | -0,51, 0,00 <sup>§</sup>        | -0,06                          |
| <b>Femmes</b>                                      | -0,05                                   | -0,13, 0,03                     | -0,01                          | -0,03                                      | -0,17, 0,12                     | 0,00                           | 0,03                              | -0,04, 0,10                     | 0,01                           |
| <b>Âge</b>   |   |                                 |                                |  |                                 |                                |                                   |                                 |                                |
| 12-24 <sup>‡</sup>                                 |   |                                 |                                |  |                                 |                                |                                   |                                 |                                |
| 25-44  | 0,00                                    | -0,11, 0,11                     | 0,00                           | 0,02                                       | -0,20, 0,24                     | 0,00                           | -0,01                             | -0,12, 0,09                     | 0,00                           |
| 45-64  | -0,02                                   | -0,14, 0,09                     | 0,00                           | -0,08                                      | -0,31, 0,15                     | -0,01                          | -0,01                             | -0,13, 0,11                     | 0,00                           |
| 65+  | -0,41*                                  | -0,55, -0,28                    | -0,06                          | -0,52*                                     | -0,78, -0,27                    | -0,05                          | -0,07                             | -0,18, 0,05                     | -0,01                          |
| <b>Niveau de scolarité</b>                         |   |                                 |                                |  |                                 |                                |                                   |                                 |                                |
| Pas de diplôme d'études secondaires                | -0,26*                                  | -0,37, -0,15                    | -0,05                          | -0,38*                                     | -0,62, -0,14                    | -0,05                          | -0,32*                            | -0,41, -0,22                    | -0,08                          |
| Diplôme d'études secondaires                       | -0,17*                                  | -0,28, -0,05                    | -0,03                          | -0,28*                                     | -0,50, -0,07                    | -0,03                          | -0,28*                            | -0,39, -0,16                    | -0,05                          |
| Certaines études post-secondaires                  | -0,13*                                  | -0,22, -0,03                    | -0,02                          | -0,10                                      | -0,28, 0,08                     | -0,01                          | -0,12*                            | -0,21, -0,03                    | -0,03                          |
| Diplôme d'études post-secondaires <sup>‡</sup>     |   |                                 |                                |  |                                 |                                |                                   |                                 |                                |
| <b>Province</b>                                    |   |                                 |                                |  |                                 |                                |                                   |                                 |                                |
| Terre-Neuve  | -0,02                                   | -0,17, 0,13                     | 0,00                           | 0,18                                       | -0,12, 0,48                     | 0,01                           | 0,02                              | -0,12, 0,17                     | 0,00                           |
| Île-du-Prince-Édouard                              | 0,01                                    | -0,10, 0,12                     | 0,00                           | -0,48*                                     | -0,80, -0,15                    | -0,01                          | -0,01                             | -0,18, 0,15                     | 0,00                           |
| Nouvelle-Écosse                                    | -0,11                                   | -0,29, 0,06                     | -0,01                          | -0,37*                                     | -0,70, -0,05                    | -0,02                          | 0,07                              | -0,07, 0,20                     | 0,01                           |
| Nouveau-Brunswick                                  | -0,13                                   | -0,30, 0,05                     | -0,01                          | -0,15                                      | -0,52, 0,21                     | -0,01                          | -0,03                             | -0,18, 0,12                     | 0,00                           |
| Québec   | -0,47*                                  | -0,62, -0,32                    | -0,09                          | -1,51*                                     | -1,76, -1,27                    | -0,18                          | -0,58*                            | -0,70, -0,46                    | -0,13                          |
| Ontario <sup>‡</sup>                               |   |                                 |                                |  |                                 |                                |                                   |                                 |                                |
| Manitoba   | 0,03                                    | -0,04, 0,10                     | 0,00                           | -0,22*                                     | -0,38, -0,05                    | -0,01                          | 0,01                              | -0,06, 0,08                     | 0,00                           |
| Saskatchewan                                       | -0,30*                                  | -0,47, -0,13                    | -0,02                          | -0,47*                                     | -0,80, -0,15                    | -0,02                          | -0,11                             | -0,29, 0,07                     | -0,01                          |
| Alberta  | -0,07                                   | -0,18, 0,04                     | -0,01                          | -0,25*                                     | -0,51, 0,00 <sup>§</sup>        | -0,02                          | 0,12*                             | 0,02, 0,22                      | 0,02                           |
| Colombie-Britannique                               | -0,01                                   | -0,10, 0,09                     | 0,00                           | -0,12                                      | -0,35, 0,12                     | -0,01                          | 0,04                              | -0,05, 0,14                     | 0,01                           |
| <b>Termes d'interaction</b>                        |   |                                 |                                |  |                                 |                                |                                   |                                 |                                |
| Fumeur, femmes                                     | -0,10                                   | -0,33, 0,12                     | -0,02                          | -0,05                                      | -0,38, 0,28                     | 0,00                           | -0,14                             | -0,31, 0,04                     | -0,02                          |
| Fumeur, 25-44                                      | -0,58*                                  | -0,86, -0,30                    | -0,09                          | -1,13*                                     | -1,56, -0,70                    | -0,10                          | -0,40*                            | -0,65, -0,14                    | -0,07                          |
| Fumeur, 45-64                                      | -0,89*                                  | -1,18, -0,61                    | -0,10                          | -1,79*                                     | -2,24, -1,34                    | -0,12                          | -0,55*                            | -0,84, -0,27                    | -0,07                          |
| Fumeur, 65+  | -1,93*                                  | -2,42, -1,44                    | -0,12                          | -2,66*                                     | -3,30, -2,03                    | -0,10                          | -0,58*                            | -0,94, -0,23                    | -0,04                          |
| Fumeur n'ayant pas de diplôme d'études secondaires | -0,32*                                  | -0,61, -0,02                    | -0,04                          | 0,01                                       | -0,44, 0,47                     | 0,00                           | -0,25*                            | -0,48, -0,02                    | -0,04                          |
| Fumeur ayant un diplôme d'études secondaires       | -0,05                                   | -0,35, 0,25                     | -0,01                          | -0,11                                      | -0,55, 0,32                     | -0,01                          | -0,17                             | -0,41, 0,07                     | -0,02                          |
| Fumeur ayant fait certaines études postsecondaires | -0,13                                   | -0,42, 0,15                     | -0,02                          | -0,35                                      | -0,76, 0,07                     | -0,02                          | -0,05                             | -0,28, 0,18                     | -0,01                          |
| Fumeur à Terre-Neuve                               | -0,30                                   | -0,67, 0,06                     | -0,01                          | 0,02                                       | -0,67, 0,70                     | 0,00                           | 0,18                              | -0,08, 0,45                     | 0,01                           |
| Fumeur à l'Île-du-Prince-Édouard                   | -0,12                                   | -0,46, 0,22                     | 0,00                           | 0,44                                       | -0,20, 1,07                     | 0,00                           | 0,08                              | -0,24, 0,41                     | 0,00                           |
| Fumeur en Nouvelle-Écosse                          | -0,31                                   | -0,80, 0,18                     | -0,01                          | 0,45                                       | -0,28, 1,18                     | 0,01                           | -0,24                             | -0,63, 0,15                     | -0,01                          |
| Fumeur au Nouveau-Brunswick                        | -0,02                                   | -0,42, 0,37                     | 0,00                           | 0,34                                       | -0,31, 1,00                     | 0,01                           | -0,01                             | -0,28, 0,25                     | 0,00                           |
| Fumeur au Québec                                   | -0,42*                                  | -0,72, -0,12                    | -0,05                          | 0,32                                       | -0,11, 0,74                     | 0,02                           | -0,65*                            | -0,89, -0,41                    | -0,09                          |
| Fumeur au Manitoba                                 | -0,08                                   | -0,29, 0,14                     | 0,00                           | -0,11                                      | -0,49, 0,27                     | 0,00                           | -0,22*                            | -0,40, -0,03                    | -0,01                          |
| Fumeur en Saskatchewan                             | 0,16                                    | -0,20, 0,52                     | 0,01                           | 0,44                                       | -0,19, 1,08                     | 0,01                           | 0,08                              | -0,29, 0,44                     | 0,00                           |
| Fumeur en Alberta                                  | 0,03                                    | -0,30, 0,36                     | 0,00                           | 0,05                                       | -0,51, 0,60                     | 0,00                           | -0,50*                            | -0,81, -0,18                    | -0,04                          |
| Fumeur en Colombie-Britannique                     | -0,33                                   | -0,70, 0,04                     | -0,03                          | -0,19                                      | -0,86, 0,47                     | -0,01                          | 0,31*                             | -0,61, -0,02                    | 0,03                           |
| <b>Coordonnée à l'origine</b>                      | 9,75                                    | 9,63, 9,88                      | 0,00                           | 8,24                                       | 8,00, 8,49                      | 0,00                           | 9,50                              | 9,39, 9,61                      | 0,00                           |

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

<sup>†</sup> Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives.

<sup>‡</sup> Catégorie de référence

<sup>§</sup> Les limites de l'intervalle de confiance incluent zéro due à l'arrondissement.

\* Significatif pour  $\alpha = 0,05$

Tableau B  
Cotes moyennes non corrigées des attitudes à l'égard du tabac†, Canada, territoires non compris, 1996-1997

|  | Effets de l'usage du tabac sur la santé | Effets de la fumée secondaire sur la santé | Importance des milieux sans fumée |
|--|---|--|-----------------------------------|
| <b>Âge selon la catégorie d'usage du tabac</b>                 |   |  |                                   |
| 12-24, non-fumeur  | 9,4                                     | 7,6  | 9,2                               |
| 25-44, non-fumeur  | 9,5                                     | 7,7  | 9,3                               |
| 45-64, non-fumeur  | 9,4                                     | 7,5  | 9,2                               |
| 65+, non-fumeur  | 9,0                                     | 7,0  | 9,1                               |
| 12-24, fumeur  | 9,1                                     | 6,8  | 8,4                               |
| 25-44, fumeur  | 8,7                                     | 5,8  | 8,1                               |
| 45-64, fumeur  | 8,3                                     | 5,0  | 7,9                               |
| 65+, fumeur  | 6,8                                     | 3,6  | 7,7                               |
| <b>Niveau de scolarité selon la catégorie d'usage du tabac</b> |   |  |                                   |
| <b>Non-fumeur :</b>  |   |  |                                   |
| Pas de diplôme d'études secondaires                            | 9,2                                     | 7,2  | 9,0                               |
| Diplôme d'études secondaires                                   | 9,4                                     | 7,5  | 9,1                               |
| Certaines études post-secondaires                              | 9,4                                     | 7,6  | 9,3                               |
| Diplôme d'études post-secondaires                              | 9,6                                     | 7,8  | 9,4                               |
| <b>Fumeur :</b>  |   |  |                                   |
| Pas de diplôme d'études secondaires                            | 8,2                                     | 5,6  | 7,8                               |
| Diplôme d'études secondaires                                   | 8,7                                     | 5,6  | 8,0                               |
| Certaines études post-secondaires                              | 8,7                                     | 5,6  | 8,2                               |
| Diplôme d'études post-secondaires                              | 8,8                                     | 5,9  | 8,3                               |
| <b>Province</b>  |   |  |                                   |
| Terre-Neuve  | 9,2                                     | 7,6  | 9,1                               |
| Île-du-Prince-Édouard  | 9,3                                     | 7,0  | 9,1                               |
| Nouvelle-Écosse  | 9,1                                     | 7,1  | 9,1                               |
| Nouveau-Brunswick  | 9,2                                     | 7,3  | 9,0                               |
| Québec   | 8,7                                     | 5,9  | 8,3                               |
| Ontario  | 9,4                                     | 7,5  | 9,1                               |
| Manitoba   | 9,4                                     | 7,2  | 9,1                               |
| Saskatchewan   | 9,1                                     | 7,0  | 9,0                               |
| Alberta  | 9,3                                     | 7,2  | 9,1                               |
| Colombie-Britannique   | 9,3                                     | 7,3  | 9,1                               |
| <b>Sexe selon la catégorie d'usage du tabac</b>                |   |  |                                   |
| Hommes, non-fumeur   | 9,4                                     | 7,6  | 9,2                               |
| Femmes, non-fumeur   | 9,4                                     | 7,5  | 9,2                               |
| Hommes, fumeur   | 8,6                                     | 5,7  | 8,1                               |
| Femmes, fumeur   | 8,5                                     | 5,6  | 8,0                               |

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

† Les cotes sont d'autant plus élevées que les attitudes à l'égard du tabac sont négatives. La fourchette de valeurs possibles va de 0 à 10.

# Quels sont les travailleurs qui fument?

Leslie A. Gaudette, Anne Richardson et Sara Huang

## Résumé

### Objectifs

Le présent article décrit comment varient la prévalence et l'intensité de la consommation quotidienne de cigarettes selon la profession chez les travailleurs à plein temps, ainsi que l'association entre cette variation et les restrictions concernant l'usage du tabac au travail.

### Source des données

La plupart des données proviennent du supplément à l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 parrainé par Santé Canada. L'analyse porte sur 5 674 personnes de 15 à 64 ans qui travaillaient à plein temps au moment de l'entrevue. On a tiré des données comparables de l'Enquête santé Canada de 1978-1979 et du supplément sur l'usage du tabac à l'Enquête sur la population active de 1986.

### Principaux résultats

En 1994-1995, 28 % des travailleurs à plein temps fumaient quotidiennement et environ le tiers de ceux-ci consommaient au moins 25 cigarettes par jour. C'est chez les cols blancs que la prévalence et l'intensité du tabagisme étaient les plus faibles et chez les cols bleus qu'elles étaient les plus fortes. Depuis 1978-1979, on constate une diminution globale de la prévalence du tabagisme et, depuis 1986, une diminution de l'intensité du tabagisme chez tous les travailleurs, sauf les cols bleus travaillant en plein air. Environ six travailleurs à plein temps sur 10 fumant quotidiennement faisaient face à leur travail à des restrictions concernant le tabac.

### Mots-clés

Usage du tabac, renoncement au tabac, intensité de l'usage du tabac, profession, hygiène et sécurité au travail.

### Auteurs

Leslie A. Gaudette (613) 951-4381, lgaudet@statcan.ca travaille à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6. Anne Richardson et Sara Huang ont travaillé à la Division des statistiques sur la santé dans le cadre d'un programme d'enseignement coopératif de l'Université de Waterloo.

Col blanc, col rose, col bleu, ces expressions imagées illustrent les diverses formes d'emploi que peut occuper une personne. Elles reflètent aussi des statuts socioéconomiques et des milieux de travail différents. Par contre, le fait que ces grandes catégories professionnelles soient associées à des profils distincts d'usage du tabac est moins évident.

Selon des études antérieures, l'usage du tabac varie en fonction de la catégorie professionnelle. Plus précisément, la prévalence du tabagisme est plus forte chez les cols bleus que chez les professionnels<sup>1-5</sup>. Cependant, peu de travaux de recherche ont été réalisés au Canada sur le lien entre la profession et l'usage du tabac<sup>5</sup>.

Le présent article, fondé sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, porte sur les travailleurs à plein temps qui fument quotidiennement (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*). On y analyse, selon la profession, la prévalence de l'usage du tabac, la quantité de cigarettes fumées, les efforts en vue de fumer moins ou d'arrêter de fumer et les restrictions concernant l'usage du tabac au travail.

## Méthodologie

### Source des données

La plupart des données du présent article sont tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 réalisée par Statistique Canada dans les 10 provinces. L'analyse exclut les personnes recevant des soins de longue durée dans les hôpitaux et les établissements de soins pour bénéficiaires internes et les résidents du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

L'échantillon de l'ENSP de 1994-1995 couvrant les provinces, exclusion faite du volet institutionnel, comprenait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. Après un tri de sélection, 20 275 faisaient encore partie du champ de l'enquête<sup>6,7</sup>. Une personne bien informée de chaque ménage participant a fourni des renseignements généraux sur les caractéristiques socio-démographiques et sur la santé de chaque membre du ménage. En tout, on a recueilli des données sur 58 439 personnes. Cette base de données constitue le « Fichier général ».

En outre, dans chacun des 20 275 ménages participants, on a choisi au hasard une personne à laquelle on a demandé de fournir des renseignements détaillés sur sa santé. Dans 18 342 de ces ménages, la personne choisie avait 12 ans et plus. Le taux de réponse de ces personnes au questionnaire détaillé sur la santé se chiffrait à 96,1 %, soit 17 626 personnes. La base de données ainsi constituée, le « Fichier santé », comprend les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les données du Fichier général sur les personnes qui ont fourni les renseignements.

Parmi les 17 626 personnes de 12 ans et plus sélectionnées au hasard, 14 786 étaient des membres admissibles du panel longitudinal de l'ENSP. Ces personnes répondaient aussi aux critères pour participer au supplément parrainé par Santé Canada. Le taux de réponse aux questions du supplément était de 90,6 %, soit un échantillon de 13 400 personnes. La base de données contenant les renseignements du supplément de Santé Canada, ainsi que les données du Fichier général et du Fichier santé sur les personnes qui ont fourni ces renseignements porte le nom de « Fichier supplément ».

L'analyse présentée ici porte sur 5 674 personnes (représentant environ 10,6 millions de Canadiens) qui ont répondu aux questions du supplément de Santé Canada. Ces personnes avaient de 15 à 64 ans, travaillaient à plein temps le jour de l'entrevue, et 1 640 d'entre elles fumaient tous les jours. Par conséquent, les résultats pourraient différer légèrement de ceux déclarés pour l'ensemble des Canadiens<sup>8</sup>.

Outre les données de l'ENSP, on présente ici des données provenant de l'Enquête santé Canada (ESC) de 1978-1979 et du supplément sur l'usage du tabac de l'Enquête sur la population active

(EPA) de 1986 pour illustrer les tendances chronologiques. Le questionnaire sur les habitudes de vie et votre santé, une composante de l'ESC, comptait en tout 20 726 personnes, dont 10 584 travailleurs de 15 à 64 ans. Le taux de réponse global se chiffrait à 87 %<sup>9</sup>. L'échantillon du supplément sur l'usage du tabac de l'EPA comptait 30 799 adultes de 15 ans et plus; 16 764 de ces personnes travaillaient et avaient entre 15 et 64 ans<sup>9</sup>. (Les comparaisons entre les données de 1994-1995 et celles des années antérieures portent à la fois sur les travailleurs à plein temps et à temps partiel. Pour ces comparaisons, l'échantillon de l'ENSP comprend 7 023 personnes.)

### Techniques d'analyse

Toutes les estimations sont pondérées pour représenter la population à la date de l'enquête. On a appliqué la méthode *bootstrap* pour calculer le coefficient de variation pour chaque pourcentage estimatif. Dans chaque tableau ou graphique, on précise quelles estimations ont un coefficient de variation supérieur à 16,6 %. On a également appliqué la méthode *bootstrap* pour calculer les écarts-types pour les différences entre deux proportions ( $p = 0,05$ ). Enfin, on a appliqué une technique de Bonferroni pour effectuer les comparaisons multiples, en fixant la probabilité à 0,05.

Pour analyser le profil de l'usage du tabac dans les diverses catégories professionnelles, on a attribué à l'emploi principal de chaque personne interrogée un des 22 codes professionnels établis d'après les manuels de 1970 et de 1980 de la *Classification type des professions*<sup>7,10,11</sup>, puis, on les a reclassifiés en 11 catégories. Un regroupement supplémentaire a permis de créer quatre grandes catégories, à savoir les emplois de col blanc, les emplois de col rose, les emplois de col bleu en plein air et les emplois intérieurs de col bleu.

On a évalué la prévalence de l'usage du tabac, l'intensité de l'usage du tabac, les efforts en vue de fumer moins ou d'arrêter de fumer et les restrictions de l'usage du tabac au travail selon la catégorie professionnelle et selon le sexe pour les travailleurs à plein temps (voir *Définitions*). Pour mettre les résultats en contexte, on a aussi calculé la prévalence de l'usage quotidien du tabac chez les travailleurs à temps partiel, chez les travailleurs dont l'horaire de travail est irrégulier (par opposition à l'horaire normal de travail durant la semaine) et chez les personnes n'occupant pas un emploi rémunéré à l'heure actuelle (personnes qui s'occupent des membres de leur famille, qui poursuivent des études, qui cherchent du travail, qui sont à la retraite, qui sont malades ou qui souffrent d'une incapacité)<sup>7</sup>.

## Définitions

Pour qu'on puisse classer les fumeurs, le questionnaire de l'ENSP de 1994-1995 comportait les questions suivantes :

1. Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?
2. Avez-vous déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque?  
Les *fumeurs quotidiens* sont les personnes qui ont répondu « tous les jours » à la question 1, les *fumeurs occasionnels*, celles qui ont répondu « à l'occasion » à la question 1. Les *anciens fumeurs* sont les personnes qui ont répondu « jamais » à la question 1 et « oui » à la question 2.

Aux personnes qui fumaient tous les jours au moment de l'entrevue, on a demandé : « Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour? »

Pour évaluer *l'intensité de l'usage du tabac*, on a réparti les réponses à cette question en deux catégories, en considérant les personnes fumant au moins 25 cigarettes par jour comme des gros fumeurs.

Le supplément à l'ENSP parrainé par Statistique Canada contenait des questions sur les efforts de ceux qui fument actuellement pour arrêter de fumer ou pour fumer moins : « Avez-vous essayé de cesser de fumer au cours des 12 derniers mois? » et « Fumez-vous moins maintenant qu'il y a 12 mois? » On a aussi demandé à ces mêmes personnes si elles se heurtent à des restrictions dans ce domaine : « De nos jours, il y a beaucoup de restrictions concernant les endroits où il est permis de fumer. Dans vos activités quotidiennes, où existe-t-il des restrictions qui vous empêchent de fumer? » L'intervieweur n'a pas lu une liste, mais a coché les réponses appropriées parmi les suivantes : à la maison, chez des amis ou des parents; dans des endroits publics, au travail; à l'école; durant une activité sportive ou de loisir; durant le transport; tout autre endroit (précisez); rien de ce qui précède.

Aux personnes qui ont travaillé contre rémunération ou en vue d'un bénéfice à un moment donné au cours des 12 derniers mois, on a posé plusieurs questions sur le nombre d'heures de travail, l'emploi et les périodes d'emploi au cours de la dernière année jusqu'à concurrence de six emplois. Puis pour la liste d'emplois, on leur a demandé de préciser « quel était votre emploi principal? » pour déterminer la profession. On s'est appuyé sur les réponses à deux autres questions : « En pensant à cet emploi principal, quel genre de travail faisiez-vous? » et « Dans ce travail, quelles étaient vos fonctions les plus importantes? » Aux fins de la présente analyse, on a classé les emplois en quatre catégories, à savoir les

emplois de col blanc, les emplois de col rose, les emplois de col bleu travaillant en plein air et les emplois de col bleu exercés à l'intérieur. Les travailleurs de plein air des secteurs de la pêche, de la foresterie et de l'agriculture ont été regroupés, parce qu'ils sont les moins susceptibles d'être touchés par les interdictions de fumer<sup>6,9</sup> (voir le tableau A en annexe).

Les catégories d'activité professionnelle, déterminées au moyen d'une variable dérivée de l'ENSP, correspondent à « travaille à l'heure actuelle », « ne travaille pas à l'heure actuelle, mais a un emploi », « n'a pas travaillé les 12 derniers mois », « sans objet » ou « non déclaré ». On s'est servi d'une autre variable dérivée, à savoir le nombre d'heures consacrées à l'emploi principal, pour déterminer si une personne travaillait « à plein temps » (au moins 30 heures par semaine) ou « à temps partiel » (moins de 30 heures par semaine) dans le cadre de son emploi principal. Le nombre pondéré de participants à l'ENSP de 15 à 64 ans travaillant à l'heure actuelle (à plein temps ainsi qu'à temps partiel) concorde de près avec les estimations de l'emploi pour 1994 calculées d'après les données de l'Enquête sur la population active : 13,3 millions contre 13,1 millions.

On a évalué le travail par quarts au moyen d'une variable dérivée, à savoir le type d'horaire de travail pour l'emploi principal. Dans le présent article, on définit le « quart normal de travail durant la semaine » comme étant « un quart normal — sans quart fin de semaine ». Toute autre réponse (y compris le travail par quart normal avec fin de semaine, le travail par quart rotatif, les horaires de travail irréguliers ou sur appel, ou autre) a été classée dans la catégorie des « horaires irréguliers ».

On a demandé aux personnes qui ont participé à l'enquête : « Que considérez-vous comme étant votre principale activité en ce moment? » Les réponses possibles étaient : prendre soin de la famille, travailler contre rémunération ou en vue d'un bénéfice; soin de la famille et travail contre rémunération ou en vue d'un bénéfice; études; convalescence/état d'invalidité; recherche d'un emploi; retraite; autre. On s'est servi des réponses à cette question et aux questions sur l'activité pour déterminer d'abord si les membres de l'échantillon travaillaient à l'heure actuelle (puisque certaines personnes occupées au moment de l'entrevue ont indiqué une autre activité comme étant leur activité principale), puis s'ils s'occupaient de membres de la famille, allaient à l'école, étaient en convalescence ou en état d'invalidité, cherchaient du travail, étaient à la retraite, ou étaient dans une autre situation.

Naturellement, la profession est fortement liée à deux autres déterminants du statut socioéconomique – le niveau de scolarité et le revenu – qui ont l'un et l'autre un effet sur l'usage du tabac<sup>9,12</sup>. Il est donc important de comprendre comment l'usage du tabac varie selon la profession pour planifier les programmes de promotion de la santé en milieu de travail.

### Usage du tabac et modalités de travail

Parmi les 10,6 millions de Canadiens de 15 à 64 ans qui travaillaient à plein temps en 1994-1995, plus d'un sur quatre (28 %) fumait quotidiennement (tableau 1). Il y a proportionnellement un peu plus de fumeurs quotidiens chez les jeunes travailleurs que chez ceux de 45 ans et plus (données non présentées). Alors que 29 % de travailleurs à plein temps de 15 à 44 ans fument tous les jours, cette proportion passe à 25 % chez ceux de 45 à 64 ans.

La prévalence de l'usage quotidien du tabac varie selon le nombre d'heures de travail et selon l'horaire de travail. Elle est plus forte chez les personnes qui ont un horaire de travail irrégulier ou qui travaillent

par quart, y compris les fins de semaine (29 %) que chez les personnes qui ont un horaire normal de travail, durant la semaine (25 %). Cependant, la prévalence de l'usage quotidien du tabac est, comparativement, plus faible chez les travailleurs à temps partiel (24 %) (graphique 1).

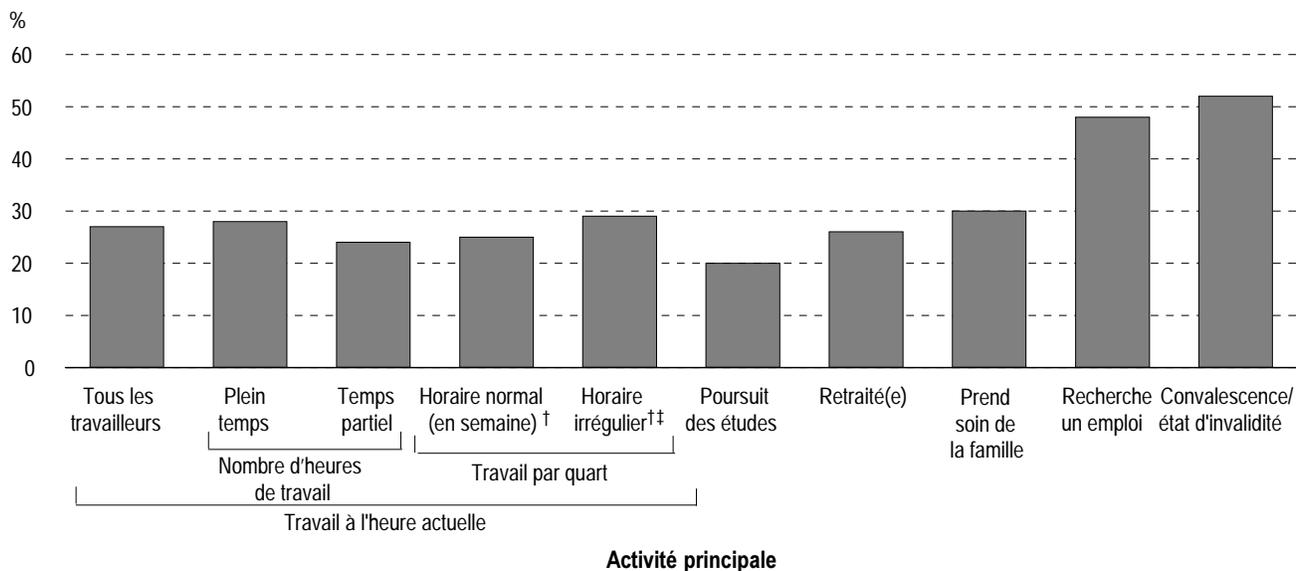
Les personnes dont l'activité principale consiste à chercher un emploi ou qui sont malades ou en état d'incapacité sont celles qui fument le plus de façon quotidienne (48 % et 52 %, respectivement). Ces observations corroborent les résultats d'études antérieures indiquant que le taux d'usage du tabac est plus prononcé chez les chômeurs<sup>2</sup>.

### Taux élevé d'usage du tabac chez les cols bleus

En 1994-1995, parmi les travailleurs à plein temps, c'est chez les cols bleus, catégorie dominée par les hommes, que l'on trouve la plus forte prévalence de l'usage quotidien du tabac. La forte prévalence de l'usage du tabac chez les travailleurs de la construction, du transport et de l'exploitation minière (43 %) rejoint presque celle observée chez

Graphique 1

Prévalence de l'usage quotidien du tabac, selon l'activité principale, personnes de 15 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier supplément

† Inclut les travailleurs à plein temps ainsi qu'à temps partiel.

‡ Soirées, fin de semaine, travail par quart

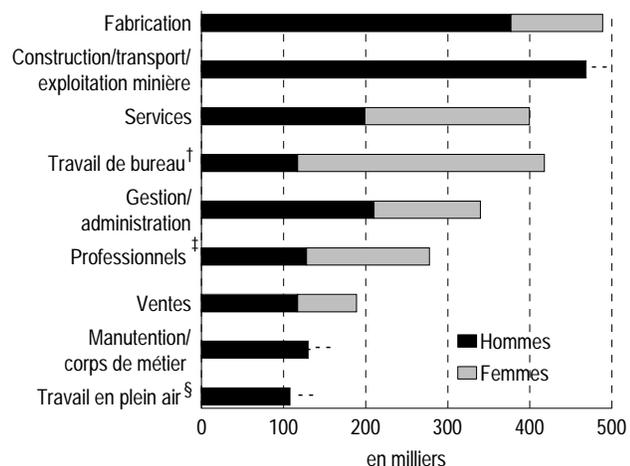
les personnes dont l'activité principale consiste à chercher un emploi (48 %). Cette prévalence était un peu plus faible pour les cols roses, catégorie dominée par les femmes, et c'est pour la catégorie des emplois de col blanc, qui regroupe les professionnels et les cadres, qu'elle était la plus faible (tableau 1). Les études antérieures montrent aussi que la prévalence de l'usage du tabac diminue quand le niveau professionnel augmente<sup>1,2,4</sup>.

Dans l'ensemble, chez ceux qui travaillent, la prévalence de l'usage quotidien du tabac est plus forte pour les hommes que pour les femmes. Cependant, pour la plupart des professions et chez les gens qui travaillent, les taux de tabagisme sont similaires pour les hommes et les femmes. La seule exception – un taux en apparence supérieur chez les femmes dans le secteur de la fabrication – n'est pas statistiquement significative.

Les professions où la prévalence de l'usage du tabac est forte ne sont pas nécessairement celles qui comptent le plus grand nombre de fumeurs, donc, celles qui comportent le plus grand potentiel en ce qui concerne la réduction du nombre global de travailleurs qui fument (graphique 2). En 1994-1995,

Graphique 2

**Nombre de fumeurs quotidiens, selon le sexe et la profession, travailleurs à plein temps de 15 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995**



**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier supplément

† Coefficient de variation élevé pour les hommes de 16,6 % à 25,0 %

‡ Scientifiques, autres professionnels

§ Foresterie, agriculture, pêche

-- Nombres infimes

Tableau 1

**Prévalence de l'usage quotidien du tabac, selon le sexe et la profession, personnes de 15 à 64 ans, travailleurs à plein temps, Canada, territoires non compris, 1994-1995**

| Profession                                  | Nombre de personnes travaillant à plein temps<br>en milliers | Fumeurs quotidiens |           |           |
|---|--|--------------------|-----------|-----------|
|   |  | Les deux sexes     | Hommes    | Femmes    |
| <b>Toutes les professions†</b>              | <b>10 600</b>  | <b>28</b>          | <b>29</b> | <b>25</b> |
| <b>Cols blancs</b>                          | <b>3 524</b>   | <b>18</b>          | <b>17</b> | <b>18</b> |
| Gestion/administration                      | 1 709  | 20                 | 19        | 21        |
| Sciences                                    | 646  | 16                 | 15‡       | --        |
| Autres professionnels                       | 1 169  | 15                 | --        | 16        |
| <b>Cols roses</b>                           | <b>3 442</b>   | <b>29</b>          | <b>29</b> | <b>29</b> |
| Travail de bureau                           | 1 445  | 29                 | 29‡       | 29        |
| Ventes                                      | 782  | 24                 | 24        | 24        |
| Services                                    | 1 215  | 33                 | 33        | 32        |
| <b>Cols bleus travaillant à l'intérieur</b> | <b>1 816</b>   | <b>35</b>          | <b>34</b> | <b>40</b> |
| Fabrication                                 | 1 424  | 34                 | 33        | 41        |
| Manutention/corps de métier                 | 391  | 39                 | 39        | --        |
| <b>Cols bleus travaillant en plein air</b>  | <b>1 533</b>   | <b>39</b>          | <b>40</b> | --        |
| Travail en plein air§                       | 419  | 28                 | 30        | --        |
| Construction/transport/exploitation minière | 1 114  | 43                 | 43        | --        |
| Non déclaré                                 | 286  | --                 | --        | --        |

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier supplément

† Inclut les cas de non-déclaration

‡ Coefficient de variation élevé de 16,6 % à 25,0 %

§ Foresterie, agriculture, pêche

-- Nombres infimes

Tableau 2

**Pourcentage de travailleurs à plein temps de 15 à 64 ans qui fument tous les jours et se heurtent à des restrictions de l'usage du tabac au travail et dans les lieux publics, selon la profession, Canada, territoires non compris, 1994-1995**

| Profession                                  | Se heurtent à des restrictions de l'usage du tabac |                        |
|---|--|------------------------|
|   | au travail   | dans les lieux publics |
| <b>Toutes les professions</b>               | <b>58</b>  | <b>59</b>              |
| Gestion/administration                      | 60   | 60                     |
| Sciences                                    | 74   | 62                     |
| Autres professionnels                       | 73   | 54                     |
| Travail de bureau                           | 79   | 59                     |
| Ventes                                      | 51   | 67                     |
| Services                                    | 55   | 62                     |
| Fabrication                                 | 59   | 54                     |
| Manutention/corps de métier                 | 64   | 60                     |
| Travail en plein air†                       | --   | 65                     |
| Construction/transport/exploitation minière | 40   | 56                     |

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier supplément

† Foresterie, agriculture, pêche

-- Nombres infimes

## Interdiction de fumer au travail

Selon une étude récente<sup>5</sup>, 80 % de travailleurs canadiens faisaient face en 1994, à des restrictions au travail en matière d'usage du tabac, soit une proportion deux fois plus forte qu'en 1986. Moins de 10 % faisaient face à une interdiction absolue de fumer à leur travail en 1986, mais, en 1994, ce pourcentage avait quadruplé<sup>5</sup>. Cette année-là, une plus forte proportion de travailleurs a fait l'objet d'une interdiction absolue que d'une interdiction partielle de fumer en Colombie-Britannique, en Ontario et dans les provinces atlantiques. L'Ontario, où presque la moitié des travailleurs se sont vu interdire totalement de fumer, occupait la première place. En revanche, au Québec, à peine le quart des travailleurs ont dit être visés par une interdiction absolue de fumer. Conjugée aux taux élevés d'usage du tabac dans cette province, cette situation pourrait refléter une attitude plus permissive à l'égard du tabac<sup>5</sup>. (Voir *Attitudes à l'égard du tabac* dans ce numéro.)

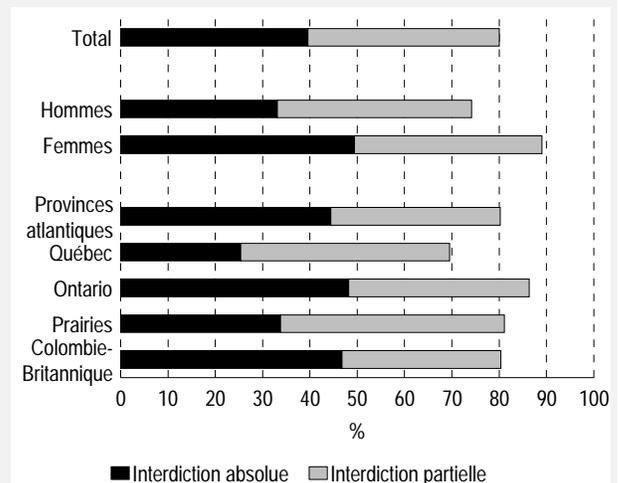
Les premières politiques limitant l'usage du tabac en milieu de travail avaient pour objet de prévenir l'endommagement des machines et la contamination des produits, de réduire les risques d'incendie et d'éviter les réactions négatives des clients<sup>13</sup>. Toutefois, après qu'on ait reconnu les risques que pose la fumée de tabac dans l'air ambiant, appelée plus couramment fumée secondaire, les interdictions de fumer ont visé surtout à protéger les non-fumeurs<sup>3,14</sup> et à réduire le risque d'action en justice contre les employeurs. On a estimé récemment qu'au Canada, un fumeur occasionne pour son employeur une dépense annuelle supplémentaire de 2 565 \$, ce qui comprend le coût de l'augmentation de l'absentéisme, de la diminution de la productivité, de l'augmentation des primes d'assurance-vie et de la création de zones fumeurs<sup>15</sup>.

Les restrictions de fumer au travail peuvent aider les fumeurs à renoncer au tabac<sup>16-20</sup>. La plupart des études montre que la prévalence de l'usage du tabac diminue légèrement après l'instauration de restrictions ou d'interdictions de fumer, et que la consommation de cigarettes diminue de quatre ou cinq cigarettes par journée de travail chez les travailleurs qui fument<sup>16,20-26</sup>. Les auteurs d'une étude ont calculé que cette diminution de la consommation équivaut à peu près à 55 paquets de moins par an<sup>27</sup>. C'est sur les personnes qui veulent arrêter de fumer<sup>19</sup>, les gros fumeurs<sup>17,20</sup> et les personnes qui travaillent plus de 50 heures par semaine<sup>21</sup> que les restrictions de l'usage du tabac au travail ont les effets les plus importants.

La législation fédérale sur l'usage du tabac dans les lieux publics et au travail est régie par la Loi sur la santé des non-fumeurs (1988) et le Règlement sur la santé des non-fumeurs<sup>28</sup>. En Ontario et à Terre-Neuve, la législation provinciale contrôle ou interdit l'usage du tabac en milieu de travail. En outre, toutes les provinces, sauf la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard, autorisent les municipalités à produire des arrêtés<sup>28</sup> qui contrôlent l'usage du tabac au travail et dans les lieux publics, comme les hôpitaux, les restaurants, les points de vente et les transports en commun<sup>29</sup>.

Cependant, la définition de l'expression « lieu de travail » n'est pas uniforme dans les législations provinciales. Par lieu de travail, on entend en général uniquement les espaces intérieurs ou les bureaux, plutôt que tout lieu de travail. Par conséquent, les interdictions ne couvrent ordinairement pas les emplois où le travail s'effectue en plein air.

**Pourcentage de travailleurs touchés par les restrictions de l'usage du tabac au travail, selon le sexe et la région, Canada, 1994**



Source des données : Référence 5

44 % des hommes travaillant à plein temps et qui fumaient tous les jours (environ 850 000) travaillaient dans le secteur de la fabrication ou dans celui de la construction, du transport et de l'exploitation minière. Ensemble, les secteurs du travail de bureau et des services employaient 49 % des travailleuses qui fumaient quotidiennement (environ 500 000).

### Des mesures restreignant l'usage du tabac au travail pour la majorité

Environ six travailleurs à plein temps sur 10 (58 %) qui fument quotidiennement font face à des restrictions au travail, soit presque la même proportion que ceux qui font face à des restrictions dans les lieux publics (60 %) (tableau 2). Cependant, alors que les restrictions de fumer au travail varient selon la profession, celles observées dans les lieux publics varient beaucoup moins.

Une plus forte proportion de fumeuses que de fumeurs (69 % contre 52 %) ont fait face à des restrictions au travail, mais des proportions égales d'hommes et de femmes ont fait état de ce genre de restrictions dans les lieux publics (données non présentées). Ce fait n'est pas surprenant, puisque les femmes sont plus susceptibles que les hommes de travailler à l'intérieur, où les interdictions de fumer sont plus courantes (voir *Interdiction de fumer au travail*). Les restrictions au travail affectent proportionnellement plus les employés de bureau (79 %), les scientifiques (74 %) et les autres professionnels (73 %), qui travaillent souvent dans des immeubles de bureaux. En outre, des proportions assez fortes de travailleurs du secteur de la manutention et des corps de métier (64 %) et du secteur de la fabrication (59 %) font état de restrictions, probablement parce qu'ils travaillent à

Tableau 3

Prévalence de l'usage quotidien du tabac, selon le sexe et la profession, travailleurs à plein temps et à temps partiel de 15 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 1978-1979, 1986 et 1994-1995

| Profession                                  | Les deux sexes |           |           | Hommes    |           |                 | Femmes                |                 |           |
|---|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------|
|   | 1978-1979      | 1986      | 1994-1995 | 1978-1979 | 1986      | 1994-1995       | 1978-1979             | 1986            | 1994-1995 |
| <b>Total des travailleurs (en milliers)</b> | 9 687          | 11 420    | 13 320    | 6 090     | 6 470     | 7 357           | 3 597                 | 4 950           | 5 961     |
|   | %              |           |           | %         |           |                 | %                     |                 |           |
| <b>Total</b>                                | <b>42</b>      | <b>30</b> | <b>27</b> | <b>44</b> | <b>32</b> | <b>29</b>       | <b>37</b>             | <b>28</b>       | <b>25</b> |
| <b>Cols blancs</b>                          | <b>32</b>      | <b>22</b> | <b>18</b> | <b>35</b> | <b>24</b> | <b>17</b>       | <b>28</b>             | <b>21</b>       | <b>19</b> |
| Gestion/administration                      | 36             | 26        | 21        | 36        | 25        | 19              | 34                    | 29              | 23        |
| Sciences                                    | 31             | 20        | 17        | 33        | 21        | 16 <sup>†</sup> | 24 <sup>†</sup>       | 20 <sup>†</sup> | --        |
| Autres professionnels                       | 30             | 19        | 15        | 35        | 22        | 14 <sup>†</sup> | 27                    | 17              | 16        |
| <b>Cols roses</b>                           | <b>43</b>      | <b>31</b> | <b>27</b> | <b>44</b> | <b>31</b> | <b>27</b>       | <b>41</b>             | <b>31</b>       | <b>28</b> |
| Travail de bureau                           | 39             | 32        | 28        | 39        | 36        | 30 <sup>†</sup> | 39                    | 31              | 27        |
| Ventes                                      | 44             | 27        | 23        | 46        | 26        | 22              | 40                    | 27              | 23        |
| Services                                    | 46             | 34        | 30        | 45        | 34        | 29              | 47                    | 35              | 31        |
| <b>Cols bleus travaillant à l'intérieur</b> | <b>46</b>      | <b>37</b> | <b>34</b> | <b>48</b> | <b>39</b> | <b>33</b>       | <b>37</b>             | <b>30</b>       | <b>36</b> |
| Fabrication                                 | 47             | 37        | 34        | 49        | 39        | 33              | 38                    | 30              | 38        |
| Manutention/corps de métier                 | 42             | 35        | 35        | 44        | 36        | 36              | 33 <sup>†</sup>       | 30              | --        |
| <b>Cols bleus travaillant en plein air</b>  | <b>49</b>      | <b>35</b> | <b>38</b> | <b>49</b> | <b>36</b> | <b>40</b>       | <b>38<sup>†</sup></b> | <b>24</b>       | <b>--</b> |
| Travail en plein air <sup>‡</sup>           | 38             | 25        | 28        | 38        | 27        | 31              | --                    | 19              | --        |
| Construction/transport/exploitation minière | 53             | 39        | 43        | 53        | 39        | 43              | --                    | --              | --        |

Source des données : Enquête santé Canada, 1978-1979; Enquête sur la population active, 1986; Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier supplément.

Nota : Dans le contexte de l'Enquête santé Canada, les travailleurs sont les personnes qui ont occupé un emploi n'importe quand durant les deux semaines qui ont précédé l'entrevue. Dans celui de l'Enquête sur la population active, les travailleurs sont les personnes qui ont occupé un emploi durant la semaine qui a précédé l'entrevue. Enfin, dans celui de l'Enquête nationale sur la santé de la population, les travailleurs sont les personnes qui, le jour de l'entrevue, travaillaient contre rémunération ou en vue d'en tirer profit.

<sup>†</sup> Coefficient de variation élevé de 16,6 % à 25,0 %

<sup>‡</sup> Foresterie, agriculture, pêche

-- Nombres infimes

l'intérieur, mais aussi pour protéger les machines et les produits et par mesure de sécurité lors de la manipulation de substances dangereuses ou inflammables.

En revanche, à peine plus de la moitié des fumeurs travaillant dans les ventes (51 %) et les services (55 %) se voient interdire de fumer au travail. Leurs lieux de travail – des établissements comme les restaurants et les points de vente – sont parfois des lieux publics où il est permis de fumer<sup>5</sup>. En fait, les travailleurs du secteur de l'accueil (restauration et hébergement) sont exposés à une plus forte concentration de fumée secondaire que les personnes qui travaillent dans des bureaux où il est permis de fumer : l'exposition est à peu près deux fois plus importante dans les restaurants et de quatre à six fois plus importante dans les bars<sup>30</sup>. Qui plus est, les employés du secteur des services travaillent souvent les fins de semaine ou en soirée et pour des entreprises comptant moins de 20 employés, facteurs qui sont tous associés à une plus forte prévalence de l'usage du tabac et à un moins grand nombre de restrictions<sup>31</sup>.

Dans la construction, les transports et l'exploitation minière, 40 % seulement des personnes qui fument tous les jours font face à des restrictions au travail. De plus, le nombre de travailleurs ayant un emploi de plein air est trop faible pour être présenté ici.

### L'usage du tabac diminue de façon inégale

La prévalence de l'usage quotidien du tabac a chuté considérablement chez tous les travailleurs (à plein temps ainsi qu'à temps partiel) entre 1978-1979 et 1986, mais entre 1986 et 1994-1995, le phénomène s'est ralenti (tableau 3). Le recul global reflète le fléchissement général de l'usage du tabac durant toute cette période, mais se distingue de la tendance se dessinant depuis 1990, à savoir la stabilisation ou même la hausse du tabagisme pour l'ensemble de la population<sup>14</sup>.

La diminution de la prévalence de l'usage quotidien du tabac varie différemment selon la profession. Chez les cols blancs et les cols roses, on observe une diminution importante entre 1978-1979

et 1994-1995. De même, la prévalence a diminué de 1978-1979 à 1986 chez les cols bleus. Cependant, entre 1986 et 1994-1995, les taux ont augmenté ou se sont stabilisés chez les hommes exerçant un métier manuel, sauf dans la fabrication, où le taux a diminué. En revanche, chez les femmes employées dans la fabrication, la prévalence de l'usage quotidien du tabac a augmenté. Cette observation pourrait refléter, en partie, le coefficient de variation élevé calculé pour l'estimation de 1994-1995.

Tableau 4  
Intensité de l'usage du tabac et effort en vue d'arrêter de fumer, selon la profession, travailleurs à plein temps de 15 à 64 ans qui fument quotidiennement, Canada, territoires non compris, 1994-1995

| Profession                                  | Fumeurs quotidiens<br>en milliers | Fument au moins 25 cigarettes par jour<br>% | Au cours des 12 derniers mois |                          |
|---|-----------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------|
|   |                                   |   | ont essayé de fumer<br>%      | ont arrêté de fumer<br>% |
| <b>Toutes les professions<sup>†</sup></b>   | <b>2 933</b>                      | <b>35</b>                                   | <b>33</b>                     | <b>39</b>                |
| <b>Cols blancs</b>                          | <b>618</b>                        | <b>33</b>                                   | <b>32</b>                     | <b>39</b>                |
| Gestion/administration                      | 340                               | 35  | 34                            | 40                       |
| Professionnels <sup>‡</sup>                 | 278                               | 29 <sup>§</sup>                             | 30                            | 38                       |
| <b>Cols roses</b>                           | <b>1 007</b>                      | <b>28</b>                                   | <b>34</b>                     | <b>42</b>                |
| Travail de bureau                           | 418                               | 26 <sup>§</sup>                             | 35                            | 41                       |
| Ventes                                      | 189                               | 36  | 36                            | 38                       |
| Services                                    | 400                               | 27  | 33                            | 44                       |
| <b>Cols bleus travaillant à l'intérieur</b> | <b>640</b>                        | <b>40</b>                                   | <b>30</b>                     | <b>39</b>                |
| Fabrication                                 | 489                               | 40  | 33                            | 41                       |
| Manutention/corps de métier                 | 151                               | 40 <sup>§</sup>                             | --                            | --                       |
| <b>Cols bleus travaillant en plein air</b>  | <b>592</b>                        | <b>45</b>                                   | <b>34</b>                     | <b>34</b>                |
| Travail en plein air <sup>††</sup>          | 117                               | 34 <sup>§</sup>                             | --                            | 45 <sup>§</sup>          |
| Construction/transport/exploitation minière | 475                               | 49  | 35                            | 31                       |
| Non déclaré                                 | 75                                | --  | --                            | --                       |

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995; Fichier supplément.

**Nota :** Les données ayant été arrondies, le nombre de fumeurs quotidiens peut ne pas correspondre au nombre calculé d'après les chiffres du tableau 1.

<sup>†</sup> Inclut les cas de non-déclaration

<sup>‡</sup> Sciences, autres professionnels

<sup>§</sup> Coefficient de variation élevé de 16,6 % à 25,0 %

<sup>††</sup> Foresterie, agriculture, pêche

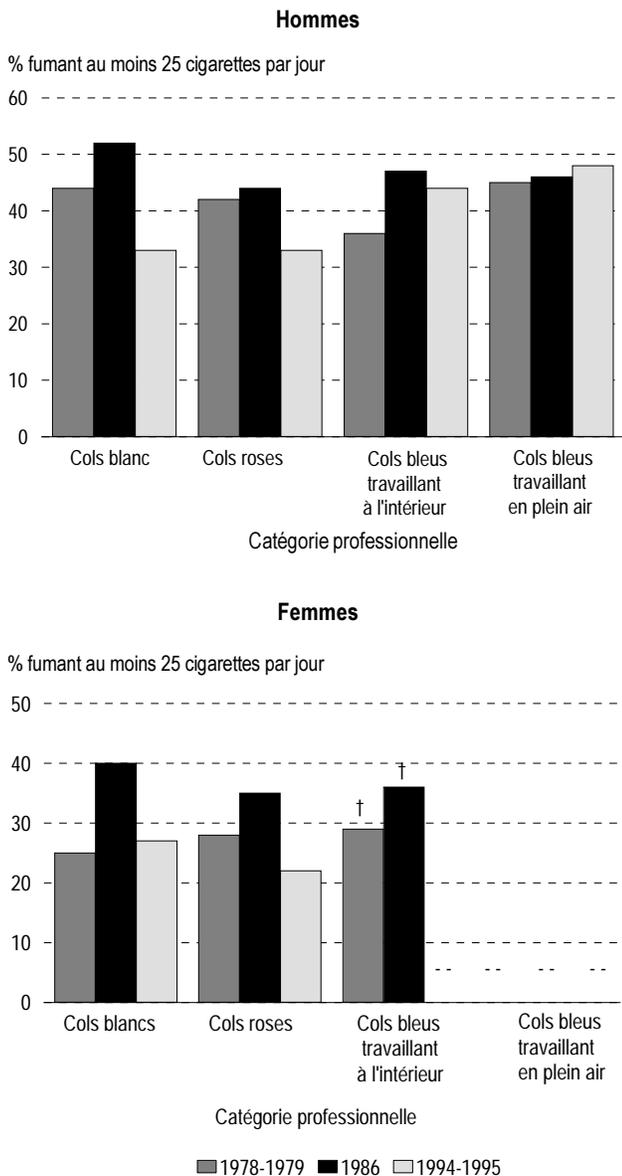
-- Nombres infimes

## Les hommes fument plus que les femmes

Parmi ceux qui travaillent à plein temps, un peu plus du tiers de ceux qui fument tous les jours sont de gros fumeurs, c'est-à-dire qui fument au moins 25 cigarettes par jour. Les hommes (40 %) sont

Graphique 3

**Personnes qui, chaque jour, fument au moins 25 cigarettes, selon le sexe et la catégorie professionnelle, travailleurs de 15 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 1978-1979, 1986 et 1994-1995**



**Source des données :** Enquête santé Canada, 1978-1979; Enquête sur la population active, 1986; Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier supplément.

† Coefficient de variation élevé de 16,6 % à 25,0 %

-- Nombres infimes

beaucoup plus susceptibles que les femmes (26 %) d'être de gros fumeurs. C'est chez les cols bleus – en majorité des hommes –, tout particulièrement dans la construction, le transport et l'exploitation minière (49 %), que l'on observe les plus fortes proportions de gros fumeurs. Les travailleurs fumant le moins appartenaient aux secteurs d'emploi où les femmes sont plus nombreuses que les hommes, comme ceux du travail de bureau (26 %) et des services (27 %) (tableau 4).

En ce qui concerne l'intensité de l'usage du tabac, la tendance est généralement la même pour les deux sexes depuis 1978-1979 (graphique 3). Dans toutes les catégories professionnelles, la proportion de gros fumeurs a augmenté entre 1978-1979 et 1986. En 1994-1995, la proportion était tombée sous la barre de 1978-1979 pour les cols blancs et les cols roses, mais avait augmenté légèrement chez les hommes faisant un travail manuel en plein air, c'est-à-dire les travailleurs les moins susceptibles d'être visés par des interdictions de fumer au travail.

La diminution de la prévalence de l'usage du tabac et l'augmentation de son intensité entre 1978-1979 et 1986 tiennent au fait que la prévalence a diminué de façon disproportionnée chez les travailleurs qui fumaient moins<sup>9</sup>, phénomène qui se traduit par une plus forte proportion de gros fumeurs parmi ceux qui ont continué de fumer. Depuis 1986, la prévalence et l'intensité de l'usage du tabac ont diminué dans la plupart des catégories d'emplois.

Les restrictions de l'usage du tabac au travail sont associées à une baisse de la consommation : 31 % des travailleurs qui faisaient face à des restrictions fumaient au moins 25 cigarettes par jour, alors que chez ceux dont la consommation de tabac n'était pas limitée, ce nombre s'élevait à 40 % (données non présentées).

### Essayer d'arrêter ou de fumer moins

Parmi ceux qui travaillent à plein temps et qui fument tous les jours, près de quatre personnes sur 10 ont essayé de cesser de fumer l'année précédente (tableau 4). Les personnes fumant tous les jours employées dans les services sont celles qui, toutes proportions gardées, sont les plus nombreuses à avoir essayé (44 %); celles employées dans le secteur

de la construction, du transport et de l'exploitation minière étaient les moins nombreuses (31 %).

Il existe un lien entre les restrictions de l'usage du tabac au travail et les tentatives de fumer moins (données non présentées). En 1994-1995, chez ceux qui fumaient tous les jours et dont l'usage du tabac au travail était limité, 36 % ont essayé de fumer moins, comparativement à 29 % chez les fumeurs qui ne se heurtaient pas à de telles restrictions. Cependant, aucune association n'a été observée entre l'interdiction de fumer et le fait d'essayer de renoncer au tabac.

### Limites

Les définitions de la population active adoptées pour l'ENSP diffèrent quelque peu de celles adoptées pour le supplément sur l'usage du tabac de l'EPA et pour l'ESC. L'analyse de l'ENSP se concentre sur le comportement à l'égard du tabac des Canadiens de 15 à 64 ans qui, le jour de l'entrevue, travaillaient contre rémunération ou en vue d'un bénéfice. Dans le cas du supplément sur l'usage du tabac de l'EPA et dans celui de l'ESC, les personnes occupées sont celles qui ont travaillé n'importe quand la semaine précédente ou durant les deux semaines précédentes, respectivement.

Le fait qu'on ait appliqué des méthodes différentes selon l'enquête pour obtenir les réponses au questionnaire pourrait limiter les comparaisons chronologiques. Par exemple, les réponses par personne interposée pourraient influencer sur les taux d'usage du tabac, en fonction de leur proportion et de la mesure dans laquelle elles diffèrent des renseignements autodéclarés concernant l'usage du tabac. Dans le cas de l'ENSP, les réponses par procuration aux questions sur l'usage du tabac ne représentaient que 4 % de l'ensemble des réponses<sup>7</sup>. Par contre, pour le supplément sur l'usage du tabac de l'EPA de 1986, cette proportion atteignait pratiquement 30 %<sup>9</sup>. Dans le cas de l'ESC, pour réduire au minimum la déclaration par procuration, on a utilisé un questionnaire que chaque personne devait remplir elle-même. Néanmoins, il se pourrait que leurs réponses aient été influencées par la présence d'autres membres du ménage<sup>32</sup>.

Dans le cadre de l'ENSP, au lieu de demander à tous d'indiquer s'ils se heurtaient à des interdictions de fumer au travail, on s'est limité à demander aux fumeurs s'il existait des endroits où l'usage du tabac leur était limité. Cette mesure limite la capacité d'établir un lien entre les interdictions de fumer au travail et la prévalence de l'usage du tabac ou le renoncement au tabac.

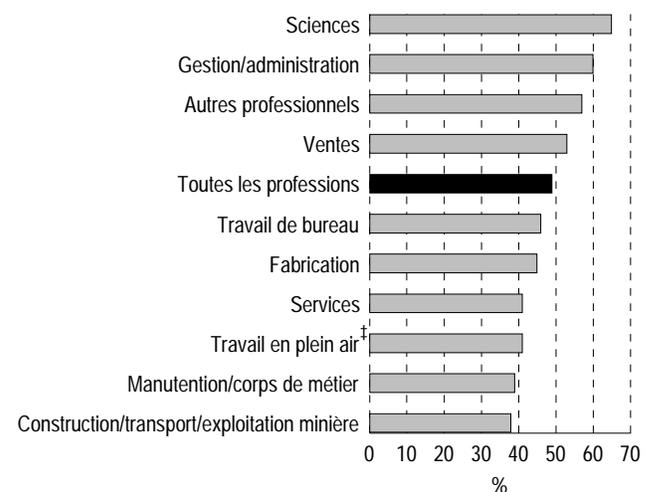
## Les professionnels sont les plus susceptibles de renoncer au tabac

Environ la moitié des travailleurs à plein temps, hommes et femmes, qui ont déjà fumé (tous les jours ou à l'occasion) ont renoncé au tabac. Il s'agit de six travailleurs sur 10 parmi les scientifiques, les gestionnaires ou les professionnels, mais d'à peine quatre sur 10 parmi les travailleurs de la construction, du transport et de l'exploitation minière, parmi ceux de la manutention et des corps de métier et parmi ceux ayant un emploi en plein air (graphique 4).

Des études antérieures montrent aussi que ce sont les fumeurs appartenant à la catégorie des professionnels qui sont les plus susceptibles de cesser de fumer et ceux qui font partie du personnel d'exécution ou qui travaillent dans le secteur de la construction qui sont les moins portés à le faire<sup>2,4,9,18</sup>. Selon les données de l'ENSP, de fortes proportions de professionnels qui fument se heurtent à des restrictions au travail.

Néanmoins, on n'observe pas systématiquement un lien entre les restrictions au travail et le taux de renoncement au tabac. Dans les secteurs du travail

Graphique 4  
Taux de renoncement au tabac<sup>†</sup> des travailleurs à plein temps de 15 à 64 ans qui ont déjà fumé, selon la profession, Canada, territoires non compris, 1994-1995



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier supplément

<sup>†</sup> Anciens fumeurs, en pourcentage du total des fumeurs actuels et des anciens fumeurs.

<sup>‡</sup> Foresterie, agriculture, pêche

de bureau, de la fabrication, ainsi que de la manutention et des corps de métier, les taux de renoncement au tabac sont inférieurs à la moyenne alors que des proportions assez fortes de personnes qui fument tous les jours font face à des restrictions au travail.

### Trois profils

Trois profils distincts de la prévalence et de l'intensité de l'usage du tabac selon la profession se dégagent des données de l'ENSP. La catégorie des cols blancs affiche la prévalence de l'usage du tabac la plus faible, les taux de renoncement au tabac les plus élevés et une intensité moyenne de l'usage du tabac. En outre, pour cette catégorie, la prévalence et l'intensité de l'usage du tabac ont diminué entre 1986 et 1994-1995. De fortes proportions de cols blancs qui fument tous les jours se heurtent à des mesures limitant l'usage du tabac au travail, observation peu surprenante étant donné la facilité avec laquelle on peut réglementer l'usage du tabac dans les bureaux où ils travaillent.

En 1994-1995, la prévalence de l'usage quotidien du tabac chez les cols roses était pour ainsi dire la même que pour l'ensemble des travailleurs et avait diminué régulièrement depuis 1978-1979. En outre, la proportion de gros fumeurs a baissé considérablement après 1986. En 1994-1995, de tous les travailleurs, ce sont les cols roses qui affichaient l'intensité la plus faible d'usage du tabac, mais leur taux de renoncement était le même que pour l'ensemble des travailleurs. Une proportion assez forte d'employés de bureau font face à des mesures limitant l'usage du tabac au travail. Par contre, proportionnellement beaucoup moins d'employés des ventes et des services font face à de telles mesures. On attribue cette situation à une coïncidence entre leur lieu de travail et les lieux publics moins réglementés<sup>5</sup>.

C'est pour la catégorie des cols bleus que l'on enregistre les plus fortes prévalence et intensité de l'usage du tabac. Certains membres de cette catégorie ont essayé d'arrêter de fumer, mais le taux de réussite était faible. On note un lien entre le manque relatif de mesures limitant l'usage du tabac dans le secteur

de la construction, du transport et de l'exploitation minière et dans la catégorie des emplois en plein air, d'une part, et la constance de la prévalence de l'usage quotidien du tabac et la légère augmentation de l'intensité chez les travailleurs masculins dans ces secteurs, d'autre part.

### Mot de la fin

L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 montre que les fumeurs dont l'usage du tabac est restreint au travail sont moins susceptibles que les autres d'être de gros fumeurs et plus susceptibles d'essayer de fumer moins. Cependant, ces résultats ne permettent pas de conclure que les gens fument moins parce qu'ils font face à des interdictions de fumer. En fait, les travailleurs dont la consommation de tabac est limitée au travail ne sont pas plus susceptibles d'avoir tenté d'arrêter de fumer que les travailleurs qui ne font face à aucune restriction.

La restriction de l'usage du tabac n'est qu'un des facteurs susceptibles d'avoir une influence sur les travailleurs qui fument. On a montré qu'il existe une association entre l'usage du tabac et le stress au travail<sup>33,34</sup>. Le tabagisme pourrait être une stratégie permettant de supporter les tensions que cause un travail pour lequel les demandes sont grandes et le niveau d'autonomie, faible<sup>33</sup> (voir *Le stress au travail et la santé* dans ce numéro.) Les employés de bureau, dont le taux de renoncement au tabac est inférieur à la moyenne, présentent ce profil de stress<sup>35</sup>. Il est probable que le travail à la chaîne, la supervision étroite et l'ennui qui caractérisent nombre d'emplois manuels exercés à l'intérieur engendrent aussi un stress intense<sup>34</sup>. En outre, comme certains métiers manuels comportent un certain degré de danger, les travailleurs occupant ce genre d'emploi ont peut-être l'impression que fumer pose un risque assez faible comparativement aux autres dangers beaucoup plus sérieux auxquels ils doivent faire face.

Les facteurs sociaux jouent aussi un rôle important. Pour nombre de cols bleus il se pourrait que l'influence de leurs pairs les incite à continuer de fumer<sup>5</sup> et qu'ils aient tendance à poursuivre leurs activités sociales dans les lieux où la réglementation limitant l'usage du tabac est moins stricte. ●

## Références

1. W. Millar et L. Bisch, « Smoking in the workplace 1986: Labour force survey estimates », *Canadian Journal of Public Health*, 80, 1989, p. 261-265.
2. I. Waldron et D. Lye, « Employment, unemployment, occupation, and smoking », *American Journal of Preventive Medicine*, 5(1), 1989, p.142-149.
3. J.E. Fielding, « Banning worksite smoking », *American Journal of Public Health*, 76(8), 1986, p. 957-959.
4. D. Rothenbacher, H. Brenner, V. Arndt *et al.*, « Smoking patterns and mortality attributable to smoking in a cohort of 3,528 construction workers », *European Journal of Epidemiology*, 12, 1996, p. 335-340.
5. G.S. Lowe, *Workplace Smoking: Trends, Issues and Strategies*, Toronto, Ontario Tobacco Research Unit, 1995.
6. 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).
7. Division des statistiques sur la santé, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 : Fichiers micro-données à grande diffusion* (Statistique Canada, n° 82F0001XCB au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1995.
8. M. Stephens et J. Siroonian, « L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire », *Rapports sur la santé*, 9(4), 1998, p. 31-38 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
9. W.J. Millar, *L'usage du tabac au Canada en 1986* (Santé Canada, n° H39-66/1988F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1988.
10. Statistique Canada, *La classification des professions, Recensement du Canada 1971*, volume II (n° 12-538F au catalogue) Ottawa, Ministère de l'Industrie et du Commerce, 1971.
11. Statistique Canada, *Classification type des professions, 1980*, (n° 12-565F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1981.
12. W.J. Millar, « Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité », *Rapports sur la santé*, 8(2), 1996, p. 13-23 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
13. J.E. Fielding, « Smoking control at the workplace », *Annual Review of Public Health*, 12, 1991, p. 209-234.
14. R. Goodfellow, C. McBride, D. McWilliam *et al.*, *Environmental tobacco smoke in public places and workplaces: current knowledge and implications for policy* (Série de documents de travail n° 22), Toronto, The Ontario Tobacco Research Unit, 1996.
15. Le Conference Board du Canada, *Smoking and the Bottom Line - The Cost of Smoking in the Workplace*, Ottawa, Conference Board of Canada, 1997.
16. W.J. Millar, *Smoke in the Workplace: An Evaluation of Smoking Restrictions* (Santé Canada, n° H39-135/1988E au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1988.
17. L.R. Petersen, S.D. Helgerson, C.M. Gibbons *et al.*, « Employee smoking behaviour changes and attitudes following a restrictive policy on worksite smoking in a large company », *Public Health Reports*, 103(2), 1988, p. 115-120.
18. G. Sorsensen, N. Rigotti, A. Rosen *et al.*, « Effects of a worksite nonsmoking policy: Evidence for increased cessation », *American Journal of Public Health*, 81(2), 1991, p. 202-204.
19. I.M. Rosenstock, A. Stergachis et C. Heaney, « Evaluation of smoking prohibition policy in a health maintenance organization », *American Journal of Public Health*, 76(8), 1986, p. 1014-1015.
20. R. Borland, S. Chapman, N. Owen *et al.*, « Effects of workplace smoking bans on cigarette consumption », *American Journal of Public Health*, 80(2), 1990, p. 178-180.
21. W. N. Evans, M.C. Farrelly et E. Montgomery, *Do workplace smoking bans reduce smoking?* (Document de travail n° 5567), Massachusetts, National Bureau of Economic Research, 1996.
22. S. Chapman, S. Haddad et S. Doungkamol, « Do work-place smoking bans cause smokers to smoke "harder"? Results from a naturalistic observational study », *Addiction*, 92(5), 1997, p. 607-610.
23. D.R. Longo, R.C. Brownson, J.C. Johnson *et al.*, « Hospital smoking bans and employee smoking behaviour », *Journal of the American Medical Association*, 275(16), 1996, p. 1252-1257.
24. L. Pederson, S. Bull et M.J. Ashley, « Smoking in the workplace: Do smoking patterns and attitudes reflect the legislative environment? », *Tobacco Control*, 5, 1996, p. 39-45.
25. S. Kinne, A.R. Kristal, E. White *et al.*, « Work-site smoking policies: Their population impact in Washington state », *American Journal of Public Health*, 83(7), 1993, p. 1031-1033.
26. R. Jeffery, S. Kelder, J. Forster *et al.*, « Restrictive smoking policies in the workplace: Effects on smoking prevalence and cigarette consumption », *Preventive Medicine*, 23, 1994, p. 78-82.
27. M.A. Wakefield, D. Wilson, N. Owen *et al.*, « Workplace smoking restrictions, occupational status, and reduced cigarette consumption », *Journal of Occupational Medicine*, 34(7), 1992, p. 693-697.
28. Centre national de documentation sur le tabac et la santé, *Lois fédérales et provinciales concernant le tabac au Canada : un aperçu*, Ottawa, 1995.
29. Bureau de contrôle du tabac, *Règlements municipaux sur l'usage du tabac au Canada*, 1995, Ottawa, Direction générale de la protection de la santé, Santé Canada, 1995.
30. T. Abernathy, « ETS: Health effects and policy implications », *Tobacco Research News*, 3(2), 1997, p. 5.
31. M.J. Ashley, J. Eakin, S. Bull *et al.*, *Smoking control in the workplace: Is workplace size related to restrictions and programs?* (Série de documents de travail n° 22), Toronto, The Ontario Tobacco Research Unit, 1997.
32. Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, *La santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête Santé Canada*, (n° 82-528F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1981.
33. R. Karasek et T. Theorell, *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books, Inc., 1990.

34. R.F. Schilling, L.D. Gilchrist et S. P. Schinke, « Smoking in the workplace: review of critical issues », *Public Health Reports*, 100(5), 1985, p. 473-479.
35. M.J. Stewart, G. Brosky, A. Gillis *et al.*, « Disadvantaged women and smoking », *Canadian Journal of Public Health*, 87(4), 1986, p. 257-260.

## Annexe

Tableau A

**Catégories professionnelles équivalentes, Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 et Classification type des professions (CTP) de 1971 et 1980**

| Catégorie professionnelle            | Catégorie pour l'analyse                      | ENSP de 1994-1995 catégorie professionnelle                            | CTP Grand groupe professionnel 1971 et 1980 |
|--------------------------------------|---|--|---|
| Col blancs                           | Gestion/ administration                       | Gestion/ administration  | 11  |
|                                      | Sciences                                      | Sciences naturelles  | 21  |
|                                      |   | Sciences sociales  | 23  |
|                                      | Autres professionnels                         | Religion   | 25  |
|                                      |   | Enseignement   | 27  |
| Médecine                             |   | 31   |   |
|                                      | Professions artistiques                       | 33   |   |
| Cols roses                           | Travail de bureau                             | Travail de bureau  | 41  |
|                                      | Ventes  | Ventes   | 51  |
|                                      | Services                                      | Services   | 61  |
| Cols bleus travaillant à l'intérieur | Fabrication                                   | Transformation   | 81,82                                       |
|                                      |   | Usinage  | 83  |
|                                      |   | Fabrication  | 85  |
|                                      | Manutention/ corps de métier                  | Manutention  | 93  |
|                                      |   | Autres corps de métier   | 95  |
| Cols bleus travaillant en plein air  | Travail en plein air                          | Agriculture  | 71  |
|                                      |   | Pêche  | 73  |
|                                      |   | Foresterie   | 75  |
|                                      | Construction/ transport/ exploitation minière | Construction   | 87  |
|                                      |   | Transport  | 91  |
|                                      |   | Exploitation minière   | 77  |
| Non déclaré                          | Non déclaré                                   | Personnes qui travaillaient, mais qui n'ont pas déclaré une profession | ...   |

**Source :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995; références 7, 10 et 11.

**Nota :** Certaines professions classées dans un grand groupe en 1971 ont été classées dans un autre en 1980.

... N'ayant pas lieu de figurer



# Le stress au travail et la santé

*Kathryn Wilkins et Marie P. Beaudet*

## Résumé

### Objectifs

Le présent article décrit le stress qu'éprouvent les gens dans leur milieu de travail. On y examine l'association entre, d'une part, les tensions et contraintes au travail, la menace de perdre son emploi, les exigences physiques de l'emploi, le manque de soutien de la part des collègues et le manque de soutien de la part des superviseurs et, d'autre part, quatre problèmes de santé, à savoir la migraine, les blessures liées au travail, l'hypertension et le sentiment de détresse.

### Source des données

Les données proviennent de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population menée par Statistique Canada en 1994-1995. Les résultats se fondent sur un échantillon de 9 023 travailleurs canadiens âgés de 18 à 64 ans.

### Techniques d'analyse

On a estimé l'association entre le stress au travail et les problèmes de santé à l'aide de l'analyse multidimensionnelle, tout en tenant compte d'autres sources éventuelles de stress.

### Principaux résultats

Pour les hommes, les tensions et contraintes sont associées à la migraine et au sentiment de détresse tandis que, pour les femmes, elles sont associées aux blessures liées au travail. La menace de perdre son emploi est associée à la migraine pour les femmes. Pour les deux sexes, on observe un lien entre les fortes exigences physiques et les blessures liées au travail. Enfin, le manque de soutien de la part des collègues est relié à la migraine chez les hommes mais aux blessures liées au travail et au sentiment de détresse chez les femmes.

### Mots-clés

Hygiène du travail, tensions et contraintes au travail, hypertension, migraine, blessures liées au travail.

### Auteurs

Kathryn Wilkins (613) 951-1769, wilkkat@statcan.ca et Marie P. Beaudet (613) 951-7025, beaumar@statcan.ca travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

L'évolution rapide du marché du travail telle qu'on l'observe actuellement suscite chez les travailleurs un stress dont les conséquences commencent à devenir problématiques. Certaines études antérieures donnent à penser qu'il existe un lien entre des conditions de travail défavorables et certains problèmes de santé. Les travaux de recherche ont surtout porté sur l'association entre, d'une part, des facteurs tels que l'organisation du travail, le contrôle du travail et le soutien offert aux travailleurs et, d'autre part, les problèmes de santé comme la dépression, l'anxiété, l'hypertension et la maladie coronarienne<sup>1-3</sup>.

Selon certains auteurs, les tensions et contraintes au travail, définies comme une mesure de l'équilibre entre les demandes psychologiques de l'emploi et le degré de contrôle ou de pouvoir décisionnel que cet emploi permet d'exercer est une des composantes fondamentales du stress au travail<sup>4</sup>. On a montré que le taux de toute une gamme de maladies est plus élevé chez les personnes occupant un emploi où les tensions sont fortes que chez celles qui occupent un emploi où les tensions sont faibles<sup>5</sup>. Toutefois, les tensions et contraintes au travail ne sont qu'un des éléments du stress

## Méthodologie

### Source des données

La présente analyse repose sur les données de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 de Statistique Canada couvrant les 10 provinces. Cette composante de l'ENSP portait sur un échantillon de 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer<sup>6</sup>. Après un tri de sélection (pour s'assurer que l'échantillon soit représentatif<sup>6</sup>) 20 725 ménages étaient toujours dans le champ d'enquête.

Dans chaque ménage participant, on a sélectionné au hasard une personne à laquelle on a demandé de fournir des renseignements détaillés sur sa propre santé. Le taux de réponse au questionnaire sur la santé atteint 96,1 %, ce qui représente 17 626 personnes. La base de données contenant les renseignements détaillés sur la santé constitue le Fichier santé.

On a analysé les renseignements fournis par 9 023 adultes, soit 4 709 hommes et 4 314 femmes de 18 à 64 ans travaillant au moment de l'enquête et qui ont répondu aux questions portant sur le stress au travail. Ces données, pondérées en tenant compte de la répartition selon l'âge et le sexe de la population canadienne, représentent près de 12,8 millions de personnes.

### Techniques d'analyse

Toutes les analyses se fondent sur des données pondérées. On s'est servi de statistiques descriptives pour établir le profil de la population de personnes qui travaillaient au moment de l'enquête (tableau A en annexe). On a calculé les valeurs moyennes de cinq mesures du stress au travail (tensions et contraintes au travail, emploi menacé, exigences physiques, soutien de la part des collègues et soutien de la part du superviseur) et la prévalence de quatre problèmes de santé (migraine, blessures liées au travail, hypertension et sentiment de détresse) selon le sexe et la catégorie professionnelle (voir *Mesures du stress au travail et Conséquences pour la santé*). On a modélisé la relation entre le stress au travail et les blessures liées au travail, la migraine ou l'hypertension par régression logistique multiple et celle entre le stress au travail et le sentiment de détresse, par régression linéaire multiple. On a calculé des modèles de régression distinct pour l'homme et pour la femme. On a estimé les coefficients de variation et les écarts-types par la méthode *bootstrap* pondéré, qui tient pleinement compte de l'effet de plan de sondage de l'enquête.

En fonction de leur validité apparente et de l'existence de données de l'ENSP, certains facteurs liés au stress ont été inclus dans les modèles de régression à titre de variables de contrôle<sup>7</sup>. Les variables en rapport avec le travail sont la profession et la situation face à l'emploi. Les caractéristiques personnelles incluent l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité et le revenu du ménage et ainsi que la présence d'enfants de moins de 12 ans dans le ménage. Les comportements influant sur la santé comprennent la situation à l'égard de l'usage du tabac et le niveau de dépense énergétique durant les activités de loisir. Les variables psychologiques englobent

les événements négatifs survenus récemment dans la vie, la tension chronique, le manque d'intimité et le sentiment de contrôle (voir *Mesures des caractéristiques socioéconomiques et des comportements influant sur la santé et Mesures du stress et des ressources psychologiques*).

### Limites

Les questions sur le stress au travail n'ont été posées qu'aux personnes ayant un emploi au moment de l'enquête et capables d'aller travailler. Aucun renseignement n'a été recueilli sur les personnes souffrant d'un problème de santé ou d'une blessure professionnelle suffisamment grave pour les empêcher de travailler au moment de l'enquête. Par conséquent, la relation observée entre le stress au travail et les problèmes de santé est vraisemblablement plus faible que si on avait inclus les personnes incapables de travailler à cause d'une blessure ou d'une maladie.

Il est bien connu que la réaction au stress varie selon la personne. Or, l'ENSP ne fournit aucun renseignement sur la tolérance individuelle à des agents stressants particuliers. Cette situation pourrait influencer sur la relation que l'on a observée entre les variables de stress au travail et les problèmes de santé étudiés.

On a calculé le coefficient alpha de Cronbach pour évaluer la cohérence interne des indices de stress au travail basés sur au moins deux questions. On estime de la cohérence interne à 0,34 pour les demandes psychologiques du travail, à 0,61 pour la latitude de décision et à 0,22 pour l'appui témoigné par les collègues. Les auteurs d'études antérieures<sup>8,9</sup> exécutée avec *Job Content Questionnaire* de Karasek<sup>10</sup> comptant 5, 8 et 4 questions, respectivement, pour les trois indices susmentionnés, ont publié pour ces indices des estimations de la cohérence interne égales ou supérieures à 0,7. Les estimations assez faibles de la cohérence interne tiennent en partie au fait que le nombre de questions de l'ENSP destinées à évaluer le stress au travail est limité. Pareillement, l'observation d'un moins grand nombre d'associations que prévu entre le stress au travail et certains indicateurs de la santé pourrait s'expliquer par le petit nombre de questions.

Aucun renseignement sur la date du diagnostic ni sur la gravité des problèmes de santé chroniques n'est disponible. Pour réduire au minimum l'erreur de déclaration associée aux problèmes de santé chroniques (dans la présente analyse, l'hypertension et la migraine), on a demandé aux personnes qui ont répondu au questionnaire de ne déclarer que les problèmes de santé qui duraient depuis au moins six mois ou qui, en principe, persisteraient au moins six mois et pour lesquelles le diagnostic a été posé par un professionnel de la santé.

Les données de l'ENSP limitent dans une certaine mesure l'interprétation des résultats. Comme elles sont transversales, on ne peut tirer aucune conclusion sur la causalité pour les associations observées. Enfin, comme elles sont autodéclarées, les différences individuelles de perception pourraient avoir une influence sur leur exactitude.

au travail. La menace de perdre son emploi, les exigences physiques et le degré de soutien offert par les superviseurs et les collègues jouent aussi un rôle dans la relation entre le stress au travail et la maladie.

Bien que son effet soit important, le travail ne cause qu'une partie du stress qui affecte les gens. En plus d'être exposés à des éléments stressants au travail, les travailleurs vivent des situations familiales, sociales et personnelles qui peuvent influencer sur le niveau de stress qu'ils éprouvent<sup>7</sup>. Pourtant, nombre

de rapports traitant des effets sur la santé du stress au travail publiés récemment se limitent à l'examen des tensions et contraintes au travail<sup>1,11-16</sup>. À cet égard, l'étude de Karasek, Gardell et Lindell, qui tient compte de l'influence de la vie familiale ainsi que du milieu de travail, constitue une exception importante<sup>17</sup>.

À partir des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, le présent article décrit le niveau de stress des travailleurs canadiens et souligne certains écarts entre

### Mesures du stress au travail

Pour mesurer le *stress au travail*, on a demandé aux personnes qui ont participé à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 de préciser leur réaction aux 12 énoncés ci-dessous au moyen d'une échelle à cinq points allant de « tout à fait d'accord » (cote de 1) à « entièrement en désaccord » (cote de 5).

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

Cinq composantes du stress au travail ont été évaluées :

1) Les *tensions et contraintes au travail* sont mesurées par le ratio des demandes psychologiques (énoncés e et f) à la latitude de décision. Les éléments de la latitude de décision incluent la

discretion relative à la compétence (énoncés a, b et d) et le pouvoir décisionnel (énoncés c et i). Afin que la contribution éventuelle de chaque énoncé aux cotes calculées pour la latitude de décision et pour les demandes psychologiques soit uniforme, on a divisé la somme des cotes des énoncés relatifs à chacune des deux composantes par cinq et par deux, respectivement. Puis, on a calculé le ratio pour les tensions et les contraintes au travail en divisant la nouvelle cote obtenue pour les demandes psychologiques par celles obtenues pour la latitude de décision. Les personnes pour lesquelles la valeur du ratio tombait dans le quartile supérieur de la distribution (cote égale ou supérieure à 1,18) ont été considérées comme éprouvant de fortes tensions et contraintes au travail.

2) La *menace de perdre son emploi* est mesurée au moyen de l'énoncé g. On a considéré que les personnes ayant répondu « ni en accord ou en désaccord », « en désaccord » ou « entièrement en désaccord » risquaient de perdre leur emploi (29 %).

3) Les *exigences physiques* ont été mesurées au moyen de l'énoncé h. On a considéré les personnes qui ont répondu « tout à fait d'accord » ou « d'accord » (41 %) comme étant sujettes à de fortes exigences physiques.

4) Le *soutien de la part des collègues* a été mesuré au moyen des énoncés j et l. Le calcul de la somme des réponses aux deux énoncés a produit des cotes variant de 1 à 10. On a considéré les personnes ayant obtenu une cote égale ou supérieure à 7 comme n'obtenant qu'un faible soutien de leurs collègues (27 %).

5) Le *soutien de la part du superviseur* a été mesuré à l'aide de l'énoncé k. Les personnes qui ont répondu « entièrement en désaccord » ou « en désaccord » ont été considérées comme n'obtenant qu'un faible soutien de leur superviseur (32 %).

les catégories professionnelles et entre les sexes. On y examine aussi l'association entre certains problèmes de santé et le stress au travail, en tenant compte de l'effet de facteurs externes au milieu de travail (voir *Méthodologie*). On examine quatre problèmes de santé, à savoir les blessures liées au travail, la migraine, l'hypertension et le sentiment de détresse. De nombreux auteurs se sont concentrés sur l'association entre le stress au travail et des problèmes de santé particuliers, y compris l'hypertension et le sentiment de détresse, mais la présente étude est la première à examiner la relation entre le stress au travail, les blessures liées au travail ou la migraine.

### Stress au travail et catégorie professionnelle

Il existe d'importantes différences entre les hommes et les femmes pour plusieurs dimensions du stress au travail (tableau 1) (voir *Mesures du stress au travail*). En 1994-1995, les femmes ont, en moyenne, fait état de plus fortes tensions et contraintes au travail que les hommes. Cette observation corrobore les résultats d'autres études selon lesquelles les hommes exercent plus de contrôle sur leur travail que les femmes<sup>18</sup>. Et, dans une certaine mesure, elle pourrait refléter une différence dans le type d'emplois qu'occupent les hommes et les femmes (tableau A en annexe)<sup>5,19</sup>. En outre, les femmes indiquent être

Tableau 1  
Cotes moyennes pour les dimensions du stress au travail, selon le sexe, population de 18 à 64 ans et qui travaille, Canada, territoires non compris, 1994-1995

|   | Les deux sexes | Hommes | Femmes |
|---|----------------|--------|--------|
| Tensions et contraintes au travail <sup>†</sup> | 0,99           | 0,95   | 1,04 * |
| Menace pesant sur l'emploi <sup>†</sup>         | 2,37           | 2,34   | 2,40   |
| Exigences physiques <sup>†</sup>                | 3,08           | 3,19 * | 2,94   |
| Soutien des collègues <sup>‡</sup>              | 3,62           | 3,58   | 3,68 * |
| Soutien du superviseur <sup>‡</sup>             | 2,40           | 2,43 * | 2,35   |

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

<sup>†</sup> Codé de faible à grand

<sup>‡</sup> Codé de grand à faible

\* La cote moyenne est significativement différente de celle observée pour l'autre sexe ( $p = 0,05$ ). On a estimé les écarts-types utilisés pour calculer les intervalles de confiance par la méthode bootstrap.

moins soutenues par leurs collègues que les hommes. En revanche, les hommes déclarent faire face à de plus fortes exigences physiques et être moins soutenus par leurs superviseurs. En ce qui concerne la menace pesant sur l'emploi, l'écart entre les cotes

### Mesures des caractéristiques socioéconomiques et des comportements influant sur la santé

Pour déterminer l'état matrimonial, on a posé la question « Quel est l'état matrimonial actuel de ...? » On a regroupé dans la catégorie des gens « mariés » les personnes qui ont répondu « marié(e) », « vit avec un conjoint de fait » ou « vit avec une autre personne ». Les personnes qui ont répondu « célibataire » ont été classées dans la catégorie « jamais marié(e) » et celles qui ont répondu « veuf ou veuve », « séparé(e) » ou « divorcé(e) » ont été regroupées dans la catégorie « antérieurement marié(e) ».

On a classé les personnes interrogées dans cinq catégories de niveau de scolarité, à savoir : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, certaines études postsecondaires, diplôme d'études collégiales, professionnelles ou universitaires et non déclaré.

On a défini les catégories de revenu du ménage d'après le revenu total du ménage et le nombre de personnes que compte celui-ci :

| Nombre de personnes | Catégories de revenu du ménage |                         |                         |                         |            |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------|
|                     | Faible                         | Moyen-faible            | Moyen                   | Moyen-élevé             | Élevé      |
| 1 ou 2              | <10 000 \$                     | 10 000 \$<br>-14 999 \$ | 15 000 \$<br>-29 999 \$ | 30 000 \$<br>-59 999 \$ | ≥60 000 \$ |
| 3 ou 4              | <10 000 \$                     | 10 000 \$<br>-19 999 \$ | 20 000 \$<br>-39 999 \$ | 40 000 \$<br>-79 999 \$ | ≥80 000 \$ |
| 5 ou plus           | <15 000 \$                     | 15 000 \$<br>-29 999 \$ | 30 000 \$<br>-59 999 \$ | 60 000 \$<br>-79 999 \$ | ≥80 000 \$ |

On a classé les professions dans les catégories « administration », « professionnels », « travail de bureau », « ventes », « services », « col bleu » et « non déclarée ».

On a défini trois catégories de situation d'activité : emploi à plein temps (au moins 30 heures de travail par semaine), emploi à temps partiel (moins de 30 heures de travail par semaine) et non déclarée.

En ce qui concerne l'usage du tabac, on a défini cinq catégories : fumeur quotidien, ancien fumeur, fumeur occasionnel, personne n'ayant jamais fumé et situation non déclarée.

Enfin, d'après les réponses à la question sur les activités physiques durant les loisirs, on a défini quatre niveaux d'activité (selon la dépense énergétique) : faible, moyen, élevé ou non précisé.

Tableau 2

**Écart significatifs entre les dimensions du stress au travail, selon la profession et le sexe, population de 18 à 64 ans et qui travaille, Canada, territoires non compris, 1994-1995**

|   | Hommes     |     |     |     |     |     | Femmes     |     |     |     |     |     |
|---|------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|
|   | Profession |     |     |     |     |     | Profession |     |     |     |     |     |
|   | (1)        | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (1)        | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| (X désigne la moyenne de la catégorie professionnelle énumérée sur la ligne est nettement supérieure à la moyenne pour la catégorie professionnelle énumérée dans la colonne) |            |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |
| <b>Administration (1)</b>   |            |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |
| Tensions et contraintes au travail†   | ...        |     |     |     |     |     | ...        |     |     |     |     |     |
| Menace pesant sur l'emploi†   | ...        |     |     |     |     |     | ...        |     |     |     |     |     |
| Exigences physiques†  | ...        |     |     |     |     |     | ...        |     |     |     |     |     |
| Soutien des collègues‡  | ...        |     |     |     |     |     | ...        |     |     |     |     |     |
| Soutien du superviseur‡   | ...        |     | X   |     |     |     | ...        |     |     |     |     |     |
| <b>Professionnels (2)</b>   |            |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |
| Tensions et contraintes au travail†   |            | ... |     |     |     |     |            | ... |     |     |     |     |
| Menace pesant sur l'emploi†   |            | ... |     |     |     |     |            | ... |     |     |     |     |
| Exigences physiques†  |            | ... |     |     |     |     | X          | ... |     | X   |     |     |
| Soutien des collègues‡  |            | ... |     |     |     |     |            | ... |     |     |     |     |
| Soutien du superviseur‡   |            | ... |     |     |     |     |            | ... |     |     |     |     |
| <b>Travail de bureau (3)</b>  |            |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |
| Tensions et contraintes au travail†   |            | X   | ... |     |     |     | X          | X   |     | ... |     |     |
| Menace pesant sur l'emploi†   |            |     | ... |     |     |     |            |     |     | ... |     |     |
| Exigences physiques†  | X          | X   | ... | X   |     |     |            |     |     | ... |     |     |
| Soutien des collègues‡  |            |     | ... |     |     |     |            |     |     | ... |     |     |
| Soutien du superviseur‡   |            |     | ... |     |     |     |            |     |     | ... |     |     |
| <b>Ventes (4)</b>   |            |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |
| Tensions et contraintes au travail†   |            | X   | ... |     |     |     |            |     |     |     |     | ... |
| Menace pesant sur l'emploi†   |            |     | ... |     |     |     |            |     |     |     |     | ... |
| Exigences physiques†  | X          | X   | ... |     |     |     | X          |     |     | X   |     | ... |
| Soutien des collègues‡  |            |     | ... |     |     |     |            |     |     |     |     | ... |
| Soutien du superviseur‡   |            |     | ... |     |     |     |            |     |     |     |     | ... |
| <b>Services (5)</b>   |            |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |
| Tensions et contraintes au travail†   | X          | X   |     |     | ... | X   | X          | X   |     | X   |     | ... |
| Menace pesant sur l'emploi†   |            |     |     |     | ... |     |            |     |     |     |     | ... |
| Exigences physiques†  | X          | X   |     | X   | ... |     | X          | X   | X   | X   |     | ... |
| Soutien des collègues‡  |            |     |     |     | ... |     |            |     |     |     |     | ... |
| Soutien du superviseur‡   |            |     | X   |     | ... |     |            | X   |     |     |     | X   |
| <b>Cols bleus§ (6)</b>  |            |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |
| Tensions et contraintes au travail†   |            |     |     |     | ... |     | X          | X   |     | X   |     | ... |
| Menace pesant sur l'emploi†   |            |     |     |     | ... |     |            |     |     |     |     | ... |
| Exigences physiques†  | X          | X   | X   | X   | X   |     | X          | X   | X   | X   |     | ... |
| Soutien des collègues‡  |            |     |     |     | ... |     |            |     |     |     |     | ... |
| Soutien du superviseur‡   |            |     |     |     | ... |     |            |     |     |     |     | ... |

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

**Nota :** Pour tenir compte des comparaisons multiples, on a considéré comme étant significatifs les résultats pour lesquels la valeur de p était égale à 0,003 (au lieu de 0,05). On a estimé les écarts-types par la méthode bootstrap. (Voir le tableau B en annexe pour les cotes moyennes observées pour les composantes du stress au travail.)

† Codé de faible à grand

‡ Codé de grand à faible

§ Regroupe les professions des secteurs primaires, de la transformation/usinage, de la fabrication et de la construction.

... N'ayant pas lieu de figurer

moyennes calculées pour les hommes et pour les femmes n'est pas significatif.

Pour les deux sexes, les cotes d'évaluation du stress au travail ont tendance à être assez élevées pour les personnes employées dans le secteur des services et pour les cols bleus, mais assez faibles pour les personnes faisant un travail administratif et pour les professionnels (tableau 2 et tableau B en annexe). Ces résultats corroborent, du moins en partie, ceux de travaux effectués antérieurement au Canada<sup>20</sup>, travaux à la suite desquels on a conclu que les réactions des travailleurs à l'égard de leur emploi

dépendent de la nature de l'emploi proprement dit plutôt que du sexe.

Le niveau moyen d'exigences physiques de l'emploi est nettement plus élevé pour les hommes faisant un travail manuel que pour ceux des autres catégories professionnelles. En outre, le niveau moyen d'exigences physiques est plus élevé pour les hommes employés de bureau ou appartenant au secteur des services que pour ceux dont l'emploi se classe dans la catégorie de l'administration, des professionnels ou des ventes. Toutefois, les exigences physiques des hommes du secteur des ventes sont élevées par rapport à celles des hommes occupant des postes administratifs ou professionnels. Les tensions et contraintes au travail des hommes qui font du travail de bureau ou qui œuvrent dans le secteur de la vente ou des services sont beaucoup plus élevées que celles des professionnels. Par ailleurs, les hommes qui travaillent dans le secteur des services éprouvent nettement plus de tensions et de contraintes au travail que les cols bleus et la catégorie administrative. Et, comparativement aux employés de bureau, ceux qui travaillent dans le domaine de l'administration ou des services bénéficient d'un soutien plus faible de leurs superviseurs. Chez les hommes, la menace qui pèse sur l'emploi et le soutien offert par les collègues ne varient pas significativement selon la catégorie professionnelle.

Les femmes qui travaillent dans le secteur des services ou qui ont un emploi de col bleu sont assujetties, en moyenne, à des niveaux nettement plus élevés de tensions et de contraintes et d'exigences physiques que celles classées dans la plupart des autres catégories professionnelles. Celles qui travaillent dans le secteur des services obtiennent en outre une cote faible pour le soutien témoigné par leur superviseur, comparativement aux professionnelles et à celles ayant un emploi de col bleu. Les femmes professionnelles ou employées dans le secteur des ventes sont soumises à des exigences physiques plus fortes que celles faisant un travail administratif ou de bureau. Les cotes élevées enregistrées pour la catégorie des professionnelles pourraient être influencées par les femmes qui travaillent dans le domaine des soins infirmiers et de l'enseignement où les exigences

### Conséquences sur la santé

Pour déterminer l'existence de *problèmes de santé chroniques*, on a posé la question suivante :

« Les questions qui suivent portent sur tout problème de santé de longue durée. On entend par "problème de santé de longue durée" un état qui persiste depuis six mois ou plus ou qui devrait persister pendant six mois ou plus. Un spécialiste de la santé a-t-il diagnostiqué chez ... certains des problèmes de santé de longue durée suivants? » La liste incluait l'hypertension et la migraine.

Pour évaluer les *blessures liées au travail*, on a posé deux questions auxquelles les personnes interrogées devaient répondre par « oui » ou « non » : « Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous vous êtes blessé(e) suffisamment pour que cette blessure limite vos activités normales? » et « S'agissait-il d'une blessure liée travail? »

Pour mesurer le *sentiment de détresse*, on a posé six questions portant sur les symptômes de dépression et d'anxiété auxquelles il fallait répondre en se servant d'une échelle à cinq points allant de « jamais » à « tout le temps » :

« Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) ...

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

On a additionné les réponses à toutes les questions. Le sentiment de détresse est d'autant plus prononcé que la cote est élevée (coefficient alpha de Cronbach = 0,77). On a considéré les personnes dont la cote correspondait au quartile supérieur de la distribution comme éprouvant une forte détresse.

physiques sont grandes. Le niveau moyen de tensions et de contraintes au travail est plus élevé pour les employés de bureau que pour les femmes faisant de l'administration ou occupant un poste de

professionnelle. Comme chez les hommes, la menace pesant sur l'emploi et le soutien témoigné par les collègues ne varient pas significativement en fonction de la catégorie professionnelle.

## Mesures du stress et des ressources psychologiques

Pour évaluer les *événements négatifs récents de la vie*<sup>33-35</sup>, 10 questions à réponse « oui/non » ont été posées dans le cadre de l'ENSP. On a considéré les personnes qui ont déclaré avoir vécu au moins un de ces événements (39 %) comme ayant éprouvé ce genre de stress.

- « Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous (ou quelqu'un de proche — c'est-à-dire votre conjoint(e) ou partenaire, vos enfants, vos parents ou vos amis proches) avez été battu(e) ou agressé(e) physiquement? »
- « Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous ou un membre de votre famille êtes devenue enceinte sans l'avoir désiré? »
- « Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous ou un membre de votre famille avez subi un avortement ou une fausse couche? »
- « Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous ou un membre de votre famille avez éprouvé de graves difficultés financières? »
- « Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous ou un membre de votre famille avez échoué à l'école ou à un programme de formation? »
- « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé (ou est-il arrivé à votre conjoint) de changer d'emploi pour un autre qui s'est avéré pire? »
- « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé (ou est-il arrivé à votre conjoint) d'être rétrogradé(e) ou de subir une baisse de salaire? »
- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des disputes de plus en plus fréquentes avec votre conjoint(e)? »
- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous personnellement été bénéficiaire de l'aide du bien-être social? »
- « Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un de vos enfants est revenu habiter à la maison? »

Pour mesurer la *tension chronique*<sup>36</sup>, on a demandé aux personnes interrogées de répondre par « vrai » ou « faux » à la lecture des 11 énoncés suivants :

- « Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps. »
- « Vous ressentez trop de pression pour être comme les autres. »
- « Les autres attendent trop de votre part. »
- « Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin. »

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

On a attribué une valeur de 1 à chaque réponse « vrai ». On a considéré une cote de 2 à 11 comme indicatrice d'une forte tension chronique (60 %).

On a déterminé le *manque d'intimité* au moyen de deux énoncés à réponse « vrai/faux », l'un s'adressant aux personnes mariées, ou vivant avec un(e) partenaire ou un(e) conjoint(e) de fait, et l'autre s'adressant aux personnes célibataires, veuves, divorcées ou séparées. Les personnes qui ont répondu « vrai » (20 %) ont été classées dans la catégorie des personnes manquant d'intimité.

- « Votre conjoint(e) ne vous comprend pas. »
- « Vous trouvez qu'il est très difficile de trouver quelqu'un avec qui vous êtes compatible. »

Pour évaluer le *sentiment de contrôle*<sup>37</sup>, on a classé les réactions à sept énoncés au moyen d'une échelle à cinq points allant de « tout à fait d'accord » (0) à « entièrement en désaccord » (4). (Pour les deux derniers énoncés, la cotation était inversée.)

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

On a fait la somme des réponses à toutes les questions (fourchette de 0 à 28). Les cotes élevées indiquent un grand contrôle (coefficient alpha de Cronbach = 0,76). On considère que les personnes dont la cote totale est inférieure à 20 exercent peu de contrôle sur leur vie (39 %).

## Problèmes de santé

Des études antérieures ont montré que plusieurs problèmes physiques et psychiques sont liés au milieu de travail<sup>5,8,13,16,17,21-32</sup>. On examine ici quatre problèmes de santé en relation avec le stress au travail, à savoir que les blessures liées au travail, la migraine, l'hypertension et le sentiment de détresse. Les données de l'ENSP de 1994-1995 indiquent que la prévalence de ces problèmes varie selon le sexe et la profession (tableau 3). Cependant, comme ces données ne sont pas corrigées en fonction de l'âge, certains écarts entre les chiffres de prévalence pourraient tenir à l'âge des travailleurs dans les catégories professionnelles concernées.

Une proportion nettement plus forte d'hommes que de femmes ont été blessés au travail : 9 % contre 5 %. C'est chez les hommes faisant un travail manuel que les blessures liées au travail sont les plus courantes. Chez la femme, c'est dans le secteur des services que ces blessures sont les plus fréquentes.

Tableau 3  
Prévalence de certains problèmes de santé, selon la profession et le sexe, population de 18 à 64 ans et qui travaille, Canada, territoires non compris, 1994-1995

|                         | Blessures liées au travail au cours des 12 derniers mois |                |                | Cote de sentiment de détresse |
|-------------------------|--|----------------|----------------|-------------------------------|
|                         | Migraine   | Hyper-tension  |                |                               |
|                         | %  | %              | %              | Moyenne                       |
| <b>Hommes</b>           |  |                |                |                               |
| <b>Total</b>            | <b>9</b>   | <b>4</b>       | <b>5</b>       | <b>2,97</b>                   |
| Administration          | 2 <sup>‡</sup>   | 7              | 6              | 2,83                          |
| Professionnels          | 4  | 5              | 4              | 2,85                          |
| Travail de bureau       | --   | --             | 5 <sup>‡</sup> | 3,61                          |
| Ventes                  | 5 <sup>‡</sup>   | --             | 4 <sup>‡</sup> | 2,93                          |
| Services                | 7  | 4 <sup>‡</sup> | 5              | 3,48                          |
| Cols bleus <sup>†</sup> | 13   | 3              | 4              | 2,85                          |
| <b>Femmes</b>           |  |                |                |                               |
| <b>Total</b>            | <b>5</b>   | <b>12</b>      | <b>5</b>       | <b>3,50</b>                   |
| Administration          | --   | 14             | 4              | 3,38                          |
| Professionnels          | 6  | 12             | 4 <sup>‡</sup> | 3,22                          |
| Travail de bureau       | 3  | 11             | 5              | 3,48                          |
| Ventes                  | --   | 12             | 4 <sup>‡</sup> | 3,48                          |
| Services                | 7  | 13             | 5              | 3,92                          |
| Cols bleus <sup>†</sup> | 6  | 10             | 7 <sup>‡</sup> | 3,60                          |

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

<sup>†</sup> Regroupe les professions des secteurs primaires, de la transformation/ usinage, de la fabrication et de la construction.

<sup>‡</sup> Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %

-- Coefficient de variation supérieur à 33,3 %

Contrairement aux blessures liées au travail, la migraine afflige une plus forte proportion de femmes que d'hommes. Une proportion trois fois plus forte de travailleuses (12 %) que de travailleurs (4 %) souffrent de migraine. Les hommes et les femmes qui font un travail administratif sont plus susceptibles que les autres de déclarer souffrir de migraine.

Environ 5 % des travailleurs et des travailleuses disent faire de l'hypertension. La prévalence de cette maladie ne varie pas de façon significative d'un groupe professionnel à l'autre.

Corroborant les résultats d'une étude réalisée récemment au Québec<sup>24</sup>, les données de l'ENSP indiquent que le sentiment de détresse est plus prononcé chez les travailleuses que chez les travailleurs. On constate que les femmes travaillant dans le secteur des services sont celles qui obtiennent la cote moyenne la plus élevée pour le sentiment de détresse et celles occupant un poste de professionnelle, la cote la plus faible.

Parmi les hommes, ce sont les employés de bureau qui affichent le niveau moyen de sentiment de détresse le plus élevé, niveau en fait supérieur à celui observé pour les femmes. Les travailleurs obtenant les cotes moyennes relatives au sentiment de détresse les plus faibles sont ceux qui font un travail administratif, mais il convient de souligner que les cotes observées pour les professionnels et les cols bleus sont faibles elles aussi.

Tableau 4  
Proportion de travailleurs faisant part d'un fort sentiment de détresse, selon la latitude de décision au travail et les exigences du travail, population de 18 à 64 ans et qui travaille, Canada, territoires non compris, 1994-1995

| Exigences du travail | Latitude de décision au travail   |         |        |             |
|----------------------|---|---------|--------|-------------|
|                      | Grande  | Moyenne | Faible | Très faible |
|                      | Pourcentage obtenant une cote élevée pour le sentiment de détresse <sup>†</sup> |         |        |             |
| Fortes               | 27  | 33      | 33     | 40          |
| Moyennes             | 24  | 26      | 30     | 35          |
| Faibles              | 19  | 20      | 21     | 30          |
| Très faibles         | 16  | 18      | 22     | 20          |

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

<sup>†</sup> Quartile supérieur de la distribution

En général, le sentiment de détresse est prononcé chez les travailleurs qui occupent un emploi où les exigences sont grandes, mais où la latitude de décision est faible. Quarante pour-cent de travailleurs dans cette situation obtiennent une cote indicatrice d'un fort sentiment de détresse (tableau 4). Les personnes qui ont un emploi très exigeant mais offrant une grande latitude de décision sont proportionnellement beaucoup moins nombreuses à éprouver un sentiment de détresse (27 %). Comme on s'y attendait, on constate que les travailleurs dont l'emploi est peu exigeant sont les moins susceptibles de manifester un haut niveau de détresse. Pourtant, même pour ces emplois, la proportion de travailleurs dont le sentiment de détresse est fort augmente généralement à mesure que la latitude de décision diminue.

### Problèmes de santé et stress au travail

Les problèmes de santé sont liés à de nombreuses circonstances et situations n'ayant pas grand-chose à voir avec le stress, comme l'âge, le niveau de

scolarité et l'activité physique. Néanmoins, même si l'on tient compte des effets d'un certain nombre de ces variables, on constate qu'il existe une association significative entre plusieurs dimensions du stress au travail et des problèmes de santé particuliers (tableau 5).

Pour les hommes, on observe un lien significatif entre les tensions et contraintes au travail et la migraine ou le sentiment de détresse (tableaux C et D en annexe). Pour les femmes, on observe une relation significative entre les tensions et contraintes au travail et les blessures liées au travail, même si les personnes dont les blessures étaient suffisamment graves pour les empêcher de travailler avaient été éliminées de l'analyse. Par conséquent, les rapports de cotes sous-estiment vraisemblablement la force réelle de l'association (tableau E en annexe). Bien que plusieurs auteurs aient relevé une association entre les tensions et contraintes au travail et l'hypertension<sup>8,11,23,24,32,38</sup>, les données de l'ENSP n'en indiquent aucune, chez les femmes et chez les hommes (voir *Méthodologie*).

Tableau 5

Rapports de cotes et coefficients de régression corrigés établissant le lien entre les dimensions du stress au travail et les problèmes de santé, selon le sexe, population de 18 à 64 ans et qui travaille, Canada, territoires non compris, 1994-1995

| Dimensions du stress au travail           | Blessures liées au travail au cours des 12 derniers mois |  | Migraine         |  | Hypertension     |                                 | Sentiment de détresse <sup>†</sup> |  |
|---|--|--|------------------|--|------------------|---------------------------------|------------------------------------|--|
|   | Rapport de cotes   | Intervalle de confiance de 95 % <sup>‡</sup> | Rapport de cotes | Intervalle de confiance de 95 % <sup>‡</sup> | Rapport de cotes | Intervalle de confiance de 95 % | Coefficient non standardisé (b)    | Intervalle de confiance de 95 % <sup>§</sup> |
| <b>Hommes</b>                             |  |  |                  |  |                  |                                 |                                    |  |
| Fortes tensions et contraintes au travail | 1,2  | 0,8, 1,7                                     | 1,6*             | 1,0, 2,6                                     | 0,9              | 0,6, 1,5                        | 0,63 *                             | 0,28, 0,99                                   |
| Emploi fortement menacé                   | 1,1  | 0,8, 1,7                                     | 1,4              | 0,9, 2,2                                     | 1,0              | 0,7, 1,5                        | -0,05                              | -0,14, 0,05                                  |
| Fortes exigences physiques                | 3,3*   | 2,3, 4,8                                     | 0,8              | 0,5, 1,4                                     | 1,0              | 0,6, 1,6                        | -0,02                              | -0,11, 0,06                                  |
| Faible soutien des collègues              | 1,2  | 0,8, 1,6                                     | 1,5*             | 1,0, 2,3                                     | 1,1              | 0,7, 1,7                        | 0,03                               | -0,04, 0,11                                  |
| Faible soutien du superviseur             | 0,9  | 0,7, 1,3                                     | 1,0              | 0,7, 1,5                                     | 0,8              | 0,5, 1,1                        | 0,01                               | -0,09, 0,10                                  |
| <b>Femmes</b>                             |  |  |                  |  |                  |                                 |                                    |  |
| Fortes tensions et contraintes au travail | 1,2*   | 1,0, 1,4                                     | 1,1              | 0,8, 1,5                                     | 1,4              | 0,8, 2,3                        | 0,05                               | -0,31, 0,42                                  |
| Emploi fortement menacé                   | 1,7  | 0,7, 4,0                                     | 1,4*             | 1,0, 1,8                                     | 0,8              | 0,5, 1,3                        | 0,02                               | -0,09, 0,13                                  |
| Fortes exigences physiques                | 1,9*   | 1,7, 2,1                                     | 1,1              | 0,9, 1,5                                     | 1,0              | 0,6, 1,6                        | -0,02                              | -0,12, 0,09                                  |
| Faible soutien des collègues              | 1,8*   | 1,7, 1,8                                     | 1,2              | 0,9, 1,6                                     | 0,9              | 0,6, 1,4                        | 0,08 *                             | 0,00, 0,16                                   |
| Faible soutien du superviseur             | 1,1  | 1,0, 1,3                                     | 1,1              | 0,8, 1,4                                     | 0,9              | 0,6, 1,4                        | -0,09                              | -0,20, 0,02                                  |

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

Nota : Consulter les tableaux C à F en annexe pour obtenir des renseignements sur toutes les variables incluses dans les modèles.

† Pour modéliser le sentiment de détresse, on a codé les variables « tensions et contraintes au travail, menace pesant sur l'emploi et exigences physiques » de faible à grand et les variables « soutien des collègues et soutien du superviseur » de grand à faible.

‡ Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est 1,0 sont significatifs.

§ Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est 0 sont significatifs.

\*  $p = 0,05$

Après avoir tenu compte des effets des variables confusionnelles éventuelles, on constate qu'il existe une association entre la menace de perdre son emploi et la migraine. Cette observation appuie les données de la littérature médicale, où il est indiqué qu'il pourrait exister un lien entre le stress émotionnel et la migraine<sup>39</sup>.

Comme on peut s'y attendre, pour les hommes et les femmes, il existe une association entre de fortes exigences physiques au travail et les blessures liées au travail. Des travaux de recherche antérieurs font également état d'une association entre les emplois physiquement exigeants et divers problèmes musculosquelettiques, généralement au niveau du dos ou de la nuque<sup>25-29</sup>.

Certains aspects interpersonnels du milieu de travail semblent avoir un effet néfaste sur la santé des travailleurs. Ainsi, la cote exprimant le risque de souffrir de migraine est nettement plus élevée pour les hommes n'obtenant qu'un faible soutien de la part de leurs collègues que pour les autres. Pour les femmes, le faible soutien des collègues est associé au sentiment de détresse et à un risque plus élevé de blessures liées au travail (tableau 5 et tableaux C, D et E en annexe).

Certains chercheurs supposent que le soutien social atténue le sentiment de détresse au travail, réduisant ainsi ses effets néfastes pour la santé<sup>17,18,30,31</sup>. Selon une étude antérieure, le contrôle exercé au travail ne modifie les exigences de l'emploi que si les collègues manifestent leur solidarité<sup>13</sup>. Les auteurs n'ont observé aucune association avec le soutien offert par le superviseur. Pareillement, l'analyse des données de l'ENSP ne révèle aucune relation significative entre le soutien du superviseur et les quatre problèmes de santé examinés, peut-être parce que le questionnaire ne contenait qu'une seule question permettant d'évaluer cette dimension.

### **Événements négatifs et autres agents stressants**

D'autres études donnent à penser que le fait de vivre un ou plusieurs événements négatifs peut agir indépendamment sur la vulnérabilité à divers problèmes de santé<sup>40</sup>. Les données de l'ENSP montrent, elles aussi, qu'il existe une association

assez régulière entre les événements négatifs de la vie et la manifestation de problèmes de santé (sauf les blessures liées au travail) (tableaux C, D et F en annexe). Pour les hommes comme pour les femmes, ces événements sont associés à la migraine et au sentiment de détresse. Pour les hommes, on constate aussi une association avec l'hypertension.

Les caractéristiques personnelles, ainsi que le milieu familial et social, semblent être plus fortement associés au sentiment de détresse qu'à n'importe lequel des trois autres problèmes de santé étudiés. Pour les hommes et les femmes, la tension chronique, le manque d'intimité et un faible sentiment de contrôle sont des facteurs liés au sentiment de détresse. Même s'il n'est pas surprenant que des facteurs affectifs et sociaux soient associés au sentiment de détresse, il convient de souligner que chaque facteur continue d'être indépendamment et simultanément associé à ce sentiment après qu'on ait tenu compte des effets éventuels d'autres variables.

Les articles qui ont été publiés sur les effets de la maternité chez la femme qui travaille sont contradictoires et non concluants. Les données de l'ENSP selon lesquelles il existe un rapport entre le fait d'avoir un ou plusieurs enfants de moins de 12 ans et la manifestation d'un faible sentiment de détresse chez la femme corrobore certains rapports antérieurs, mais pas tous<sup>17,41</sup>.

### **Mot de la fin**

La présente analyse du lien entre la santé et le stress au travail a été effectuée en tenant compte des effets d'une gamme de variables confusionnelles externes au milieu de travail beaucoup plus grande que celle examinée ordinairement. Le fait que les associations entre le stress au travail et les problèmes de santé sont plus faibles que prévu pourrait tenir, du moins en partie, au manque de renseignements sur la date du diagnostic ou sur la gravité de la maladie. Néanmoins, il semble qu'il existe un lien faible à modéré entre le stress au travail et certains problèmes de santé.

Les travailleurs qui sont soumis à des tensions au travail, à la menace de perdre leur emploi, à des exigences physiques ou qui n'obtiennent qu'un faible

soutien de la part de leurs collègues font état de problèmes physiques et émotionnels. Soulignons toutefois qu'il n'est pas possible de déterminer d'après notre étude transversale si le milieu de travail a des effets défavorables sur la santé ou si les travailleurs qui présentent des problèmes de santé particuliers sont plus susceptibles d'éprouver du stress au travail. ●

### Remerciements

Les auteurs remercient Claudio Pérez pour sa contribution dans le calcul des estimations de la variance.

### Références

1. 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.
2. P.L. Schnall, P.A. Landsbergis et D. Baker, « Job strain and cardiovascular disease », *Annual Review of Public Health*, 15, 1994, p. 381-411.
3. J.V. Johnson, W. Stewart, E.M. Hall *et al.*, « Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men », *American Journal of Public Health*, 86, 1996, p. 324-331.
4. R.A. Karasek, « Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, 29, 1979, p. 285-308.
5. R.A. Karasek et T. Theorell, *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books, 1990.
6. 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. 29-38 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
7. M.J. Davidson et C.L. Cooper, « A model of occupational stress », *Journal of Occupational Medicine*, 23(8), 1981, p. 564-574.
8. P.A. Landsbergis, P.L. Schnall, K. Warren *et al.*, « Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of job strain », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 20(5), 1994, p. 349-363.
9. W. Hellerstedt et R.W. Jeffery, « The association of job strain and health behaviours in men and women », *International Journal of Epidemiology*, 26(3), 1997, p. 575-583.
10. R.A. Karasek, G. Gordon, C. Peitrovkshy *et al.*, *The Job Content Questionnaire and User's Guide, Version 1.1*, Los Angeles, Department of Industrial and Systems Engineering, University of Southern California, 1985.
11. T. Alterman, R.B. Shekelle, S.W. Vernon *et al.*, « Decision latitude, psychologic demand, job strain, and coronary heart disease in the Western Electric Study », *American Journal of Epidemiology*, 139(6), 1994, p. 620-627.
12. B. Söderfeldt, M. Söderfeldt, K. Jones *et al.*, « Does organization matter? A multilevel analysis of the demand-control model applied to human services », *Social Science and Medicine*, 44(4), 1997, p. 527-534.
13. J.V. Johnson et E.M. Hall, « Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish work population », *American Journal of Public Health*, 78(10), 1988, p. 1336-1342.
14. H. Bosma, R. Peter, J. Siegrist *et al.*, « Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease », *American Journal of Public Health*, 88(1), 1998, p. 68-74.
15. M. Bobák, C. Hertzman, Z. Škodová *et al.*, « Association between psychosocial factors at work and nonfatal myocardial infarction in a population-based case-control study in Czech men », *Epidemiology*, 9, 1998, p. 43-47.
16. 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.
17. R. Karasek, B. Gardell et J. Lindell, « Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white collar workers », *Journal of Occupational Behaviour*, 8, 1987, p. 187-207.
18. S. Roxburgh, « Gender differences in work and well-being: Effects of exposure and vulnerability », *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 1996, p. 265-277.
19. 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.
20. G.S. Lowe et H.C. Northcott, *Under pressure: A study of job stress*, Toronto, Garamond Press, 1986.
21. K.C. Light, R. Turner et A.L. Hinderliter, « Job strain and ambulatory work blood pressure in healthy young men and women », *Hypertension*, 20, 1992, p. 214-218.
22. J.A. Blumenthal, E.T. Thyrum et W.C. Siegel, « Contributions of job strain, job status and marital status to laboratory and ambulatory blood pressure in patients with mild hypertension », *Journal of Psychosomatic Research*, 39(2), 1995, p. 133-144.
23. G. Cesana, M. Ferrario, R. Sega *et al.*, « Job strain and ambulatory blood pressure levels in a population-based employed sample of men from Northern Italy », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 22(4), 1996, p. 294-305.
24. R. Bourbonnais, C. Brisson, J. Moisan *et al.*, « Job strain and psychological distress in white-collar workers », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 22(2), 1996, p. 139-145.

25. A. Toomingas, T. Theorell, H. Michelsen *et al.*, « Associations between self-rated psychosocial work conditions and musculoskeletal symptoms and signs, Stockholm JUSIC I Study Group », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 23(2), 1997, p. 130-139.
26. N. Krause, D.R. Ragland, B.A. Greiner *et al.*, « Psychosocial job factors associated with back and neck pain in public transit operators », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 23(3), 1997, p. 179-186.
27. J. Cahill et P.A. Landsbergis, « Job strain among post office mailhandlers », *International Journal of Health Services*, 26(4), 1996, p. 731-750.
28. T. Theorell, K. Harms-Ringdahl, G. Ahlberg-Hulten *et al.*, « Psychosocial job factors and symptoms from the locomotor system—a multicausal analysis », *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 23, 1991, p. 165-173.
29. I.L.D. Houtman, P.M. Bongers, P.G.W. Smulders *et al.*, « Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems. Scandinavian », *Journal of Work, Environment and Health*, 20(2), 1994, p. 139-145.
30. 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.
31. R. Karasek, K. Triantis et S. Chaudhry, « Co-worker and supervisor support as moderators of associations between task characteristics and mental strain », *Journal of Occupational Behaviour*, 3, 1982, p. 147-160.
32. P.L. Schnall, C. Pieper, J.E. Schwartz *et al.*, « The relationship between "job strain," workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass index », *Journal of the American Medical Association*, 263, 1990, p. 1929-1935.
33. R.J. Turner et W.R. Avison, « Innovations in the measurement of life stress: Crisis theory and the significance of event resolution », *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 1992, p. 36-51.
34. W.R. Avison et R.J. Turner, « Stressful life events and depressive symptoms: Desegregating the effects of chronic stress and eventful stressors », *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 1988, p. 253-264.
35. B.S. Dohrenwend, L. Krasnoff, A.R. Askenasoy *et al.*, « Exemplification of a method for scaling life events. The PERI Life Events Scale », *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 1978, p. 205-229.
36. B. Wheaton, *Chronic stress: Models and measurement*, Documents présentés aux rencontres de la Society for Social Problems, à Cincinnati en Ohio, 1991.
37. L.I. Pearlin, M. Lieberman, E. Menaghan *et al.*, « The stress process », *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 1981, p. 337-356.
38. M. Frankenhaeuser, U. Lundberg, M. Fredrikson *et al.*, « Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers », *Journal of Organizational Behaviour*, 10, 1989, p. 321-346.
39. J.B. Wyngaarden et L.H. Smith (s. la dir. de ), *Cecil Textbook of Medicine*, 17<sup>e</sup> révision, Philadelphie, W.B. Saunders Co., 1985.
40. L. Goldberg et C.W. Comstock, « Life events and subsequent illness », *American Journal of Epidemiology*, 104, 1976, p. 146-158.
41. S. Roxburgh, « The effect of children on the mental health of women in the paid labor force », *Journal of Family Issues*, 18, 1997, p. 270-289.

## Annexe

Tableau A

## Caractéristiques de la population âgée de 18 à 64 ans et qui travaille, Canada, territoires non compris, 1994-1995

|  | Les deux sexes       |       | Hommes               |       | Femmes               |       |
|--|----------------------|-------|----------------------|-------|----------------------|-------|
|  | Nombre (en milliers) | %     | Nombre (en milliers) | %     | Nombre (en milliers) | %     |
| <b>Total</b>   | 12 760               | 100,0 | 7 086                | 100,0 | 5 672                | 100,0 |
| <b>Profession</b>  |                      |       |                      |       |                      |       |
| Administration   | 1 845                | 14,5  | 1 120                | 15,8  | 725                  | 12,8  |
| Professionnels   | 2 298                | 18,0  | 970                  | 13,7  | 1 329                | 23,4  |
| Travail de bureau  | 1 884                | 14,8  | 470                  | 6,6   | 1 413                | 24,9  |
| Ventes   | 1 041                | 8,2   | 524                  | 7,4   | 516                  | 9,1   |
| Services   | 1 638                | 12,8  | 698                  | 9,8   | 940                  | 16,6  |
| Cols bleus†  | 3 641                | 28,5  | 3 075                | 43,4  | 566                  | 10,0  |
| Non déclarée   | 413                  | 3,2   | 230                  | 3,2   | 184                  | 3,2   |
| <b>Situation d'activité</b>                                      |                      |       |                      |       |                      |       |
| Plein temps  | 10 724               | 84,0  | 6 522                | 92,0  | 4 202                | 74,1  |
| Temps partiel  | 1 990                | 15,6  | 531                  | 7,5   | 1 459                | 25,7  |
| Non déclarée   | 46                   | 0,4   | 33                   | 0,5   | 12                   | 0,2   |
| <b>Âge</b>   |                      |       |                      |       |                      |       |
| 18-24  | 1 599                | 12,5  | 843                  | 11,9  | 756                  | 13,3  |
| 25-34  | 3 630                | 28,4  | 1 978                | 27,9  | 1 651                | 29,1  |
| 35-44  | 3 818                | 29,9  | 2 124                | 30,0  | 1 694                | 29,9  |
| 45-54  | 2 633                | 20,6  | 1 524                | 21,5  | 1 109                | 19,5  |
| 55-64  | 1 080                | 8,5   | 617                  | 8,7   | 462                  | 8,2   |
| <b>État matrimonial</b>  |                      |       |                      |       |                      |       |
| Marié(e)   | 8 904                | 69,8  | 5 068                | 71,5  | 3 836                | 67,6  |
| Jamais marié(e)  | 2 827                | 22,2  | 1 624                | 22,9  | 1 203                | 21,2  |
| Marié(e) antérieurement  | 1 025                | 8,0   | 394                  | 5,6   | 631                  | 11,1  |
| Non déclaré  | 4                    | —     | 1                    | —     | 3                    | 0,1   |
| <b>Niveau de scolarité</b>                                       |                      |       |                      |       |                      |       |
| Pas de diplôme d'études secondaires                              | 2 052                | 16,1  | 1 307                | 18,4  | 746                  | 13,1  |
| Diplôme d'études secondaires                                     | 2 150                | 16,8  | 1 169                | 16,5  | 981                  | 17,3  |
| Certaines études postsecondaires                                 | 3 426                | 26,8  | 1 803                | 25,4  | 1 623                | 28,6  |
| Diplôme d'études collégiales, professionnelles ou universitaires | 5 117                | 40,1  | 2 798                | 39,5  | 2 319                | 40,9  |
| Non déclaré  | 15                   | 0,1   | 10                   | 0,1   | 5                    | 0,1   |
| <b>Catégorie de revenu du ménage</b>                             |                      |       |                      |       |                      |       |
| Faible   | 401                  | 3,1   | 186                  | 2,6   | 215                  | 3,8   |
| Moyen-faible   | 767                  | 6,0   | 390                  | 5,5   | 377                  | 6,6   |
| Moyen  | 3 068                | 24,0  | 1 642                | 23,2  | 1 426                | 25,1  |
| Moyen-élevé  | 5 317                | 41,7  | 3 001                | 42,3  | 2 317                | 40,8  |
| Élevé  | 2 639                | 20,7  | 1 510                | 21,3  | 1 129                | 19,9  |
| Non déclarée   | 568                  | 4,4   | 357                  | 5,0   | 210                  | 3,7   |
| <b>Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage</b>               |                      |       |                      |       |                      |       |
| Oui  | 4 437                | 34,8  | 2 463                | 34,8  | 1 974                | 34,8  |
| Non  | 8 323                | 65,2  | 4 623                | 65,2  | 3 699                | 65,2  |
| <b>Usage du tabac</b>  |                      |       |                      |       |                      |       |
| Quotidien  | 3 451                | 27,0  | 2 054                | 29,0  | 1 397                | 24,6  |
| Ancien fumeur/à l'occasion                                       | 4 456                | 35,0  | 2 552                | 36,0  | 1 904                | 33,6  |
| Jamais   | 4 848                | 38,0  | 2 475                | 34,9  | 2 373                | 41,8  |
| Non déclaré  | 5                    | —     | 5                    | 0,1   | —                    | —     |
| <b>Niveau d'activité physique durant les loisirs</b>             |                      |       |                      |       |                      |       |
| Faible   | 7 417                | 58,1  | 3 830                | 54,0  | 3 587                | 63,2  |
| Moyen  | 2 700                | 21,2  | 1 518                | 21,4  | 1 182                | 20,8  |
| Élevé  | 2 045                | 16,0  | 1 246                | 17,6  | 799                  | 14,1  |
| Non déclaré  | 598                  | 4,7   | 492                  | 6,9   | 106                  | 1,9   |
| <b>Au moins un événement négatif récent</b>                      |                      |       |                      |       |                      |       |
| Non  | 7 316                | 57,3  | 4 062                | 57,3  | 3 254                | 57,4  |
| Oui  | 4 817                | 37,8  | 2 510                | 35,4  | 2 307                | 40,7  |
| Non déclaré  | 627                  | 4,9   | 515                  | 7,3   | 112                  | 2,0   |
| <b>Forte tension chronique</b>                                   |                      |       |                      |       |                      |       |
| Oui  | 7 378                | 57,8  | 3 790                | 53,5  | 3 588                | 63,2  |
| Non  | 4 739                | 37,1  | 2 770                | 39,1  | 1 969                | 34,7  |
| Non déclarée   | 643                  | 5,0   | 526                  | 7,4   | 117                  | 2,1   |
| <b>Intimité</b>  |                      |       |                      |       |                      |       |
| Difficulté à la trouver  | 2 419                | 19,0  | 1 250                | 17,6  | 1 168                | 20,6  |
| Aucune difficulté à la trouver                                   | 9 694                | 76,0  | 5 312                | 75,0  | 4 382                | 77,2  |
| Non déclarée   | 647                  | 5,1   | 524                  | 7,4   | 123                  | 2,2   |
| <b>Contrôle</b>  |                      |       |                      |       |                      |       |
| Faible   | 4 851                | 38,0  | 2 499                | 35,3  | 2 352                | 41,5  |
| Élevé  | 7 222                | 56,6  | 4 051                | 57,2  | 3 171                | 55,9  |
| Non déclaré  | 687                  | 5,4   | 536                  | 7,6   | 151                  | 2,7   |

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995, Fichier santé

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

† Regroupe les professions des secteurs primaires, de la transformation/usinage, de la fabrication et de la construction. — Néant

Tableau B

Cotes moyennes relatives aux dimensions du stress au travail, selon la profession et le sexe, population de 18 à 64 ans et qui travaille, Canada, territoires non compris, 1994-1995

|                         | Tensions et contraintes au travail <sup>†</sup> | Menace pesant sur l'emploi <sup>†</sup> | Exigences physiques <sup>†</sup> | Soutien des collègues <sup>‡</sup> | Soutien du superviseur <sup>‡</sup> |
|-------------------------|---|---|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Hommes</b>           |   |   |                                  |                                    |                                     |
| Administration          | 0,92  | 2,20                                    | 2,36                             | 3,57                               | 2,56                                |
| Professionnels          | 0,90  | 2,32                                    | 2,45                             | 3,52                               | 2,38                                |
| Travail de bureau       | 1,01  | 2,36                                    | 3,27                             | 3,76                               | 2,17                                |
| Ventes                  | 1,00  | 2,34                                    | 2,78                             | 3,63                               | 2,53                                |
| Services                | 1,02  | 2,33                                    | 3,49                             | 3,77                               | 2,54                                |
| Cols bleus <sup>§</sup> | 0,94  | 2,39                                    | 3,78                             | 3,51                               | 2,41                                |
| <b>Femmes</b>           |   |   |                                  |                                    |                                     |
| Administration          | 0,97  | 2,30                                    | 2,31                             | 3,73                               | 2,32                                |
| Professionnels          | 0,99  | 2,50                                    | 3,09                             | 3,68                               | 2,27                                |
| Travail de bureau       | 1,05  | 2,32                                    | 2,34                             | 3,59                               | 2,39                                |
| Ventes                  | 0,98  | 2,44                                    | 2,88                             | 3,51                               | 2,25                                |
| Services                | 1,13  | 2,40                                    | 3,76                             | 3,84                               | 2,53                                |
| Cols bleus <sup>§</sup> | 1,11  | 2,47                                    | 3,66                             | 3,57                               | 2,24                                |

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

**Nota :** Les cotes calculées pour les diverses composantes du stress au travail se fondent sur des échelles différentes et ne peuvent donc être comparées les unes aux autres.

† Codé de faible à grand

‡ Codé de grand à faible

§ Regroupe les professions des secteurs primaires, de la transformation/usinage, de la fabrication et de la construction.

Tableau C

Rapports corrigés de cotes établissant le lien entre certaines caractéristiques et la migraine, selon le sexe, population de 18 à 64 ans et qui travaille, Canada, territoires non compris, 1994-1995

|  | Hommes           |                                 | Femmes           |                                 |
|--|------------------|---------------------------------|------------------|---------------------------------|
|  | Rapport de cotes | Intervalle de confiance de 95 % | Rapport de cotes | Intervalle de confiance de 95 % |
| <b>Stress au travail</b>   |                  |                                 |                  |                                 |
| Fortes tensions et contraintes au travail <sup>†</sup>                           | 1,6*             | 1,0, 2,6                        | 1,1              | 0,8, 1,5                        |
| Emploi fortement menacé <sup>†</sup>   | 1,4              | 0,9, 2,2                        | 1,4*             | 1,0, 1,8                        |
| Fortes exigences physiques <sup>†</sup>  | 0,8              | 0,5, 1,4                        | 1,1              | 0,9, 1,5                        |
| Faible soutien des collègues <sup>†</sup>  | 1,5*             | 1,0, 2,3                        | 1,2              | 0,9, 1,6                        |
| Faible soutien du superviseur <sup>†</sup>                                       | 1,0              | 0,7, 1,5                        | 1,1              | 0,8, 1,4                        |
| <b>Profession</b>  |                  |                                 |                  |                                 |
| Administration <sup>‡</sup>  | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| Professionnels   | 0,7              | 0,4, 1,6                        | 0,8              | 0,5, 1,3                        |
| Travail de bureau  | 1,1              | 0,4, 3,0                        | 0,8              | 0,5, 1,2                        |
| Ventes   | 0,4              | 0,1, 1,5                        | 1,0              | 0,6, 1,6                        |
| Services   | 0,7              | 0,3, 1,7                        | 0,8              | 0,5, 1,4                        |
| Cols bleus <sup>§</sup>  | 0,5*             | 0,2, 1,0                        | 0,8              | 0,5, 1,5                        |
| <b>Emploi à plein temps<sup>†</sup></b>  | 1,0              | 0,4, 2,6                        | 1,2              | 0,9, 1,6                        |
| <b>Âge</b>   |                  |                                 |                  |                                 |
| 18-24  | 2,8              | 0,2, 35,1                       | 1,3              | 0,7, 2,8                        |
| 25-34  | 1,8              | 0,2, 20,2                       | 2,0*             | 1,0, 4,0                        |
| 35-44  | 3,9              | 0,3, 43,0                       | 1,8              | 0,9, 3,5                        |
| 45-54  | 3,8              | 0,3, 42,8                       | 2,2*             | 1,1, 4,1                        |
| 55-64 <sup>†</sup>   | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| <b>État matrimonial</b>  |                  |                                 |                  |                                 |
| Marié(e) <sup>‡</sup>  | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| Jamais marié(e)  | 1,0              | 0,4, 2,3                        | 0,8              | 0,5, 1,2                        |
| Marié(e) antérieurement  | 0,7              | 0,3, 1,9                        | 1,2              | 0,8, 1,7                        |
| <b>Enfant de moins de 12 ans dans le ménage<sup>†</sup></b>                      | 1,3              | 0,8, 2,4                        | 1,0              | 0,8, 1,4                        |
| <b>Niveau de scolarité</b>   |                  |                                 |                  |                                 |
| Pas de diplôme secondaire  | 1,2              | 0,6, 2,4                        | 1,0              | 0,7, 1,6                        |
| Diplôme d'études secondaires   | 1,0              | 0,5, 2,1                        | 0,8              | 0,5, 1,2                        |
| Certaines études postsecondaires   | 1,3              | 0,7, 2,2                        | 1,2              | 0,9, 1,6                        |
| Diplôme d'études collégiales, professionnelles ou universitaires <sup>†</sup>    | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| <b>Catégories de revenu du ménage : faible/moyen-faible ou moyen<sup>†</sup></b> | 1,1              | 0,7, 1,9                        | 0,8              | 0,6, 1,1                        |
| <b>Usage quotidien du tabac<sup>†</sup></b>                                      | 1,1              | 0,7, 1,7                        | 1,1              | 0,9, 1,5                        |
| <b>Niveau d'activité physique durant les loisirs</b>                             |                  |                                 |                  |                                 |
| Faible   | 1,2              | 0,7, 2,2                        | 1,0              | 0,7, 1,4                        |
| Moyen  | 0,7              | 0,4, 1,5                        | 1,1              | 0,7, 1,6                        |
| Élevé <sup>†</sup>   | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| <b>Au moins un événement négatif récent<sup>†</sup></b>                          | 2,1*             | 1,3, 3,4                        | 1,8*             | 1,4, 2,4                        |
| <b>Forte tension chronique<sup>†</sup></b>                                       | 1,3              | 0,8, 2,0                        | 1,6*             | 1,2, 2,2                        |
| <b>Manque d'intimité<sup>†</sup></b>   | 0,7              | 0,4, 1,3                        | 0,7*             | 0,5, 1,0                        |
| <b>Faible contrôle<sup>†</sup></b>   | 0,8              | 0,5, 1,2                        | 1,0              | 0,7, 1,3                        |

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

Nota : L'analyse porte sur 4 172 hommes et 4 004 femmes. En ont été exclus à peu près 13 % d'hommes et 8 % de femmes pour lesquels u ne valeur manquait pour une ou plusieurs variables. On a inclus dans le modèle la catégorie inconnu(e) pour la profession et pour le revenu afin de maximiser la taille de l'échantillon; cependant, on ne présente pas les rapports de cotes pour ces catégories. On a calculé les intervalles de confiance d'après les écarts-types déterminés par la méthode bootstrap d'estimation de la variance. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure ou supérieure est 1,0 sont significatifs. † La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la référence pour fortes tensions au travail est faibles tensions au travail.

‡ Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est égal à 1,00.

§ Regroupe les professions des secteurs primaires, de la transformation/usinage, de la fabrication et de la construction.

\* p = 0,05

... N'ayant pas lieu de figurer

Tableau D

Résultats de la régression multivariée prédisant le sentiment de détresse d'après certaines caractéristiques, selon le sexe, population de 18 à 64 ans et qui travaille, Canada, territoires non compris, 1994-1995

|   | Hommes                          |     |                                | Femmes                          |     |                                |
|---|---------------------------------|-----|--------------------------------|---------------------------------|-----|--------------------------------|
|   | Coefficient non standardisé (b) | se  | Coefficient standardisé (beta) | Coefficient non standardisé (b) | se  | Coefficient standardisé (beta) |
| <b>Stress au travail</b>  |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
| Tensions et contraintes au travail <sup>†</sup>                               | ,63*                            | ,18 | ,07*                           | ,05                             | ,19 | ,01                            |
| Emploi menacé <sup>†</sup>  | -,05                            | ,05 | -,02                           | ,02                             | ,05 | ,01                            |
| Exigences physiques <sup>†</sup>  | -,02                            | ,04 | -,01                           | -,02                            | ,05 | -,01                           |
| Soutien des collègues <sup>‡</sup>  | ,03                             | ,04 | ,02                            | ,08*                            | ,04 | ,04 *                          |
| Soutien du superviseur <sup>‡</sup>   | ,01                             | ,05 | ,003                           | -,09                            | ,05 | -,03                           |
| <b>Profession</b>   |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
| Administration <sup>§</sup>   |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
| Professionnels  | -,07                            | ,17 | -,01                           | ,17                             | ,20 | ,02                            |
| Travail de bureau   | ,29                             | ,27 | ,02                            | -,09                            | ,19 | -,01                           |
| Ventes  | -,25                            | ,22 | -,02                           | -,17                            | ,24 | -,01                           |
| Services  | -,15                            | ,24 | -,02                           | ,10                             | ,21 | ,01                            |
| Cols bleus <sup>††</sup>  | -,36*                           | ,16 | -,06*                          | ,01                             | ,27 | ,001                           |
| <b>Emploi à plein temps</b>   |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
|   | ,02                             | ,22 | ,002                           | -,06                            | ,13 | -,01                           |
| <b>Âge<sup>†</sup></b>  |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
|   | -,04*                           | ,01 | -,14 *                         | -,04 *                          | ,01 | -,12 *                         |
| <b>État matrimonial</b>   |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
| Marié(e) <sup>§</sup>   |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
| Jamais marié(e)   | ,04                             | ,16 | ,01                            | ,29                             | ,18 | ,04                            |
| Marié(e) antérieurement   | ,34                             | ,21 | ,03                            | ,33                             | ,19 | ,03                            |
| <b>Enfant de moins de 12 ans dans le ménage</b>                               |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
|   | -,15                            | ,13 | -,02                           | -,34*                           | ,14 | -,05 *                         |
| <b>Niveau de scolarité</b>  |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
| Pas de diplôme secondaire   | -,12                            | ,17 | -,02                           | ,28                             | ,22 | ,03                            |
| Diplôme d'études secondaires  | -,23                            | ,14 | -,03                           | -,23                            | ,18 | -,03                           |
| Certaines études postsecondaires  | -,09                            | ,12 | -,01                           | ,07                             | ,14 | ,01                            |
| Diplôme d'études collégiales, professionnelles ou universitaires <sup>§</sup> |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
| <b>Catégories de revenu du ménage : faible/moyen-faible ou moyen</b>          |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
|   | -,02                            | ,12 | -,003                          | ,12                             | ,14 | ,02                            |
| <b>Usage quotidien du tabac</b>   |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
|   | ,13                             | ,13 | ,02                            | ,24                             | ,14 | ,03                            |
| <b>Niveau d'activité physique durant les loisirs</b>                          |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
| Faible  | ,17                             | ,12 | ,03                            | ,10                             | ,15 | ,01                            |
| Moyen   | ,18                             | ,14 | ,03                            | ,003                            | ,17 | ,0004                          |
| Élevé <sup>§</sup>  |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
| <b>Au moins un événement négatif récent</b>                                   |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
|   | ,37*                            | ,06 | ,13*                           | ,31*                            | ,06 | ,10 *                          |
| <b>Tension chronique<sup>†</sup></b>  |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
|   | ,41*                            | ,03 | ,25*                           | ,39*                            | ,04 | ,22 *                          |
| <b>Manque d'intimité</b>  |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
|   | ,45*                            | ,15 | ,06*                           | ,65*                            | ,17 | ,08 *                          |
| <b>Contrôle<sup>†</sup></b>   |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
|   | -,17*                           | ,02 | -,24*                          | -,21*                           | ,01 | -,27 *                         |
| <b>Intercept</b>  |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
|   | 6,3                             |     |                                | 7,3                             |     |                                |
| <b>Total R<sup>2</sup></b>  |                                 |     |                                |                                 |     |                                |
|   | ,29                             |     |                                | ,29                             |     |                                |

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

Nota : L'analyse porte sur 4 166 hommes et 4 002 femmes. On a inclus dans le modèle la catégorie inconnu(e) pour la profession et pour le revenu afin de maximiser la taille de l'échantillon; cependant, on ne présente pas les coefficients b et bêta pour ces catégories. On a exclu de l'analyse à peu près 11 % d'hommes et 7 % de femmes pour lesquels manquaient certaines valeurs. Les écarts-types ont été estimés par la méthode bootstrap.

† Codé de faible à grand

‡ Codé de grand à faible

§ Catégorie de référence

†† Regroupe les professions des secteurs primaires, de la transformation/usinage, de la fabrication et de la construction.

\*  $p = 0,05$

R<sup>2</sup> = 0,29 pour les hommes et 0,29 pour les femmes; corrigé R<sup>2</sup> = 0,28 pour les hommes et 0,28 pour les femmes

Degré de liberté (hommes) = 28 4137; degré de liberté (femmes) = 28 3973

Tableau E

Rapports corrigés de cotes établissant le lien entre certaines caractéristiques et les blessures liées au travail, selon le sexe, population de 18 à 64 ans et qui travaille, Canada, territoires non compris, 1994-1995

|  | Hommes           |                                 | Femmes           |                                 |
|--|------------------|---------------------------------|------------------|---------------------------------|
|  | Rapport de cotes | Intervalle de confiance de 95 % | Rapport de cotes | Intervalle de confiance de 95 % |
| <b>Stress au travail</b>   |                  |                                 |                  |                                 |
| Fortes tensions et contraintes au travail <sup>†</sup>                           | 1,2              | 0,8, 1,7                        | 1,2 *            | 1,0, 1,4                        |
| Emploi fortement menacé <sup>†</sup>   | 1,1              | 0,8, 1,7                        | 1,7              | 0,7, 4,0                        |
| Fortes exigences physiques <sup>†</sup>  | 3,3*             | 2,3, 4,8                        | 1,9 *            | 1,7, 2,1                        |
| Faible soutien des collègues <sup>†</sup>  | 1,2              | 0,8, 1,6                        | 1,8 *            | 1,7, 1,8                        |
| Faible soutien du superviseur <sup>†</sup>                                       | 0,9              | 0,7, 1,3                        | 1,1              | 1,0, 1,3                        |
| <b>Profession</b>  |                  |                                 |                  |                                 |
| Administration <sup>‡</sup>  | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| Professionnels   | 1,7              | 0,7, 3,9                        | 0,9              | 0,9, 1,0                        |
| Travail de bureau  | 3,7*             | 1,3, 10,3                       | 0,5              | 0,2, 1,0                        |
| Ventes   | 1,7              | 0,6, 4,9                        | 0,9              | 0,7, 1,2                        |
| Services   | 1,9              | 0,9, 4,2                        | 0,8 *            | 0,8, 0,9                        |
| Cols bleus <sup>§</sup>  | 3,2*             | 1,6, 6,2                        | 0,9              | 0,4, 1,8                        |
| <b>Emploi à plein temps<sup>†</sup></b>  | 3,1*             | 1,2, 8,1                        | 1,3 *            | 1,1, 1,7                        |
| <b>Âge</b>   |                  |                                 |                  |                                 |
| 18-24  | 2,2              | 1,0, 5,0                        | 1,0              | 0,9, 1,1                        |
| 25-34  | 1,6              | 0,8, 3,2                        | 1,6              | 1,0, 2,5                        |
| 35-44  | 1,3              | 0,6, 2,7                        | 1,6              | 0,8, 3,2                        |
| 45-54  | 1,0              | 0,5, 2,2                        | 1,1              | 0,3, 4,5                        |
| 55-64 <sup>‡</sup>   | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| <b>État matrimonial</b>  |                  |                                 |                  |                                 |
| Marié(e) <sup>‡</sup>  | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| Jamais marié(e)  | 0,7              | 0,5, 1,0                        | 0,7 *            | 0,6, 0,8                        |
| Marié(e) antérieurement  | 0,7              | 0,4, 1,3                        | 0,8              | 0,4, 1,4                        |
| <b>Enfant de moins de 12 ans dans le ménage<sup>†</sup></b>                      | 1,0              | 0,7, 1,4                        | 0,9              | 0,8, 1,2                        |
| <b>Niveau de scolarité</b>   |                  |                                 |                  |                                 |
| Pas de diplôme secondaire  | 0,7              | 0,4, 1,1                        | 1,3              | 0,4, 4,0                        |
| Diplôme d'études secondaires   | 0,7              | 0,4, 1,1                        | 0,9              | 0,6, 1,2                        |
| Certaines études postsecondaires   | 0,9              | 0,6, 1,2                        | 1,2              | 0,9, 1,5                        |
| Diplôme d'études collégiales, professionnelles ou universitaires <sup>‡</sup>    | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| <b>Catégories de revenu du ménage : faible/moyen-faible ou moyen<sup>†</sup></b> | 0,8              | 0,5, 1,0                        | 1,3 *            | 1,2, 1,4                        |
| <b>Usage quotidien du tabac<sup>†</sup></b>                                      | 1,9*             | 1,3, 2,6                        | 0,8              | 0,6, 1,1                        |
| <b>Niveau d'activité physique durant les loisirs</b>                             |                  |                                 |                  |                                 |
| Faible   | 1,3*             | 0,9, 2,0                        | 1,4 *            | 1,3, 1,5                        |
| Moyen  | 1,7              | 1,0, 2,7                        | 1,3              | 0,5, 3,1                        |
| Élevé <sup>‡</sup>   | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| <b>Au moins un événement négatif récent<sup>†</sup></b>                          | 1,2              | 0,9, 1,7                        | 1,5              | 0,9, 2,4                        |
| <b>Forte tension chronique<sup>†</sup></b>                                       | 1,2              | 0,8, 1,6                        | 1,0              | 0,6, 1,6                        |
| <b>Manque d'intimité<sup>†</sup></b>   | 0,9              | 0,6, 1,3                        | 1,1              | 0,6, 1,9                        |
| <b>Faible contrôle<sup>†</sup></b>   | 1,0              | 0,8, 1,4                        | 1,3 *            | 1,2, 1,4                        |

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

Nota : L'analyse port sur 4 176 hommes et 4 007 femmes. En ont été exclus à peu près 13 % d'hommes et 8 % de femmes pour lesquels manquaient une ou plusieurs valeurs pour les variables. On a inclus dans le modèle la catégorie inconnu(e) pour la profession et pour le revenu afin de maximiser la taille de l'échantillon; cependant, les rapports de cotes pour ces catégories ne sont pas présentés. On a calculé les intervalles de confiance d'après les écarts-types déterminés par la méthode bootstrap d'estimation de la variance. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est 1,0 sont significatifs.

† La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la référence pour fortes tensions au travail est faibles tensions au travail.

‡ Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est égale 1,00.

§ Regroupe les professions des secteurs primaires, de la transformation/usinage, de la fabrication et de la construction.

\*  $p = 0,05$

... N'ayant pas lieu de figurer

Tableau F

Rapports corrigés de cotes établissant le lien entre certaines caractéristiques et l'hypertension, selon le sexe, population de 18 à 64 ans et qui travaille, Canada, territoires non compris, 1994-1995

|   | Hommes           |                                 | Femmes           |                                 |
|---|------------------|---------------------------------|------------------|---------------------------------|
|   | Rapport de cotes | Intervalle de confiance de 95 % | Rapport de cotes | Intervalle de confiance de 95 % |
| <b>Stress au travail</b>  |                  |                                 |                  |                                 |
| Fortes tensions et contraintes au travail <sup>†</sup>                          | 0,9              | 0,6, 1,5                        | 1,4              | 0,8, 2,3                        |
| Emploi fortement menacé <sup>†</sup>  | 1,0              | 0,7, 1,5                        | 0,8              | 0,5, 1,3                        |
| Fortes exigences physiques <sup>†</sup>   | 1,0              | 0,6, 1,6                        | 1,0              | 0,6, 1,6                        |
| Faible soutien des collègues <sup>†</sup>                                       | 1,1              | 0,7, 1,7                        | 0,9              | 0,6, 1,4                        |
| Faible soutien du superviseur <sup>†</sup>                                      | 0,8              | 0,5, 1,1                        | 0,9              | 0,6, 1,4                        |
| <b>Profession</b>   |                  |                                 |                  |                                 |
| Administration <sup>†</sup>   | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| Professionnels  | 0,7              | 0,4, 1,5                        | 0,6              | 0,3, 1,1                        |
| Travail de bureau   | 1,2              | 0,5, 3,1                        | 1,2              | 0,6, 2,4                        |
| Ventes  | 0,7              | 0,3, 1,7                        | 0,9              | 0,4, 2,2                        |
| Services  | 1,0              | 0,5, 2,1                        | 1,2              | 0,5, 2,7                        |
| Cols bleus <sup>§</sup>   | 0,8              | 0,4, 1,5                        | 1,5              | 0,5, 4,4                        |
| <b>Emploi à plein temps<sup>†</sup></b>   | 0,6              | 0,3, 1,6                        | 1,0              | 0,7, 1,5                        |
| <b>Âge</b>  |                  |                                 |                  |                                 |
| 18-24   | 0,04*            | 0,00, 0,5                       | 0,02*            | 0,00, 0,1                       |
| 25-34   | 0,06*            | 0,03, 0,1                       | 0,05*            | 0,02, 0,1                       |
| 35-44   | 0,3*             | 0,2, 0,5                        | 0,2*             | 0,1, 0,4                        |
| 45-54   | 0,6*             | 0,3, 1,0                        | 0,4*             | 0,2, 0,6                        |
| 55-64 <sup>†</sup>  | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| <b>État matrimonial</b>   |                  |                                 |                  |                                 |
| Marié(e) <sup>†</sup>   | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| Jamais marié(e)   | 0,6              | 0,3, 1,2                        | 1,6              | 0,8, 3,3                        |
| Marié(e) antérieurement   | 0,7              | 0,4, 1,4                        | 1,3              | 0,8, 2,3                        |
| <b>Enfant de moins de 12 ans dans le ménage<sup>†</sup></b>                     | 0,9              | 0,5, 1,5                        | 1,1              | 0,7, 2,0                        |
| <b>Niveau de scolarité</b>  |                  |                                 |                  |                                 |
| Pas de diplôme secondaire   | 1,1              | 0,6, 2,0                        | 1,1              | 0,5, 2,1                        |
| Diplôme d'études secondaires  | 1,3              | 0,7, 2,5                        | 0,9              | 0,5, 1,7                        |
| Certaines études postsecondaires  | 1,3              | 0,8, 2,2                        | 1,1              | 0,7, 1,9                        |
| Diplôme d'études collégiales, professionnelles ou universitaires <sup>†</sup>   | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| <b>Catégorie de revenu du ménage : faible/moyen-faible ou moyen<sup>†</sup></b> | 0,7              | 0,5, 1,2                        | 1,0              | 0,6, 1,7                        |
| <b>Usage quotidien du tabac<sup>†</sup></b>                                     | 0,8              | 0,5, 1,3                        | 0,9              | 0,6, 1,3                        |
| <b>Niveau d'activité physique durant les loisirs</b>                            |                  |                                 |                  |                                 |
| Faible  | 1,2              | 0,7, 2,0                        | 1,3              | 0,7, 2,2                        |
| Moyen   | 1,6              | 0,9, 2,8                        | 1,0              | 0,5, 1,8                        |
| Élevé <sup>†</sup>  | 1,0              | ...                             | 1,0              | ...                             |
| <b>Au moins un événement négatif récent<sup>†</sup></b>                         | 1,4*             | 1,0, 2,1                        | 1,4              | 0,9, 2,1                        |
| <b>Forte tension chronique<sup>†</sup></b>                                      | 1,3              | 0,8, 2,0                        | 1,3              | 0,8, 2,1                        |
| <b>Manque d'intimité<sup>†</sup></b>  | 1,5              | 0,9, 2,7                        | 1,0              | 0,6, 1,6                        |
| <b>Faible contrôle<sup>†</sup></b>  | 1,5              | 1,0, 2,2                        | 0,9              | 0,6, 1,4                        |

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, Fichier santé

Nota : L'analyse porte sur 4 172 hommes et 4 004 femmes. En ont été exclus à peu près 13 % d'hommes et 8 % de femmes pour lesquels il n'y avait pas de valeur manquante pour une ou plusieurs variables. On a inclus dans le modèle la catégorie inconnu(e) pour la profession et pour le revenu afin de maximiser la taille de l'échantillon; cependant, les rapports de cotes pour ces catégories ne sont pas présentés. On a calculé les intervalles de confiance d'après les écarts-types déterminés par la méthode bootstrap d'estimation de la variance. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est 1,0 sont significatifs.

† La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la référence pour fortes tensions au travail est faibles tensions au travail.

‡ Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est égale 1,00.

§ Regroupe les professions des secteurs primaires, de la transformation/usinage, de la fabrication et de la construction.

\*  $p = 0,05$

... N'ayant pas lieu de figurer

# Variations ayant trait à l'angioplastie et au pontage

Helen Johansen, Cyril Nair et Gregory Taylor

## Résumé

### Objectifs

Le présent article examine le taux d'intervention de revascularisation chez les malades ayant fait une crise cardiaque et l'intervalle entre la crise et l'intervention.

### Source des données

Les données proviennent de la Base de données axées sur la personne de Statistique Canada. Pour les exercices 1992-1993 et 1993-1994, on a couplé les dossiers de départ de l'hôpital des malades ayant eu une crise cardiaque.

### Techniques d'analyse

On a suivi pendant six mois les malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'un diagnostic primaire d'infarctus aigu du myocarde (IAM) afin de déterminer la proportion de ces malades qui a subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée et (ou) un pontage aorto-coronarien par greffe. L'analyse de l'intervalle entre la crise cardiaque et l'intervention chirurgicale a été effectuée pour les malades qui n'ont pas été hospitalisés pour un IAM dans les 12 mois précédents.

### Principaux résultats

Durant la première moitié de l'exercice 1993-1994, environ 24 000 Canadiens chez qui on a posé le diagnostic d'IAM sont sortis de l'hôpital. Dans les six mois qui ont suivi, 8,7 % ont subi une angioplastie et 6,7 %, un pontage; dans l'ensemble, 14,9 % ont subi une intervention de revascularisation. Le taux d'intervention de revascularisation diminue quand l'âge augmente. Après rajustement pour tenir compte des effets de l'âge et du sexe, les taux sont plus élevés pour les provinces de l'Ouest que pour le reste du pays.

### Mots-clés

Infarctus du myocarde, angioplastie coronarienne transluminale percutanée, pontage aorto-coronarien, réhospitalisation du malade, couplage des dossiers médicaux.

### Auteurs

Helen Johansen (613) 722-5570, johahel@statcan.ca et Cyril Nair travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6. Gregory Taylor travaille au Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada.

Le recours à la revascularisation pour traiter les maladies coronariennes a augmenté au cours des 20 dernières années<sup>1-3</sup> (voir *Interventions cardiaques*). La variation des taux de revascularisation d'une province à l'autre<sup>4-7</sup> et entre le Canada et les États-Unis<sup>8-10</sup> a déclenché un débat sur ce qui est considéré comme étant un taux approprié de recours à ces pratiques et a suscité des questions au sujet de la durée de l'attente<sup>11-15</sup>.

Le présent article s'appuie sur des données tirées de la Base de données axées sur la personne de Statistique Canada pour examiner les taux d'intervention de revascularisation — angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) et pontage aorto-coronarien par greffe (PACG) — chez les personnes qui ont été hospitalisées à la suite d'une crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde ou IAM) entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993. On a analysé les dossiers d'hospitalisation pour les six mois subséquents afin de calculer les taux de revascularisation selon l'âge, le sexe et la province (voir *Méthodologie et Limites*). L'intervalle entre la crise cardiaque et l'intervention chirurgicale a été calculé pour les malades qui n'ont pas été hospitalisés pour une crise cardiaque antérieure dans les 12 mois précédents.

## Méthodologie

### Source des données

Les provinces et les territoires fournissent chaque année leurs fichiers de données sur la morbidité hospitalière à Statistique Canada. Chaque enregistrement contient des renseignements extraits du dossier du malade et se rapporte à une radiation. Les données sur lesquelles se fonde la présente analyse proviennent de la Base de données axées sur la personne. Les dossiers d'hospitalisation transmis par les provinces (territoires non compris) pour les exercices 1992-1993 et 1993-1994 ont été couplés à l'aide du numéro d'identification du patient. (Le nom des patients n'est pas communiqué à Statistique Canada.)

### Techniques d'analyse

Il est fréquent que les hospitalisés fassent l'objet de diagnostics multiples. Celui d'entre eux qui cause le plus long séjour à l'hôpital est le diagnostic de « compilation » et, correspond ordinairement au diagnostic primaire, à savoir le diagnostic responsable du séjour à l'hôpital. Ici, l'expression « diagnostic primaire » signifie diagnostic de compilation.

Aux fins de cette analyse, une personne qui a fait une crise cardiaque est une personne qui a été hospitalisée une ou plusieurs fois durant l'année à la suite d'un infarctus aigu du myocarde (IAM). Sont incluses les personnes victimes d'un IAM décédées à l'hôpital<sup>7,10,16</sup>. On a utilisé le code de diagnostic de l'IAM (code 410) de la *Classification internationale des maladies, neuvième révision (CIM-9)*<sup>17</sup> pour repérer les malades ayant fait une crise cardiaque.

Le premier diagnostic primaire de crise cardiaque effectué entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 constitue l'« événement indice ». Cet indice permet de mesurer le temps écoulé entre la crise cardiaque et l'intervention de revascularisation et ne dépend pas du moment où a été recommandée l'angiographie. On a obtenu les renseignements sur les interventions chirurgicales qu'a subi chaque patient ayant fait une crise cardiaque dans les six mois qui ont suivi ou, le cas échéant sur son décès (Les décès survenus à l'extérieur de l'hôpital sont exclus).

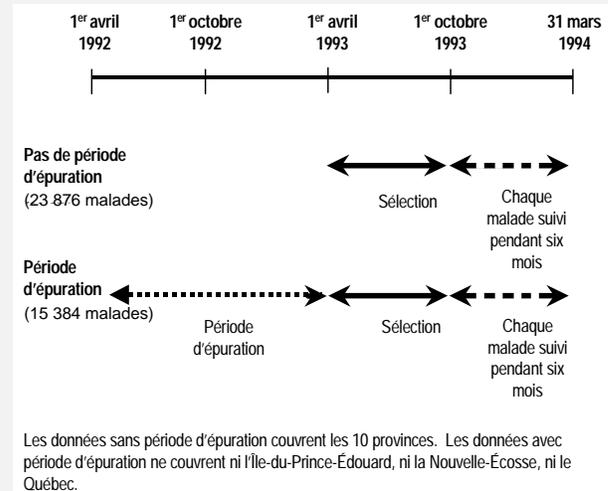
On a suivi chaque malade pendant six mois pour déterminer s'il a fait l'objet d'une angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) et (ou) d'un pontage aorto-coronarien par greffe (PACG) (voir *Interventions cardiaques*). Les codes de la *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCA)*<sup>18</sup> utilisés pour identifier ces interventions sont les suivants : PACG : 48.11 à 48.19 et ACTP : 48.00 à 48.08 et 51.59<sup>7</sup>.

Le fait d'inclure les malades hospitalisés dans le but de passer des examens destinés à écarter la possibilité d'une crise cardiaque pourrait exagérer artificiellement les chiffres. Par conséquent, pour réduire le nombre de diagnostics faussement positifs, on a exclu de l'analyse les malades qui sont sortis de l'hôpital en vie dans les quatre jours et qui n'ont pas subi d'ACTP<sup>7,10,16</sup>.

Il existe plusieurs méthodes pour calculer l'intervalle entre le diagnostic de la crise cardiaque et l'intervention de revascularisation<sup>19</sup>. Ici, pour estimer cet intervalle, on a soustrait la date de la première hospitalisation durant laquelle a eu lieu une revascularisation de la date de l'hospitalisation survenue à la suite de l'événement indice, car cette période englobe le temps mis pour consulter un spécialiste et pour être inscrit sur une liste d'attente. Si l'intervention a eu lieu durant l'hospitalisation indice, on a considéré que le délai entre l'hospitalisation et l'intervention correspondait à la moitié de la durée du séjour à l'hôpital. Il a fallu faire cette coupure arbitraire, car ce n'est pas toutes les provinces qui déclarent la date à laquelle chaque intervention est exécutée.

On a calculé l'intervalle entre la crise cardiaque et l'intervention

chirurgicale uniquement pour les personnes qui ont eu une crise cardiaque durant la première moitié de l'exercice 1993-1994 et qui n'avaient pas été hospitalisées à la suite d'une crise cardiaque au cours des 12 mois précédents. On qualifie cette période de 12 mois de « période d'épuration ». Cette restriction est nécessaire pour le calcul de l'intervalle entre la crise cardiaque et l'intervention chirurgicale. Sans période d'épuration, l'événement indice n'aurait pu être identifié. En effet, certains malades ayant eu une crise cardiaque l'année précédente auraient peut-être déjà été en attente de revascularisation au moment de la crise cardiaque qui a causé l'hospitalisation du 1<sup>er</sup> avril au 30 septembre, 1993. Après la deuxième crise cardiaque, il se pourrait qu'on leur ait octroyé un rang plus prioritaire sur la liste d'attente, de sorte qu'ils auraient subi une angioplastie ou un pontage dans un délai assez court. Ainsi, on ne disposerait pas, pour ces malades, de l'intervalle réel entre la crise cardiaque et la revascularisation.



On n'a pu appliquer le critère de la période d'épuration pour le Québec ni la Nouvelle-Écosse, car, chaque année, ces provinces brouillent les identificateurs des patients de façon différente. En outre, comme les interventions de revascularisation pratiquées sur des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard se sont faites hors de la province, les données sur ces interventions n'ont pas été saisies. Par conséquent, l'analyse de l'intervalle entre la crise cardiaque et l'intervention chirurgicale n'englobe ni l'Île-du-Prince-Édouard, ni la Nouvelle-Écosse, ni le Québec.

Pour déterminer dans quelle mesure l'exclusion de ces provinces influe sur les résultats, on a comparé les données obtenues pour les autres provinces à celles obtenues pour l'ensemble des malades qui ont eu une crise cardiaque durant la première moitié de l'exercice 1993-1994. Les calculs fondés sur les sept provinces restantes (tableaux A à E en annexe) sont similaires à ceux portant sur les 10 provinces.

On a recouru à la régression logistique pour corriger les taux provinciaux en fonction de l'âge et du sexe. On a appliqué à l'intervalle médian entre la crise cardiaque et l'intervention chirurgicale le test de Wilcoxon pour la comparaison entre hommes et femmes et le test de Kruskal-Wallis pour la comparaison en fonction de l'âge ou de la province<sup>20</sup>. On a fait des comparaisons selon l'âge pour les 35 ans et plus.

Cette analyse a pour objet de fournir des données empiriques sur les taux de revascularisation et l'intervalle entre la crise cardiaque et l'intervention chez les Canadiens. Elle ne détermine pas si les taux sont trop bas ou trop élevés ou encore si l'intervalle entre la crise cardiaque et l'intervention est trop court ou trop long.

### Peu de malades subissent une revascularisation

Durant la première moitié de l'exercice 1993-1994, 23 876 Canadiens sont sortis de l'hôpital après qu'on ait posé chez eux le diagnostic primaire d'infarctus aigu du myocarde (tableau 1). Dans près de deux tiers des cas, il s'agissait d'hommes et le tiers avait 75 ans et plus.

Au cours des six mois qui ont suivi leur crise cardiaque, 8,7 % de malades ont subi une angioplastie coronarienne transluminale percutanée et 6,7 %, un pontage aorto-coronarien par greffe (tableau 2). Le pourcentage total de malades chez lesquels on a pratiqué une revascularisation atteint 14,9 %, chiffre qui est légèrement inférieur à la somme des proportions de malades qui ont eu une angioplastie ou un pontage. Ce résultat indique que certains malades ont subi les deux types d'intervention durant les six mois de référence<sup>21,22</sup>. Les taux calculés pour les sept provinces pour lesquels on a pu établir l'existence d'une période d'épuration de 12 mois (autrement dit, n'observer

Tableau 1  
Nombre de malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'une crise cardiaque, selon le sexe et la province, Canada, territoires non compris

|                           | Total  | Hommes | Femmes |
|---------------------------|--------|--------|--------|
| <b>Tous les provinces</b> | 23 876 | 15 218 | 8 658  |
| Terre-Neuve               | 635    | 384    | 251    |
| Île-du-Prince-Édouard     | 110    | 71     | 39     |
| Nouvelle-Écosse           | 713    | 455    | 258    |
| Nouveau-Brunswick         | 819    | 524    | 295    |
| Québec                    | 6 362  | 4 138  | 2 224  |
| Ontario                   | 9 528  | 5 967  | 3 561  |
| Manitoba                  | 885    | 546    | 339    |
| Saskatchewan              | 893    | 579    | 314    |
| Alberta                   | 1 638  | 1 072  | 566    |
| Colombie-Britannique      | 2 293  | 1 482  | 811    |

Source des données : Base de données axées sur la personne

### Interventions cardiaques

La maladie coronarienne résulte de la formation de dépôts graisseux dans les cellules qui tapissent la paroi d'une artère coronaire et du blocage subséquent de la circulation sanguine<sup>23</sup>. L'angine de poitrine, qui est souvent la conséquence de la maladie coronarienne, est une douleur thoracique temporaire ou une sensation de pression qui survient quand l'apport d'oxygène au muscle cardiaque est insuffisant. Le pontage aorto-coronarien par greffe (PACG) et l'angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) sont des méthodes de revascularisation qui améliorent la circulation du sang vers le cœur.

Le pontage consiste à greffer une veine (ordinairement prélevée dans la jambe) ou une artère (ordinairement prélevée sous le sternum) entre l'aorte et l'artère coronaire, donc à « court-circuiter » la région obstruée<sup>23</sup>. Le pontage donne d'excellents résultats chez les personnes qui souffrent d'angine de poitrine et d'une maladie coronarienne localisée. Il peut améliorer la tolérance à l'effort, atténuer les symptômes et permettre de réduire le nombre de médicaments nécessaires ou leur dose. Les candidats les plus susceptibles de subir un pontage sont les personnes atteintes d'une angine de poitrine grave que la pharmacothérapie ne soulage pas, celles dont le cœur fonctionne normalement, celles qui n'ont fait aucune crise cardiaque, et celles qui ne souffrent d'aucune affection qui rendrait l'intervention chirurgicale risquée<sup>23</sup>.

Lors d'une angioplastie, on perfore une grosse artère périphérique (ordinairement l'artère fémorale de la jambe) au moyen d'une aiguille<sup>23</sup>. On fait pénétrer un fil-guide à travers l'aiguille dans l'appareil artériel, le long de l'aorte jusqu'à l'artère coronaire bouchée. Ensuite, on attache une sonde à ballonnet au fil-guide et on l'introduit dans l'artère coronaire malade jusqu'à la zone obstruée. Puis, on gonfle le ballonnet pendant plusieurs secondes, parfois plusieurs fois de suite, afin de réduire l'obstruction.

Le nombre d'interventions de revascularisation effectuées au Canada est à la hausse. De 1990-1991 à 1995-1996, le nombre annuel de pontages est passé de 13 500 à 18 500, soit une hausse de 37 %. Durant cette même période, le nombre d'angioplasties est passé de 16 100 à 23 600, soit une hausse de 47 %. Comme l'intervention chirurgicale est plus risquée chez les personnes dont le muscle cardiaque a été endommagé par une crise cardiaque antérieure, les malades ayant fait un IAM ne représentent qu'une petite fraction de ceux qui ont subi ces pontages et ces angioplasties. Cependant, il arrive qu'on procède à une revascularisation chez une personne ayant fait une crise cardiaque si les autres traitements sont inefficaces. Le risque est, certes, plus grand chez les malades dont l'état est grave, mais les bienfaits peuvent aussi être plus importants.

Tableau 2

Pourcentage de malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'une crise cardiaque chez lesquels on a pratiqué une revascularisation dans les six mois, selon le sexe et la province, Canada, territoires non compris

|                       | Angioplastie coronarienne<br>transluminale percutanée (ACTP) |        |        | Pontage aorto-coronarien<br>par greffe (PACG) |        |        | Au moins une intervention<br>de revascularisation† |        |        |
|-----------------------|--|--------|--------|---|--------|--------|--|--------|--------|
|                       | Total  | Hommes | Femmes | Total   | Hommes | Femmes | Total  | Hommes | Femmes |
|                       | %  |        |        | %   |        |        | %  |        |        |
| <b>Total</b>          | 8,7  | 9,8    | 7,0    | 6,7   | 7,9    | 4,5    | 14,9   | 17,1   | 11,2   |
| Terre-Neuve           | 3,8  | 3,6    | 4,0    | 5,4   | 5,2    | 5,6    | 9,1  | 8,9    | 9,6    |
| Île-du-Prince-Édouard | ...  | ...    | ...    | ...   | ...    | ...    | ...  | ...    | ...    |
| Nouvelle-Écosse       | 7,0  | 7,0    | 7,0    | 7,6   | 9,2    | 4,7    | 14,2   | 15,8   | 11,2   |
| Nouveau-Brunswick     | 8,4  | 10,3   | 5,1    | 5,7   | 6,9    | 3,7    | 13,8   | 16,6   | 8,8    |
| Québec                | 11,0   | 12,4   | 8,5    | 6,7   | 7,9    | 4,5    | 17,1   | 19,5   | 12,7   |
| Ontario               | 5,8  | 6,5    | 4,8    | 6,4   | 7,8    | 4,2    | 11,8   | 13,6   | 8,7    |
| Manitoba              | 6,2  | 7,5    | 4,1    | 5,2   | 5,9    | 4,1    | 11,4   | 13,4   | 8,3    |
| Saskatchewan          | 9,7  | 10,7   | 8,0    | 5,9   | 7,4    | 3,2    | 15,6   | 18,0   | 11,2   |
| Alberta               | 17,7   | 18,1   | 17,0   | 8,5   | 10,3   | 5,1    | 25,9   | 28,2   | 21,7   |
| Colombie-Britannique  | 11,1   | 13,0   | 7,6    | 7,8   | 8,4    | 6,7    | 18,2   | 20,8   | 13,6   |

Source des données : Base de données axées sur la personne

† Pourrait être inférieur à la somme des pourcentage de malades qui ont subi un ACTP et un PACG, car certains malades ont subi les deux interventions.

... N'ayant pas lieu de figurer

## Limites

Comme on a exécuté le couplage des enregistrements de la Base de données axées sur la personne séparément pour chaque province, les personnes hospitalisées à la suite d'une crise cardiaque dans deux provinces différentes durant le même exercice ont été comptées plus d'une fois. Toutefois, on estime que l'effet de ce genre de situation sur les résultats globaux est faible. En fait, comme les interventions réalisées à l'extérieur de la province de résidence ne sont pas dénombrées systématiquement, les interventions hors province causent davantage une sous-estimation du nombre de résidents d'une province donnée qui ont subi une intervention chirurgicale de suivi. Si on tient compte de tous les pontages, au lieu de se limiter à ceux réalisés chez les personnes ayant fait une crise cardiaque, 279 ont été pratiqués sur des personnes ne résidant pas dans la province où l'opération a eu lieu. De ces interventions hors province, 119 ont été enregistrées dans la province de résidence du malade. En ce qui concerne l'angioplastie, des 256 opérations faites sur des non-résidents, 64 seulement ont été codées dans la province de résidence du malade.

Comme six mois après la crise cardiaque, l'intervalle entre la crise cardiaque et l'intervention chirurgicale n'avait pas atteint un plateau, il semble que ce suivi, trop court, ne permet pas de connaître la proportion de ces malades qui finissent par subir cette intervention chirurgicale. Cependant, à cause des contraintes auxquelles est assujettie la Base de données axées sur la personne, il n'a pas été possible de suivre les malades pour une plus longue durée. En comparant cette analyse à d'autres portant sur l'intervalle entre la crise cardiaque et l'intervention chirurgicale, il faudra tenir compte de la période relativement courte sur laquelle elle repose.

Seuls les décès à l'hôpital sont traités dans cet article. Ne sont pas incluses les personnes non hospitalisées décédées des suites d'un IAM. (Selon les données de l'état civil, les décès dus à un IAM surviennent hors des murs d'un hôpital dans environ 69 % des cas chez les hommes et 60 % des cas chez les femmes<sup>24</sup>.)

Une limite importante de l'analyse tient au manque de données sur les facteurs de risque, la gravité de la maladie, la pharmacothérapie et les traitements particuliers, ainsi qu'au manque de renseignements de suivi sur l'état fonctionnel des malades, la morbidité et la mortalité. Idéalement, pour évaluer les traitements et réaliser des études épidémiologiques, on devrait coupler les données obtenues avant l'infarctus et après la sortie de l'hôpital à celles des registres des hôpitaux. En couplant les données cliniques aux renseignements que fournissent les bureaux de la statistique de l'état civil et les dossiers de sortie des hôpitaux, on devrait pouvoir effectuer un suivi à plus long terme sans avoir à recueillir les données directement auprès des malades, une démarche coûteuse<sup>25</sup>.

Le fait de suivre une cohorte de malades à partir du moment où ils ont une crise cardiaque CIM-9, code 410 réduit, mais n'élimine pas complètement, la variation géographique de la gravité de la maladie<sup>7</sup>. Les résultats fondés sur la comorbidité en tant que mesure de la gravité de la maladie donnent à penser que la gravité moyenne des crises cardiaques varie considérablement d'une province à l'autre<sup>26</sup>.

Les différences entre les méthodes de codage appliquées par les diverses provinces pourraient avoir des répercussions sur les données. Chaque enregistrement d'hospitalisation contient jusqu'à 12 zones réservées aux interventions chirurgicales. Le nombre d'interventions distinctes enregistrées pour chaque visite à l'hôpital varie selon la province.

La validité et la fiabilité des données sur les sorties de l'hôpital peuvent influencer les résultats. Selon certaines études, les données sur les diagnostics d'IAM des dossiers de sortie de l'hôpital sont bonnes<sup>25,27</sup>. Cependant, les auteurs d'un autre rapport<sup>28</sup> concluent qu'on devrait évaluer régulièrement la fiabilité des données des registres de sorties des hôpitaux. Selon deux études canadiennes, le taux de diagnostics faussement positifs varierait de 8 % à 21 %, mais les chiffres incluent les malades pour lesquels on a écarté plus tard la possibilité d'un IAM.<sup>29,30</sup>

que les malades qui n'avaient pas été hospitalisés à la suite d'une crise cardiaque CIM-9, code 410, l'année précédente) montrent que, des 2 170 malades chez lesquels on a procédé à une revascularisation, 47,3 % ont eu une angioplastie, 43,4 %, un pontage, 6,4 %, plus d'une angioplastie et 2,9 %, les deux types d'intervention.

### Le type d'intervention varie selon l'âge et le sexe

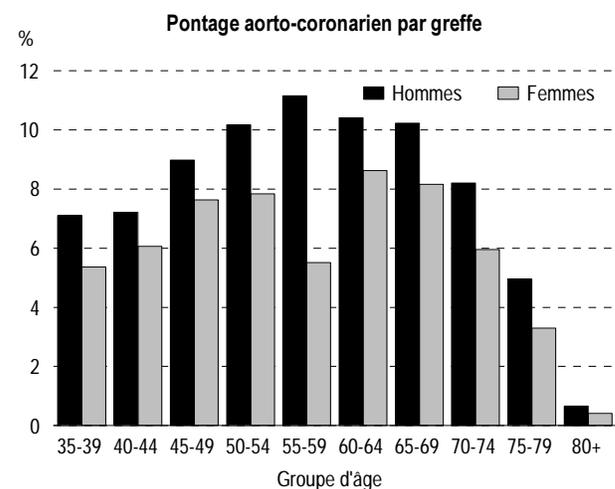
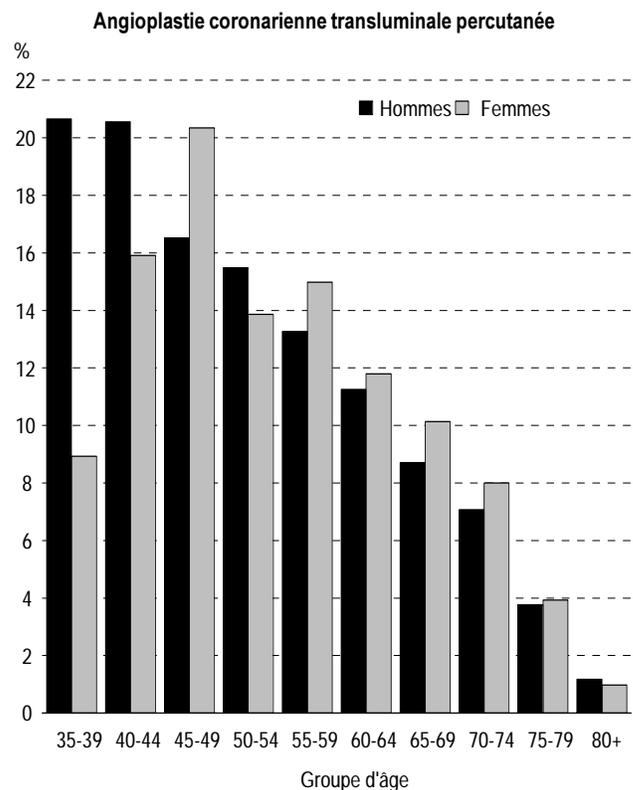
Les interventions de revascularisation pratiquées sur les malades ayant fait une crise cardiaque varient selon l'âge et le sexe. Chez les personnes de moins de 60 ans, l'angioplastie est généralement l'intervention la plus courante. En revanche, chez les malades plus âgés, les pontages sont aussi fréquents, voire parfois plus fréquents, que les angioplasties (graphique 1).

Toutes proportions gardées, les revascularisations sont généralement pratiquées en plus grand nombre chez les hommes que chez les femmes : 17 % contre 11 %. L'écart est plus prononcé pour les pontages (7,9 % contre 4,5 %) que pour les angioplasties (9,8 % contre 7,0 %). D'autres recherches montrent également que les femmes qui font une crise cardiaque sont moins susceptibles de subir une intervention cardiaque que les hommes<sup>31,32</sup>. Selon une étude réalisée en Ontario<sup>16</sup>, les taux d'angiographie coronarienne et de pontage sont nettement plus faibles pour les femmes que pour les hommes. Aux États-Unis, cet écart entre les sexes persiste même si l'on compare des malades hospitalisés dans le même établissement et si l'on tient compte des effets d'autres facteurs qui influent sur les taux d'intervention<sup>33</sup>.

Pour les hommes, on enregistre le taux d'angioplastie le plus élevé pour le groupe des 35 à 44 ans, mais le taux de pontage le plus élevé pour les malades à la fin de la cinquantaine. Pour les femmes, le taux d'angioplastie atteint sa valeur maximale pour le groupe des 45 à 49 ans, puis, à partir de la tranche d'âge de 55 à 59 ans, il ne cesse de baisser à mesure que l'âge augmente. En revanche, sauf chez les femmes de 55 à 59 ans, pour lesquelles le taux est très faible, on ne constate qu'une assez faible variation du taux de pontage selon l'âge avant 70 ans.

Après 55 ans, les femmes qui font une crise cardiaque sont plus susceptibles que les hommes de subir une angioplastie. Cependant, à tous les âges, une plus forte proportion d'hommes que de femmes ayant fait une crise cardiaque subissent un pontage.

Graphique 1  
Pourcentage de malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'une crise cardiaque, chez lesquels on a pratiqué une revascularisation dans les six mois, selon le sexe, l'âge et l'intervention, Canada, territoires non compris



Source des données : Base de données axées sur la personne

Tableau 3

**Rapports de cotes exprimant la possibilité d'une intervention de revascularisation selon l'âge, le sexe et la province, malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'une crise cardiaque, Canada, neuf provinces**

|                               | Angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) |                                 | Pontage aorto-coronarien par greffe (PACG) |                                 | Au moins une intervention de revascularisation |                                 |
|-------------------------------|---|---------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------------|
|                               | Rapports de cotes   | Intervalle de confiance de 95 % | Rapports de cotes                          | Intervalle de confiance de 95 % | Rapports de cotes                              | Intervalle de confiance de 95 % |
| <b>Sexe</b>                   |   |                                 |  |                                 |  |                                 |
| Hommes                        | 1,0   | 0,9, 1,1                        | 1,5*                                       | 1,3, 1,7                        | 1,2*   | 1,1, 1,3                        |
| Femmes†                       | 1,0   | ...                             | 1,0  | ...                             | 1,0  | ...                             |
| <b>Groupe d'âge de 5 ans‡</b> | 0,8*  | 0,8, 0,8                        | 0,9*                                       | 0,9, 0,9                        | 0,8*   | 0,8, 0,8                        |
| <b>Provinces§</b>             |   |                                 |  |                                 |  |                                 |
| Terre-Neuve                   | 0,5*  | 0,3, 0,8                        | 0,8  | 0,6, 1,2                        | 0,7*   | 0,5, 0,9                        |
| Nouvelle-Écosse               | 1,1   | 0,8, 1,5                        | 1,1  | 0,8, 1,5                        | 1,1  | 0,9, 1,4                        |
| Nouveau-Brunswick             | 1,5*  | 1,1, 2,0                        | 0,9  | 0,6, 1,2                        | 1,2*   | 1,0, 1,5                        |
| Québec                        | 1,9*  | 1,7, 2,1                        | 1,0  | 0,8, 1,1                        | 1,4*   | 1,3, 1,6                        |
| Ontario¶                      | 1,0   | ...                             | 1,0  | ...                             | 1,0  | ...                             |
| Manitoba                      | 1,2   | 0,9, 1,6                        | 0,9  | 0,6, 1,2                        | 1,1  | 0,9, 1,3                        |
| Saskatchewan                  | 2,1*  | 1,6, 2,7                        | 0,9  | 0,6, 1,2                        | 1,5*   | 1,2, 1,9                        |
| Alberta                       | 3,6*  | 3,0, 4,2                        | 1,3*                                       | 1,1, 1,6                        | 2,7*   | 2,4, 3,1                        |
| Colombie-Britannique          | 2,2*  | 1,8, 2,6                        | 1,3*                                       | 1,1, 1,5                        | 1,8*   | 1,6, 2,1                        |

**Source des données :** Base de données axées sur la personne

**Nota :** Les analyses portent sur 23 766 cas.

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

‡ Codé de faible à élevé

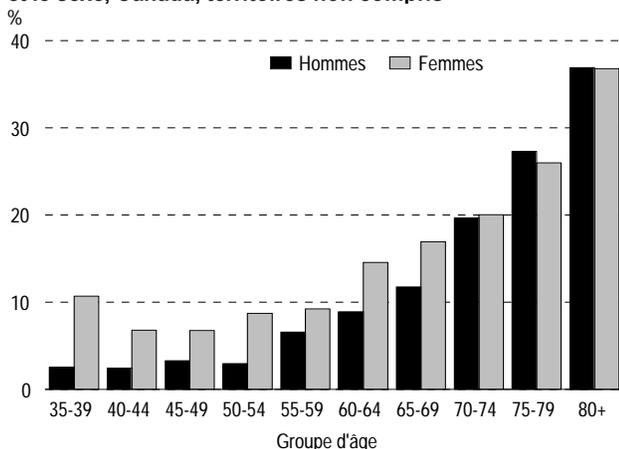
§ N'inclut pas l'Île-du-Prince-Édouard

¶ N'ayant pas lieu de figurer

\*  $p < 0,05$

Graphique 2

**Pourcentage de malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'une crise cardiaque qui sont morts à l'hôpital dans les six mois qui ont suivi la crise, selon l'âge et le sexe, Canada, territoires non compris**



**Source des données :** Base de données axées sur la personne

† Décès hors hôpital sont exclus.

Pour les deux types d'intervention, après 70 ans, les taux diminuent fortement pour les hommes et les femmes. La conduite du traitement de la cardiopathie ischémique chez les personnes âgées est complexe. La morbidité et la mortalité associées au traitement effractif par revascularisation sont élevées<sup>34</sup>. En outre, les complications contre-indiquant ce genre d'intervention sont plus probables chez les personnes âgées. Il n'est donc pas étonnant que moins de 4 % des personnes de plus de 74 ans hospitalisées à la suite d'une crise cardiaque subissent une intervention de revascularisation. À noter, toutefois, que la plus forte mortalité aux âges avancés explique aussi en partie cette faible proportion.

Dans une certaine mesure, la plus grande espérance de vie de la femme pourrait contribuer à expliquer leur plus faible taux d'interventions de revascularisation par rapport aux hommes. En effet, étant donné leur plus grande longévité, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes dans les groupes d'âge les plus avancés, où les malades sont les moins susceptibles de subir une revascularisation. Pourtant, si on tient compte des effets de l'âge et de la province, la cote exprimant le risque que les hommes aient un pontage est égale à une fois et demie la cote calculée pour les femmes. Par contre, en ce qui concerne l'angioplastie, on n'observe aucun écart significatif entre les sexes (tableau 3).

Dans l'ensemble, 18 % des personnes ayant fait une crise cardiaque sont décédées à l'hôpital dans les six mois qui ont suivi cette crise : 15 % des hommes et 23 % des femmes. (Parmi les malades chez lesquels on a pratiqué une revascularisation, 3,7 % sont morts à l'hôpital : 3,4 % d'hommes et 4,5 % de femmes.) Cependant, ces taux élevés de mortalité reflètent principalement les chiffres observés pour les groupes d'âge les plus avancés. Le tiers des personnes de 75 ans et plus ayant fait une crise cardiaque sont décédées à l'hôpital dans les six mois, la plupart dans les deux semaines qui ont suivi leur crise.

Le taux de mortalité à l'hôpital est plus élevé pour les femmes de moins de 70 ans ayant fait une crise cardiaque que pour leurs homologues masculins;

toutefois, aux âges plus avancés, les taux sont pratiquement les mêmes pour les hommes que pour les femmes (graphique 2). Chez les quelques femmes de 35 à 39 ans (56) ayant eu une crise cardiaque, le taux de mortalité était assez élevé, en fait, plus élevé que pour les femmes ayant 20 ans de plus.

### Taux plus élevés dans l'Ouest

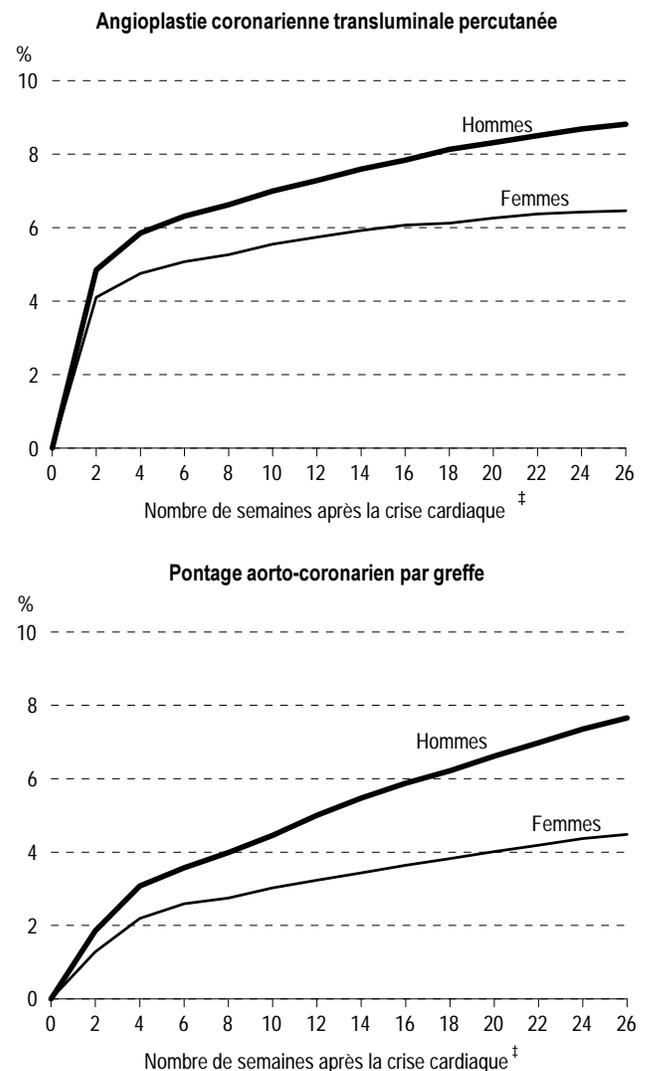
En 1993-1994, les taux de revascularisation variaient considérablement selon la province et étaient généralement plus élevés dans l'Ouest (tableau 2). La proportion de malades ayant fait une crise cardiaque chez lesquels on a pratiqué une revascularisation varie de 9,1 % à Terre-Neuve à 25,9 % en Alberta. C'est dans cette province que les taux sont les plus élevés pour les deux interventions : 17,7 % de malades ont eu une angioplastie et 8,5 %, un pontage dans les six mois qui suivent la crise cardiaque. C'est à Terre-Neuve que le taux d'angioplastie était le plus faible (3,8 %) et au Manitoba que le taux de pontage était le plus faible (5,2 %). Sauf à Terre-Neuve, les taux enregistrés pour les deux interventions étaient plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans chaque province.

Si l'on tient compte des effets de l'âge et du sexe, la cote exprimant le risque de subir une angioplastie est nettement plus élevée pour les malades hospitalisés à la suite d'une crise cardiaque au Nouveau-Brunswick, au Québec, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique qu'en Ontario; en revanche, cette cote est nettement plus faible pour ceux de Terre-Neuve (tableau 3). La cote exprimant le risque d'avoir un pontage n'est significativement plus élevée qu'en Alberta et en Colombie-Britannique.

Les données sur lesquelles repose l'analyse ne permettent de tirer aucune conclusion quant aux raisons de la variation des taux de revascularisation d'une province à l'autre. Les provinces fournissent des renseignements aussi bien pour l'angioplastie que pour le pontage, de sorte que l'on ne peut pas attribuer les différences à la préférence pour une intervention plutôt que l'autre. Des études antérieures n'ont fourni aucune preuve de recours

non approprié aux interventions de revascularisation<sup>35,36</sup>. Les considérations d'ordre économique sont des facteurs importants, mais qui jouent dans toutes les provinces. L'accès aux installations nécessaires pourrait être un facteur, particulièrement dans la région atlantique, où les malades doivent parfois sortir de leur province pour obtenir l'intervention et, le cas échéant, ne sont pas

Graphique 3  
Taux cumulatif de revascularisation chez les malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'une crise cardiaque, calculé en respectant une période d'épuration de 12 mois, selon le sexe, Canada, sept provinces†



Source des données : Base de données axées sur la personne

† N'inclut ni l'Île-du-Prince-Édouard, ni la Nouvelle-Écosse, ni le Québec.

‡ Premier diagnostic primaire d'infarctus aigu du myocarde.

Tableau 4

Intervalle médian entre la crise cardiaque et l'intervention chez les malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'une crise cardiaque et sur lesquels on a pratiqué une revascularisation dans les six mois, selon l'âge, le sexe et la province, calculé en respectant une période d'épuration de 12 mois, Canada, sept provinces

|   | Angioplastie coronarienne<br>transluminale percutanée (ACTP) |         |                             | Pontage aorto-coronarien<br>par greffe (PACG) |         |                             | Au moins une<br>intervention de revascularisation |         |                             |
|---|--|---------|-----------------------------|---|---------|-----------------------------|---|---------|-----------------------------|
|   | Nombre<br>de<br>malades                                      | Médiane | Écart<br>inter-<br>quartile | Nombre<br>de<br>malades                       | Médiane | Écart<br>inter-<br>quartile | Nombre<br>de<br>malades <sup>†</sup>              | Médiane | Écart<br>inter-<br>quartile |
|   | Jours  |         |                             | Jours   |         |                             | Jours   |         |                             |
| <b>Sept provinces<sup>‡</sup></b>           | 1 228  | 11,0    | 5,5-48,0                    | 1 004   | 44,5    | 14,0-105,5                  | 2 170   | 19,0    | 7,0- 79,0                   |
| <b>Sexe</b>                                 |  |         |                             |   |         |                             |   |         |                             |
| Hommes                                      | 865  | 12,0    | 5,5-57,0                    | 753   | 49,0    | 15,0-109,0                  | 1 572   | 22,0    | 8,0- 84,0                   |
| Femmes                                      | 363  | 9,5     | 5,5-33,0                    | 251   | 30,0    | 12,5- 94,0                  | 598   | 15,0    | 7,0- 62,0                   |
| <i>Niveau de signification<sup>§</sup></i>  |  |         | 0,0683                      |   |         | 0,0070                      |   |         | 0,0002                      |
| <b>Sexe et âge</b>                          |  |         |                             |   |         |                             |   |         |                             |
| <b>Hommes</b>                               |  |         |                             |   |         |                             |   |         |                             |
| 20-34                                       | 13   | 7,0     | 3,5-21,0                    | 2   | 139,0   | 98,0-180,0                  | 15  | 12,0    | 3,5- 98,0                   |
| 35-49                                       | 194  | 15,0    | 5,0-70,0                    | 110   | 65,0    | 19,0-133,0                  | 297   | 30,0    | 7,0- 91,0                   |
| 50-64                                       | 398  | 11,5    | 5,5-60,0                    | 339   | 58,0    | 16,0-114,0                  | 712   | 23,0    | 7,5- 87,0                   |
| 65-79                                       | 244  | 10,0    | 6,0-35,0                    | 294   | 37,5    | 14,0- 93,0                  | 526   | 20,0    | 8,0- 74,0                   |
| 80+   | 16   | 13,5    | 4,0-20,5                    | 8   | 31,8    | 15,0- 70,0                  | 22  | 15,3    | 5,5- 31,0                   |
| <i>Niveau de signification<sup>††</sup></i> |  |         | 0,2769                      |   |         | 0,071                       |   |         | 0,3505                      |
| <b>Femmes</b>                               |  |         |                             |   |         |                             |   |         |                             |
| 20-34                                       | 2  | 24,0    | 3,0-45,0                    | 3   | 89,0    | 6,0-164,0                   | 5   | 45,0    | 6,0- 89,0                   |
| 35-49                                       | 45   | 10,5    | 5,0-29,0                    | 22  | 29,0    | 10,5- 68,0                  | 63  | 14,0    | 6,0- 44,0                   |
| 50-64                                       | 123  | 9,5     | 5,0-24,0                    | 74  | 31,5    | 14,0-107,0                  | 193   | 14,0    | 6,0- 59,0                   |
| 65-79                                       | 174  | 9,0     | 5,5-33,0                    | 146   | 29,0    | 12,0- 94,0                  | 312   | 16,0    | 7,5- 69,0                   |
| 80+   | 18   | 12,0    | 6,5-26,0                    | 6   | 22,0    | 12,5- 31,0                  | 24  | 13,3    | 9,0- 30,5                   |
| <i>Niveau de signification<sup>††</sup></i> |  |         | 0,7315                      |   |         | 0,732                       |   |         | 0,5289                      |
| <b>Sexe et province</b>                     |  |         |                             |   |         |                             |   |         |                             |
| <b>Hommes</b>                               |  |         |                             |   |         |                             |   |         |                             |
| Terre-Neuve                                 | 11   | 24,0    | 7,0-34,0                    | 19  | 23,0    | 12,0-133,0                  | 30  | 23,5    | 9,5- 72,0                   |
| Nouveau-Brunswick                           | 51   | 20,0    | 6,0-75,0                    | 30  | 54,5    | 11,0-141,0                  | 78  | 24,5    | 8,0- 93,0                   |
| Ontario                                     | 364  | 16,0    | 6,0-77,0                    | 435   | 57,0    | 17,0-114,0                  | 765   | 30,0    | 9,5- 98,0                   |
| Manitoba                                    | 38   | 6,75    | 5,0-18,0                    | 26  | 27,5    | 9,0- 78,0                   | 64  | 10,5    | 5,75-39,5                   |
| Saskatchewan                                | 58   | 18,3    | 5,5-67,0                    | 33  | 41,0    | 18,0- 86,0                  | 90  | 25,8    | 7,0- 75,0                   |
| Alberta                                     | 180  | 7,0     | 5,0-19,5                    | 98  | 50,0    | 17,0- 97,0                  | 277   | 13,0    | 6,0- 61,0                   |
| Colombie-Britannique                        | 163  | 11,0    | 5,5-41,0                    | 112   | 40,5    | 12,0- 95,5                  | 268   | 16,5    | 7,0- 72,5                   |
| <i>Niveau de signification<sup>††</sup></i> |  |         | 0,0001                      |   |         | 0,256                       |   |         | 0,0001                      |
| <b>Femmes</b>                               |  |         |                             |   |         |                             |   |         |                             |
| Terre-Neuve                                 | 8  | 18,0    | 5,5-25,5                    | 12  | 29,0    | 13,5- 59,5                  | 20  | 24,0    | 8,5- 40,5                   |
| Nouveau-Brunswick                           | 15   | 9,0     | 5,5-60,0                    | 11  | 11,0    | 6,0-109,0                   | 26  | 9,5     | 6,0- 60,0                   |
| Ontario                                     | 160  | 11,0    | 6,3-45,0                    | 134   | 30,0    | 14,0-104,0                  | 284   | 19,0    | 8,5- 74,5                   |
| Manitoba                                    | 12   | 8,5     | 7,0-84,5                    | 13  | 18,0    | 7,0- 77,0                   | 25  | 12,0    | 7,0- 79,0                   |
| Saskatchewan                                | 24   | 11,0    | 5,0-43,0                    | 9   | 28,0    | 15,5- 71,0                  | 33  | 17,0    | 8,0- 55,0                   |
| Alberta                                     | 89   | 7,0     | 5,0-13,0                    | 25  | 22,0    | 13,5- 71,0                  | 113   | 9,0     | 5,5- 16,0                   |
| Colombie-Britannique                        | 55   | 11,0    | 5,0-51,0                    | 47  | 37,0    | 12,0- 94,0                  | 97  | 18,0    | 7,5- 68,0                   |
| <i>Niveau de signification<sup>††</sup></i> |  |         | 0,0131                      |   |         | 0,572                       |   |         | 0,0001                      |

**Source des données :** Base de données axées sur la personne

**Nota :** On n'a fait des comparaisons selon l'âge que pour les 35 ans et plus.

† Pourrait être inférieur à la somme des pourcentages de malades qui ont subi un ACTP et un PACG, car certains malades ont subi les deux interventions.

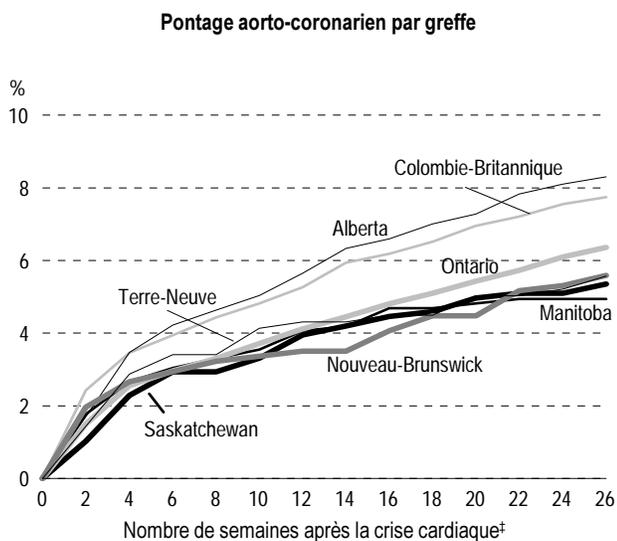
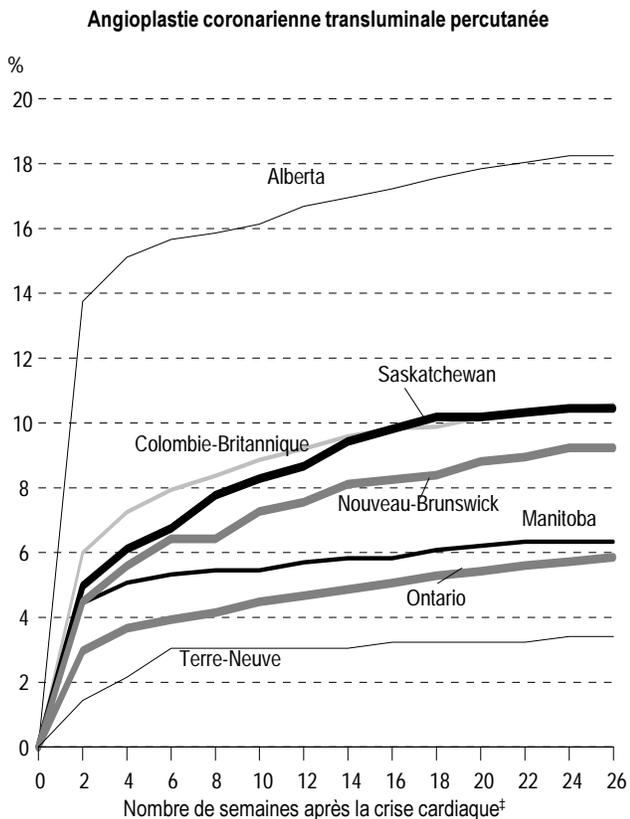
‡ N'inclut ni l'Île-du-Prince-Édouard, ni la Nouvelle-Écosse, ni le Québec.

§ Test de Wilcoxon

†† Test de Kruskal-Wallis

Graphique 4

Taux cumulatif de revascularisation chez les malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'une crise cardiaque, calculé en respectant une période d'épuration de 12 mois, Canada, sept provinces†



Source des données : Base de données axées sur la personne  
 † N'inclut ni l'Île-du-Prince-Édouard, ni la Nouvelle-Écosse, ni le Québec.  
 ‡ Premier diagnostic primaire d'infarctus aigu du myocarde.

enregistrés dans la base de données. Pour réduire la variation des taux de maladie selon la région, on a suivi une cohorte de malades à partir du moment où ils ont fait une crise cardiaque. Le fait que tous les malades aient vécu un épisode coronaire aigu minimisé, mais n'élimine aucunement tout à fait les variations géographiques quant à la gravité de la maladie<sup>7</sup>. Selon une étude récente, la gravité moyenne des crises cardiaques varie considérablement d'une province à l'autre<sup>26</sup>.

### Intervalle entre la crise cardiaque et l'intervention de revascularisation

Afin de mesurer l'intervalle pour un nouvel épisode de maladie cardiaque, de façon à ne pas raccourcir artificiellement la période d'attente, on a calculé l'intervalle entre la crise cardiaque et l'intervention pour les malades qui n'avaient pas été hospitalisés à la suite d'une crise cardiaque l'année précédente (période « d'épuration » de 12 mois). On n'a pu faire ces calculs que pour sept provinces. Le Québec, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard sont exclues de l'analyse.

L'intervalle médian entre la crise cardiaque et l'intervention chirurgicale atteint 11 jours pour l'angioplastie et 44,5 jours pour le pontage (tableau 4). L'intervalle ne varie pas considérablement selon l'âge du malade, quoique, pour le pontage, la période d'attente a tendance à être plus longue pour les hommes plus jeunes. Dans le cas du pontage, l'attente est plus courte pour les femmes que pour les hommes (30 jours contre 49 jours). Puisque les listes d'attente sont structurées de façon à donner la priorité aux malades qui ont le plus besoin de l'intervention, ce résultat corrobore l'observation selon laquelle la maladie cardiaque est ordinairement plus grave pour les femmes que pour les hommes<sup>37</sup>.

L'intervalle entre la crise cardiaque et l'angioplastie varie considérablement selon la province. Chez l'homme, l'intervalle médian varie de 7 jours au Manitoba et en Alberta à 24 jours à Terre-Neuve. Chez la femme, la fourchette va de 7 jours en Alberta à 18 jours à Terre-Neuve. Ces écarts entre province sont statistiquement significatifs.

Pour le pontage, l'intervalle entre la crise cardiaque et l'intervention varie également d'une province à l'autre, mais les écarts ne sont pas significatifs. Pour les hommes, on observe les intervalles médians les plus courts à Terre-Neuve et au Manitoba (moins de 28 jours) et l'intervalle le plus long en Ontario (57 jours). Pour les femmes, l'intervalle médian varie de 11 jours au Nouveau-Brunswick à 37 jours en Colombie-Britannique.

Comme l'indiquent les intervalles relatifs entre la crise cardiaque et l'intervention chirurgicale, on a tendance à faire les angioplasties beaucoup plus rapidement après la crise cardiaque que les pontages. Pour les hommes comme pour les femmes, le taux cumulatif d'angioplastie augmente rapidement, puis se stabilise. Toutefois, même au bout de six mois, les taux de pontage ne plafonnent pas et pourraient très bien continuer à augmenter (graphique 3). Par conséquent, en dernière analyse, l'intervalle médian entre la crise cardiaque et l'intervention chirurgicale pourrait être beaucoup plus grand que les valeurs médianes calculées ici, puisque ces valeurs ne couvrent qu'une période de six mois. De surcroît, les taux cumulatifs varient fortement selon la province, particulièrement en ce qui concerne l'angioplastie (graphique 4). Chez les malades qui ont fait une crise cardiaque en Alberta, le taux d'angioplastie augmente rapidement et reste beaucoup plus élevé que pour ceux des autres provinces pendant ces six mois. Les taux cumulatifs observés en Alberta pour les pontages sont également plus élevés que pour les autres provinces, mais l'écart est moins prononcé.

### Mot de la fin

Il n'existe pas de consensus quant au taux optimal de revascularisation après la crise cardiaque. Des études nord-américaines et européennes rapportent que les taux de revascularisation varient de 3 %<sup>38</sup> à 15 %<sup>39</sup>. En outre, on pratique beaucoup moins de revascularisations au Canada qu'aux États-Unis<sup>8,9</sup>, particulièrement chez les personnes âgées<sup>10,36</sup>.

Le recours plus fréquent à la revascularisation aux États-Unis ne semble pas faire baisser le taux de mortalité<sup>8,9</sup>. Cependant, on a constaté que les taux de survie sont plus élevés si on pratique

promptement une revascularisation que si on opte pour la pharmacothérapie de l'angine de poitrine<sup>40,41</sup>. En outre, le nombre de cas d'angine de poitrine avec diminution subséquente de la qualité de la vie déclarés au Canada, où le taux d'intervention chirurgicale est plus faible, est beaucoup plus élevé qu'aux États-Unis<sup>8,9</sup>. Enfin, quoique les taux de revascularisation soient globalement plus faibles au Canada, le régime universel d'assurance-santé en vigueur ici réduit le lien qui existe aux États-Unis entre le revenu et la possibilité d'obtenir un pontage<sup>42</sup>.

La durée de l'attente pour les opérations cardiaques varie aussi fortement selon le pays. Les malades traités au Canada attendent nettement plus longtemps que ceux traités aux États-Unis<sup>36,43</sup>.

Afin de traiter en premier lieu les malades dont l'état est le plus grave, on a établi des échelles pour déterminer leur rang sur les listes d'attente<sup>44-46</sup>. Naturellement, les cotes de priorité sont des évaluations imparfaites du temps que l'on peut laisser s'écouler avant de réhospitaliser le malade sans mettre sa vie en danger<sup>15</sup>. Un malade inscrit sur une liste d'attente peut souffrir de complications beaucoup plus tôt que prévu<sup>47</sup>. Si une longue attente ne semble pas avoir d'effet sur le taux de réussite des interventions de revascularisation (sauf chez les malades présentant une obstruction complète des artères coronaires<sup>48,49</sup>), elle peut compromettre la qualité de la vie, en prolongeant l'anxiété et les craintes du malade<sup>7,14,50,51</sup>. Par exemple, les malades inscrits sur la liste d'attente pour un pontage en Ontario d'octobre 1991 à juillet 1993, présentaient couramment des symptômes à la suite d'un effort même modéré<sup>11</sup>. Selon un autre rapport, 30 % des malades inscrits sur les listes d'attente ont dû prendre un congé de maladie en raison de leur état cardiaque, 32 % ont vu diminuer leur revenu et 20 % ont fait état de difficultés financières<sup>14</sup>.

Une invalidité prolongée avant la revascularisation semble aussi réduire les chances de reprendre le travail après l'opération<sup>52</sup>. D'aucuns prétendent que l'attente cumulative pour l'angiographie et pour l'angioplastie coronarienne ou l'opération à cœur ouvert peut entraîner une perte importante de productivité, retarder la réadaptation et limiter les

chances de revenir au niveau antérieur de productivité<sup>53</sup>.

Les données de la Base de données axées sur la personne montrent que le taux de revascularisation et le temps écoulé jusqu'à l'intervention chez les malades qui ont fait une crise cardiaque varient considérablement selon l'âge, le sexe et la province. Cependant, la présente analyse ne vise pas à déterminer si les taux de revascularisation sont trop faibles ou trop élevés, ni si l'intervalle entre la crise cardiaque et l'intervention chirurgicale est trop court ou trop long. Les valeurs appropriées des taux d'intervention de revascularisation et des périodes d'attente dépendent des caractéristiques des malades. Or, ce genre de renseignements, notamment la gravité du tableau clinique, ne peuvent être tirés de la Base de données axée sur la personne. Néanmoins, les variations au taux de revascularisation et le temps écoulé jusqu'à l'intervention chez les Canadiens ayant fait une crise cardiaque, qui ont été démontrées dans cette première étude nationale indiquent que les différences peuvent exister entre les pratiques et les ressources disponibles. ●

### Remerciements

Les auteurs remercient Karim Chagani, Mike Gagnon, Ru-Nie Gao, Evelyn Perkins et Jay Sedula pour leur appui.

### Références

1. D.E. Chiriboga, J. Yarzebski, R.J. Goldberg *et al.*, « A community-wide perspective of gender differences and temporal trends in the use of diagnostic and revascularization procedures for acute myocardial infarction », *American Journal of Cardiology*, 71(4), 1993, p. 268-273.
2. S. Peters, K. Chagani, P. Paddon *et al.*, « Coronary artery bypass surgery in Canada », *Rapports sur la santé*, 2(1), 1990, p. 9-26 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. L.A. Higginson, J.A. Cairns et E.R. Smith, « Rates of cardiac catheterization, coronary angioplasty and coronary artery bypass surgery in Canada (1991) », *Canadian Journal of Cardiology*, 10(7), 1994, p. 728-732.
4. L.L. Roos et S.M. Sharp, « Innovation, centralization, and growth: Coronary artery bypass graft surgery in Manitoba », *Medical Care*, 27, 1989, p. 441-452.
5. G.H. Platt, L.W. Svenson et S.E. Woodhead, « Coronary artery bypass grafting in Alberta from 1984 to 1989 », *Canadian Journal of Cardiology*, 9, 1993, p. 621-624.
6. A.M. Ugnat et C.D. Naylor, « Regionalized delivery and variable utilization: Coronary surgery in Ontario, 1981-1991 », *Canadian Medical Association Journal*, 151, 1994, p. 575-580.
7. C.D. Naylor et S.B. Jaglal, « Regional revascularization patterns after myocardial infarction in Ontario », *Canadian Journal of Cardiology*, 11(8), 1995, p. 670-674.
8. J.L. Rouleau, L.A. Moye, M.A. Pfeffer *et al.*, « A comparison of management patterns after acute myocardial infarction in Canada and the United States », *New England Journal of Medicine*, 328, 1993, p. 779-784.
9. D.B. Mark, C.D. Naylor, M.A. Hlatky *et al.*, « Use of medical resources and quality of life after acute myocardial infarction in Canada and the United States », *New England Journal of Medicine*, 331, 1994, p. 1130-1135.
10. J.V. Tu, C.L. Pashos, C.D. Naylor *et al.*, « Use of cardiac procedures and outcomes in elderly patients with myocardial infarction in the United States and Canada », *New England Journal of Medicine*, 336(21), 1997, p. 1500-1505.
11. C.D. Naylor, K. Sykora et S. Jefferson, « Steering Committee of the Adult Cardiac Care Network of Ontario. Waiting for coronary artery bypass surgery: population-based study of 8517 consecutive patients in Ontario, Canada », *Lancet*, 346, 1995, p. 1605-1609.
12. J.E. Hux et C.D. Naylor, « Are the marginal returns of coronary artery surgery smaller in high-rate areas? The Steering Committee of the Provincial Adult Cardiac Care Network of Ontario », *Lancet*, 348, 1996, p. 1202-1207.
13. M.J. Underwood, R.K. Firmin et D. Jehu, « Aspects of psychological and social morbidity in patients awaiting coronary artery bypass grafting », *British Heart Journal*, 69(5), 1993, p. 382-384.
14. R. Mulgan et R.L. Logan, « The coronary bypass waiting list: A social evaluation », *New Zealand Medical Journal*, 103(895), 1990, p. 371-372.
15. M. Doogue, C. Brett et J.M. Elliott, « Life and death on the waiting list for coronary bypass surgery », *New Zealand Medicine Journal*, 110(1037), 1997, p. 26-30.
16. S.B. Jaglal, V. Goel et C.D. Naylor, « Sex differences in the use of invasive coronary procedures in Ontario », *Canadian Journal of Cardiology*, 10(2), 1994, p. 239-244.
17. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la neuvième révision, 1975, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977.
18. Statistique Canada, *Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux*, Ottawa, Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé, 1968.

19. P. McDonald, H. Shortt, C. Sanmartin *et al.*, *Listes d'attente et temps d'attente pour des soins de santé au Canada : plus de gestion!! plus d'argent??*, Ottawa, Santé Canada, 1998.
20. B. Dawson-Saunders et R.G. Trapp, *Basic and Clinical Biostatistics*. 2<sup>e</sup> édition, Norwalk, Connecticut, Appleton et Lange, 1994.
21. W.S. Weintraub, E.L. Jones, J.M. Craver *et al.*, « Frequency of repeat coronary bypass or coronary angioplasty after coronary artery bypass surgery using saphenous venous grafts », *American Journal of Cardiology*, 73(2), 1994, p. 103-112.
22. S.B. 3<sup>rd</sup> King, N.J. Lembo, W.S. Weintraub *et al.*, « A randomized trial comparing coronary angioplasty with coronary bypass surgery. Emory Angioplasty versus Surgery Trial », *New England Journal of Medicine*, 331(16), 1994, p. 1044-1050.
23. R. Berkow, M.H. Beers, A.J. Fletcher (s. la dir. de), *The Merck Manual of Medical Information*, Whitehouse Station, New Jersey, Merck & Co., Inc., 1997.
24. H. Johansen, C. Nair et G. Taylor, « Tendances actuelles et futures en matière d'hospitalisation après une crise cardiaque », *Rapports sur la santé*, 10(2), 1998, p. 23-31 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
25. The West of Scotland Coronary Prevention Group. « Computerized Record Linkage: Compared with traditional patient follow-up methods in clinical trials and illustrated in a prospective epidemiological study », *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(12), 1995, p. 1441-1452.
26. W.A. Ghali, H. Quan et R. Brant, « Coronary artery bypass grafting in Canada: national and provincial mortality trends, 1992-1995 », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 159, 1998, p. 25-31.
27. T.P. Meehan, J. Hennen, M.J. Radford *et al.*, « Process and outcome of care for acute myocardial infarction among Medicare beneficiaries in Connecticut: a quality improvement demonstration project », *Annals of Internal Medicine*, 122(12), 1995, p. 928-936.
28. M. Mahonen, H. Miettinen, K. Pyorala *et al.*, « Hospital discharge register data in the assessment of trends in acute myocardial infarction. FINMONICA AMI Register Study Team », *Annals of Medicine*, 27(5), 1995, p. 547-554.
29. C. van Walraven, B. Wang, A.M. Ugnat *et al.*, « False-positive coding for acute myocardial infarction on hospital discharge records: Chart audit results from a tertiary centre », *Canadian Journal of Cardiology*, 6(9), 1990, p. 383-386.
30. J.L. Cox, M.P. Melady, E. Chen *et al.*, « Towards improved coding of acute myocardial infarction in hospital discharge abstracts: A pilot project », *Canadian Journal of Cardiology*, 13(4), 1997, p. 351-438.
31. J.B. Kostis, A.C. Wilson, K. O'Dowd *et al.*, « Sex differences in the management and long-term outcome of acute myocardial infarction. A statewide study. MIDAS Study Group. Myocardial Infarction Data Acquisition System », *Circulation*, 90(4), 1994, p. 1715-1730.
32. F.A. Majeed et D.G. Cook, « Age and sex differences in the management of ischaemic heart disease », *Public Health*, 110(1), 1996, p. 7-12.
33. W.H. Giles, R.F. Anda, M.L. Casper *et al.*, « Race and sex differences in rates of invasive cardiac procedures in US hospitals. Data from the National Hospital Discharge Survey », *Archives of Internal Medicine*, 155(3), 1995, p. 318-324.
34. R.K. Salley et M.C. Robinson, « Ischemic heart disease in the elderly: The role of coronary angioplasty and coronary artery bypass grafting », *Southern Medical Journal*, 86(10), 1993, p. 2S15-2S22.
35. G.M. Anderson, S.P. Pinfold, J.E. Hux *et al.*, « Case selection and appropriateness of coronary angiography and coronary artery bypass graft surgery in British Columbia and Ontario », *Canadian Journal of Cardiology*, 13, 1997, p. 246-252.
36. E.A. McGlynn, C.D. Naylor, G.M. Anderson *et al.*, « Comparison of the appropriateness of coronary angiography and coronary artery bypass graft surgery between Canada and New York State », *Journal of the American Medical Association*, 272(12), 1994, p. 934-940.
37. C.D. Naylor et C.M. Levinton, « Sex-related differences in coronary revascularization practices: The perspective from a Canadian queue management project », *Canadian Medical Association Journal*, 149(7), 1993, p. 965-973.
38. Rapport final de recherche du GISSI, « Long-term effects of intravenous thrombolysis in acute myocardial infarction: final report of the GISSI study » Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochi-nasi nell'Infarto Miocardico, *Lancet*, 2(8564), 1987, p. 871-874.
39. N.P. Wilkes, M.P. Jones, M.F. O'Rourke *et al.*, « Determinants of recurrent ischaemia and revascularisation procedures after thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator in primary coronary occlusion », *International Journal of Cardiology*, 30(1), 1991, p. 69-76.
40. R.H. Jones, K. Kesler, H.R. 3<sup>rd</sup> Phillips *et al.*, « Long-term survival benefits of coronary artery bypass grafting and percutaneous transluminal angioplasty in patients with coronary artery disease », *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 111(5), 1996, p. 1013-1025.
41. R. Davies, A.D. Goldberg, S. Forman *et al.*, « Asymptomatic Cardiac Ischemia Pilot (ACIP) Study two-year follow-up: Outcomes of patients randomized to initial strategies of medical therapy versus revascularization », *Circulation*, 95, 1997, p. 2037-2043.
42. G.M. Anderson, K. Grumbach, H.S. Luft *et al.*, « Use of coronary artery bypass surgery in the United States and Canada. Influence of age and income », *Journal of the American Medical Association*, 269(13), 1993, p. 1661-1666.
43. R.J. Carroll, S.D. Horn, B. Soderfeldt *et al.*, « International comparison of waiting times for selected cardiovascular procedures », *Journal of the American College of Cardiology*, 25(3), 1995, p. 557-563.
44. C.D. Naylor, R.S. Baigrie, B.S. Goldman *et al.*, « Revascularization Panel, Consensus Methods Group. Assessment of priority for coronary revascularization procedures », *Lancet*, 335, 1990, p. 1070-1073.
45. C.D. Naylor, R.S. Baigrie, B.S. Goldman *et al.*, « Assigning priority to patients requiring coronary revascularization: Consensus principles from a panel of cardiologists and surgeons », *Canadian Journal of Cardiology*, 7, 1991, p. 207-213.

46. C.D. Naylor, C.M. Levinton et R.S. Baigrie, « Adapting to waiting lists for coronary revascularization. Do Canadian specialists agree on which patients come first? », *Chest*, 101(3), 1992, p. 715-722.
47. T.M. Kieser, G. Tellett, R. Brant *et al.*, « Government, university, and community collaboration to develop a cardiac surgery database and report of morbidity and mortality while waiting for open heart surgery », *Medinfo*, 8, partie 2, 1995, p. 1635.
48. M. Carrier, R. Pineault, N. Tremblay *et al.*, « Outcome of rationing access to open-heart surgery: effect of the wait for elective surgery on patient outcome », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 149(8), 1993, p. 1117-1122.
49. K.T. Koch, J.J. Piek, G.K. David *et al.*, « Does a waiting time for elective coronary angioplasty affect the primary success rate? » *Heart*, 77(5), 1997, p. 432-436.
50. B. Pieper, M. Lepczyk et M. Caldwell, « Perceptions of the waiting period before coronary artery bypass grafting », *Heart and Lung*, 14, 1985, p. 40-44.
51. H.A. Llewellyn-Thomas, E.C. Thiel et C.D. Naylor, « Waiting for elective CABG: Patients' perceived risks and utilities for time », *Medical Decision Making*, 12(4), 1992, p. 337(abstr).
52. G. Dupuis, E. Kennedy, J. Perrault *et al.*, « The hidden costs of delayed bypass surgery », *Clinical and Investigative Medicine*, 13, supplément, 1990, p. C35(1).
53. L.A. Higinson, J.A. Cairns, W.J. Keon *et al.*, « Rates of cardiac catheterization, coronary angioplasty and open-heart surgery in adults in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 146(6), 1992, p. 921-925

## Annexe

Tableau A

Nombre de malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'une crise cardiaque, selon l'âge, le sexe et la période d'épuration, Canada, territoires non compris

| Âge          | Pas de période d'épuration |               |              | Période d'épuration <sup>†</sup> |              |              |
|--------------|----------------------------|---------------|--------------|----------------------------------|--------------|--------------|
|              | Total                      | Hommes        | Femmes       | Total                            | Hommes       | Femmes       |
| <b>Total</b> | <b>23 876</b>              | <b>15 218</b> | <b>8 658</b> | <b>15 384</b>                    | <b>9 779</b> | <b>5 605</b> |
| 20-24        | 7                          | 5             | 2            | 7                                | 5            | 2            |
| 25-29        | 27                         | 19            | 8            | 16                               | 11           | 5            |
| 30-34        | 127                        | 100           | 27           | 75                               | 53           | 22           |
| 35-39        | 366                        | 310           | 56           | 228                              | 193          | 35           |
| 40-44        | 784                        | 652           | 132          | 471                              | 386          | 85           |
| 45-49        | 1 362                      | 1 126         | 236          | 797                              | 649          | 148          |
| 50-54        | 1 708                      | 1 376         | 332          | 1 015                            | 793          | 222          |
| 55-59        | 2 051                      | 1 597         | 454          | 1 306                            | 1 035        | 271          |
| 60-64        | 2 797                      | 2 008         | 789          | 1 651                            | 1 131        | 520          |
| 65-69        | 3 296                      | 2 181         | 1 115        | 2 144                            | 1 420        | 724          |
| 70-74        | 3 585                      | 2 123         | 1 462        | 2 368                            | 1 398        | 970          |
| 75-79        | 3 333                      | 1 757         | 1 576        | 2 156                            | 1 171        | 985          |
| 80-84        | 2 585                      | 1 235         | 1 350        | 1 740                            | 848          | 892          |
| 85-89        | 1 346                      | 552           | 794          | 899                              | 382          | 517          |
| 90-94        | 407                        | 143           | 264          | 269                              | 104          | 165          |
| 95+          | 90                         | 31            | 59           | 58                               | 18           | 40           |

Source des données : Base de données axées sur la personne

Nota : Les totaux ne correspondent pas à la somme car on n'a pas tenu compte du petit nombre de patients ayant moins de 20 ans.

† N'inclut ni la Nouvelle-Écosse, ni le Québec.

Tableau B

Nombre de malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'une crise cardiaque, calculé en respectant une période d'épuration de 12 mois, selon le sexe, Canada, huit provinces

|                                   | Total         | Hommes       | Femmes       |
|-----------------------------------|---------------|--------------|--------------|
| <b>Huit provinces<sup>†</sup></b> | <b>15 384</b> | <b>9 779</b> | <b>5 605</b> |
| Terre-Neuve                       | 557           | 337          | 220          |
| Île-du-Prince-Édouard             | 101           | 65           | 36           |
| Nouveau-Brunswick                 | 715           | 457          | 258          |
| Ontario                           | 8 914         | 5 615        | 3 299        |
| Manitoba                          | 789           | 492          | 297          |
| Saskatchewan                      | 785           | 514          | 271          |
| Alberta                           | 1 469         | 966          | 503          |
| Colombie-Britannique              | 2 054         | 1 333        | 721          |

Source des données : Base de données axées sur la personne

† N'inclut ni la Nouvelle-Écosse, ni le Québec.

Tableau C

Caractéristiques des malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'une crise cardiaque, selon la province et la période d'épuration, Canada, territoires non compris

|                       | Pas de période d'épuration |                          |                             |                                     |             | Période d'épuration de 12 mois <sup>†</sup> |                          |                              |                                     |             |
|-----------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-------------|---|--------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------|
|                       | Femmes                     | Âgé de<br>75 à 84<br>ans | Âgé de<br>85 ans<br>et plus | Taux de mortalité<br>après six mois |             | Femmes                                      | Âgé de<br>75 à 84<br>ans | Âgée de<br>85 ans<br>et plus | Taux de mortalité<br>après six mois |             |
|                       |                            |                          |                             | Hommes                              | Femmes      |   |                          |                              | Hommes                              | Femmes      |
|                       | %                          |                          |                             |                                     |             |   |                          |                              |                                     |             |
| <b>Total</b>          | <b>36,3</b>                | <b>24,8</b>              | <b>7,7</b>                  | <b>14,9</b>                         | <b>23,3</b> | <b>36,4</b>                                 | <b>25,3</b>              | <b>8,0</b>                   | <b>16,1</b>                         | <b>23,7</b> |
| Terre-Neuve           | 39,5                       | 26,0                     | 7,1                         | 15,1                                | 17,9        | 39,5  | 24,4                     | 7,2                          | 14,5                                | 17,7        |
| Île-du-Prince-Édouard | 35,5                       | 21,8                     | 10,0                        | 12,7                                | 15,4        | 35,6  | 22,8                     | 8,9                          | 10,8                                | 13,9        |
| Nouvelle-Écosse       | 36,2                       | 23,4                     | 5,8                         | 1,3                                 | 3,5         | ...   | ...                      | ...                          | ...                                 | ...         |
| Nouveau-Brunswick     | 36,0                       | 22,6                     | 8,5                         | 13,7                                | 25,1        | 36,1  | 21,3                     | 8,3                          | 12,9                                | 24,4        |
| Québec                | 35,0                       | 22,2                     | 6,6                         | 13,4                                | 25,1        | ...   | ...                      | ...                          | ...                                 | ...         |
| Ontario               | 37,4                       | 25,5                     | 7,5                         | 15,4                                | 22,9        | 37,0  | 25,1                     | 7,4                          | 15,5                                | 23,5        |
| Manitoba              | 38,3                       | 26,9                     | 11,9                        | 16,1                                | 23,3        | 37,6  | 26,4                     | 10,8                         | 16,3                                | 23,9        |
| Saskatchewan          | 35,2                       | 29,9                     | 11,1                        | 16,9                                | 27,1        | 34,5  | 28,8                     | 9,7                          | 17,3                                | 25,8        |
| Alberta               | 34,6                       | 24,5                     | 7,6                         | 15,4                                | 22,3        | 34,2  | 23,8                     | 7,5                          | 15,7                                | 22,5        |
| Colombie-Britannique  | 35,4                       | 27,6                     | 9,3                         | 20,1                                | 27,0        | 35,1  | 27,4                     | 9,3                          | 20,3                                | 26,6        |

Source des données : Base de données axées sur la personne

† N'inclut ni la Nouvelle-Écosse, ni le Québec.

... N'ayant pas lieu de figurer

Tableau D

Pourcentage de malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'une crise cardiaque chez lesquels on a pratiqué une revascularisation dans les six mois, calculé en respectant une période d'épuration de 12 mois, selon le sexe, Canada, sept provinces

|                                   | Angioplastie<br>coronarienne transluminale<br>percutanée (ACTP) |            |            | Pontage aorto-coronarien<br>par greffe (PACG) |            |            | Au moins une<br>intervention de<br>revascularisation <sup>†</sup> |             |             |
|-----------------------------------|---|------------|------------|---|------------|------------|---|-------------|-------------|
|                                   | Total   | Hommes     | Femmes     | Total   | Hommes     | Femmes     | Total   | Hommes      | Femmes      |
|                                   | %   |            |            |   |            |            |   |             |             |
| <b>Sept provinces<sup>‡</sup></b> | <b>8,0</b>  | <b>8,8</b> | <b>6,5</b> | <b>6,5</b>                                    | <b>7,7</b> | <b>4,5</b> | <b>14,1</b>   | <b>16,1</b> | <b>10,7</b> |
| Terre-Neuve                       | 3,4   | 3,3        | 3,6        | 5,6   | 5,6        | 5,5        | 9,0   | 8,9         | 9,1         |
| Nouveau-Brunswick                 | 9,2   | 11,2       | 5,8        | 5,7   | 6,6        | 4,3        | 14,5  | 17,1        | 10,1        |
| Ontario                           | 5,9   | 6,5        | 4,8        | 6,4   | 7,7        | 4,1        | 11,8  | 13,6        | 8,6         |
| Manitoba                          | 6,3   | 7,7        | 4,0        | 4,9   | 5,3        | 4,4        | 11,3  | 13,0        | 8,4         |
| Saskatchewan                      | 10,4  | 11,3       | 8,9        | 5,4   | 6,4        | 3,3        | 15,7  | 17,5        | 12,2        |
| Alberta                           | 18,3  | 18,6       | 17,7       | 8,4   | 10,1       | 5,0        | 26,5  | 28,7        | 22,5        |
| Colombie-Britannique              | 10,6  | 12,2       | 7,6        | 7,7   | 8,4        | 6,5        | 17,8  | 20,1        | 13,5        |

Source des données : Base de données axées sur la personne

† Pourrait être inférieur à la somme des pourcentages de malades qui ont subi un ACTP et un PACG, car certains malades ont subi les deux interventions.

‡ N'inclut ni l'Île-du-Prince-Édouard, ni la Nouvelle-Écosse, ni le Québec.

Tableau E

Rapports de cotes exprimant la possibilité de subir une intervention de revascularisation selon l'âge, le sexe et la province, malades hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 septembre 1993 à la suite d'une crise cardiaque, calculés en respectant une période d'épuration de 12 mois, Canada, sept provinces<sup>†</sup>

|  | Angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP) |                                 | Pontage aorto-coronarien par greffe (PACG) |                                 | Au moins une intervention de revascularisation |                                 |
|--|---|---------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------------|
|  | Rapports de cotes   | Intervalle de confiance de 95 % | Rapports de cotes                          | Intervalle de confiance de 95 % | Rapports de cotes                              | Intervalle de confiance de 95 % |
| <b>Sexe</b>                              |   |                                 |  |                                 |  |                                 |
| Hommes                                   | 1,0   | 0,9, 1,1                        | 1,4*                                       | 1,2, 1,7                        | 1,2*   | 1,1, 1,3                        |
| Femmes <sup>‡</sup>                      | 1,0   | ...                             | 1,0  | ...                             | 1,0  | ...                             |
| <b>Groupe d'âge de 5 ans<sup>§</sup></b> |   |                                 |  |                                 |  |                                 |
|  | 0,8*  | 0,8, 0,8                        | 0,9*                                       | 0,8, 0,9                        | 0,8*   | 0,8, 0,8                        |
| <b>Sept provinces</b>                    |   |                                 |  |                                 |  |                                 |
| Terre-Neuve                              | 0,5*  | 0,3, 0,9                        | 0,9  | 0,6, 1,3                        | 0,7*   | 0,5, 1,0                        |
| Nouveau-Brunswick                        | 1,5*  | 1,2, 2,0                        | 0,8  | 0,6, 1,2                        | 1,2  | 1,0, 1,5                        |
| Ontario <sup>‡</sup>                     | 1,0   | ...                             | 1,0  | ...                             | 1,0  | ...                             |
| Manitoba                                 | 1,2   | 0,9, 1,6                        | 0,8  | 0,6, 1,1                        | 1,0  | 0,8, 1,3                        |
| Saskatchewan                             | 2,1*  | 1,7, 2,7                        | 0,9  | 0,6, 1,2                        | 1,6*   | 1,3, 1,9                        |
| Alberta                                  | 3,7*  | 3,1, 4,3                        | 1,3*                                       | 1,1, 1,6                        | 2,8*   | 2,4, 3,2                        |
| Colombie-Britannique                     | 2,1*  | 1,8, 2,5                        | 1,3*                                       | 1,1, 1,6                        | 1,8*   | 1,6, 2,0                        |

Source des données : Base de données axées sur la personne

Nota : Les analyses portent sur 15 283 cas.

<sup>†</sup> N'inclut ni l'île-du-Prince-Édouard, ni la Nouvelle-Écosse, ni le Québec.

<sup>‡</sup> Catégorie de référence, pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,0.

<sup>§</sup> Codé de faible à élevé

... N'ayant pas lieu de figurer

\*  $p < 0,05$



## Erratum

**Rapports sur la santé, automne 1998, volume 10, numéro 2**

**Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec**

*Jiajian Chen, Martha Fair, Russell Wilkins, Margaret Cyr et le Groupe d'études de la mortalité fœtale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale*

**Tableau 3, page 62**

Le titre du tableau 3 devrait se lire « Rapports ajustés de cotes pour la mortalité fœtale et infantile, selon le niveau de scolarité de la mère, naissances simples, Québec, 1990-1991 »

Vous pouvez obtenir une copie révisée de cet article en appelant au (613) 951- 5059.





# Données disponibles

Des données sommaires sur la santé produites récemment par Statistique Canada



### **Mortalité fœtale tardive et la mortalité périnatale 1996**

En 1996, 2 121 mortinaissances de 20 semaines et plus de gestation ont été déclarées au Canada (5,8 pour 1 000 naissances totales), par rapport à 2 353 en 1995 (6,2 pour 1 000) et 2 321 en 1986 (6,2 pour 1 000). Quant aux mortinaissances de 28 semaines et plus de gestation (décès fœtaux tardifs), les taux étaient de 3,4 pour 1 000 naissances totales en 1996, par rapport à 3,5 en 1995 et 4,2 en 1986.

Le taux de mortalité périnatale équivaut à la somme des décès fœtaux tardifs et des décès néonataux précoces (moins d'une semaine) pour 1 000 naissances totales. Ce taux était de 6,7 en 1996 par rapport à 6,9 en 1995 et 8,4 en 1986. Ces chiffres indiquent une tendance à la baisse à long terme de la mortalité fœtale tardive et de la mortalité périnatale au Canada.

Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données, communiquez avec Russell Wilkins au (613) 951-5305, Section des données de l'état civil, Division des statistiques sur la santé. Télécopieur: (613) 951-0792.

### **Statistiques sur la santé : catalogue des produits et services**

*Statistiques sur la santé: catalogue des produits et services* est un répertoire complet de l'information sur la santé diffusée par Statistique Canada. Les produits, les services et les enquêtes énumérés dans la publication portent sur de vastes domaines comme les statistiques de l'état civil, l'état de santé, les déterminants de la santé et les services de santé.

Le catalogue (82F0058XIF) est maintenant disponible gratuitement sur le site Web de Statistique Canada ([www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)) en cliquant sur le menu principal Produits et services et ensuite sur Publications téléchargeables (gratuites).

Pour plus de renseignements, communiquez avec Anne Gervais au (613) 951-1779, Division des statistiques sur la santé. Courriel: [anne.gervais@statcan.ca](mailto:anne.gervais@statcan.ca).

### **Estimations postcensitaires de la population**

Chaque numéro des *Rapports sur la santé* présente les estimations trimestrielles courantes. Pour les estimations préliminaires de la population du 1<sup>er</sup> juillet 1997, voir à la page suivante.

## Estimations postcensitaires préliminaires de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, 1<sup>er</sup> juillet 1997

|                       | Canada          | T.-N.        | Î.-P.-É.     | N.-É.        | N.-B.        | Qué.           | Ont.            | Man.           | Sask.          | Alb.           | C.-B.          | Yukon       | T.-N.O.     |
|-----------------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------|-------------|
|                       | en milliers     |              |              |              |              |                |                 |                |                |                |                |             |             |
| <b>Les deux sexes</b> | <b>30 286,6</b> | <b>563,6</b> | <b>137,2</b> | <b>947,9</b> | <b>762,0</b> | <b>7 419,9</b> | <b>11 407,7</b> | <b>1 145,2</b> | <b>1 023,5</b> | <b>2 847,0</b> | <b>3 933,3</b> | <b>31,6</b> | <b>67,5</b> |
| <1                    | 363,2           | 5,6          | 1,7          | 10,3         | 8,1          | 82,9           | 139,2           | 15,5           | 13,0           | 38,1           | 46,9           | 0,5         | 1,5         |
| 1-4                   | 1 552,6         | 24,3         | 7,1          | 44,1         | 35,4         | 362,2          | 594,4           | 65,2           | 56,3           | 159,3          | 196,5          | 1,9         | 5,9         |
| 5-9                   | 2 049,4         | 35,4         | 9,9          | 63,0         | 48,8         | 474,0          | 777,5           | 83,5           | 79,3           | 214,6          | 253,1          | 2,4         | 8,0         |
| 10-14                 | 2 027,1         | 41,2         | 10,1         | 64,1         | 51,5         | 456,8          | 758,5           | 81,5           | 81,8           | 215,7          | 257,2          | 2,4         | 6,4         |
| 15-19                 | 2 024,1         | 43,2         | 10,0         | 63,4         | 52,3         | 502,0          | 731,8           | 78,7           | 77,3           | 203,3          | 254,5          | 2,3         | 5,3         |
| 20-24                 | 2 034,5         | 43,7         | 9,7          | 65,1         | 55,3         | 485,5          | 750,8           | 79,7           | 70,5           | 202,6          | 264,0          | 2,2         | 5,4         |
| 25-29                 | 2 203,0         | 44,3         | 9,7          | 68,3         | 57,0         | 503,9          | 851,3           | 81,0           | 64,0           | 218,5          | 296,2          | 2,4         | 6,3         |
| 30-34                 | 2 564,4         | 45,7         | 10,7         | 77,9         | 62,5         | 619,3          | 1 003,7         | 90,0           | 73,8           | 243,8          | 327,4          | 3,1         | 6,5         |
| 35-39                 | 2 706,0         | 47,5         | 11,0         | 82,9         | 64,6         | 674,3          | 1 024,0         | 95,2           | 82,7           | 267,1          | 347,3          | 3,3         | 5,9         |
| 40-44                 | 2 465,9         | 47,0         | 10,2         | 76,3         | 62,2         | 626,5          | 905,8           | 86,9           | 78,0           | 242,2          | 323,2          | 2,9         | 4,8         |
| 45-49                 | 2 183,8         | 43,1         | 9,6          | 69,4         | 57,2         | 560,0          | 809,3           | 76,3           | 63,8           | 195,1          | 293,3          | 2,8         | 3,8         |
| 50-54                 | 1 794,1         | 34,8         | 8,0          | 57,7         | 45,6         | 478,7          | 666,0           | 62,7           | 51,0           | 151,4          | 233,7          | 2,0         | 2,5         |
| 55-59                 | 1 382,6         | 25,2         | 6,1          | 44,3         | 34,6         | 365,6          | 520,5           | 48,9           | 42,3           | 113,9          | 178,6          | 1,0         | 1,8         |
| 60-64                 | 1 210,0         | 21,0         | 5,6          | 38,6         | 29,5         | 310,9          | 463,2           | 43,8           | 40,0           | 98,6           | 156,5          | 0,8         | 1,4         |
| 65-69                 | 1 141,3         | 18,7         | 5,0          | 35,0         | 28,5         | 294,0          | 438,0           | 42,5           | 39,5           | 89,1           | 149,3          | 0,8         | 1,0         |
| 70-74                 | 986,1           | 15,9         | 4,4          | 30,4         | 25,0         | 246,2          | 381,9           | 39,5           | 36,6           | 73,4           | 131,9          | 0,5         | 0,6         |
| 75-79                 | 743,0           | 13,0         | 3,7          | 26,0         | 20,3         | 177,8          | 278,6           | 32,6           | 31,2           | 55,9           | 103,4          | 0,2         | 0,2         |
| 80-84                 | 476,6           | 8,1          | 2,6          | 17,3         | 13,1         | 111,1          | 174,3           | 22,8           | 22,8           | 35,9           | 68,4           | 0,1         | 0,2         |
| 85-89                 | 251,6           | 4,1          | 1,4          | 9,2          | 7,1          | 58,7           | 92,1            | 12,2           | 12,9           | 18,5           | 35,3           | 0,0         | 0,1         |
| 90+                   | 127,1           | 1,8          | 0,8          | 4,7          | 3,5          | 29,6           | 46,8            | 6,6            | 6,7            | 10,0           | 16,7           | 0,0         | 0,1         |
| <b>Hommes</b>         | <b>14 999,7</b> | <b>281,3</b> | <b>67,8</b>  | <b>466,7</b> | <b>376,9</b> | <b>3 657,2</b> | <b>5 636,3</b>  | <b>567,8</b>   | <b>508,3</b>   | <b>1 432,5</b> | <b>1 953,6</b> | <b>16,3</b> | <b>35,0</b> |
| <1                    | 186,0           | 2,8          | 0,9          | 5,2          | 4,2          | 42,5           | 71,4            | 7,9            | 6,5            | 19,5           | 24,2           | 0,2         | 0,7         |
| 1-4                   | 795,8           | 12,5         | 3,7          | 22,8         | 18,1         | 185,2          | 304,5           | 33,4           | 28,6           | 81,8           | 101,3          | 0,9         | 3,0         |
| 5-9                   | 1 049,5         | 18,2         | 5,1          | 32,4         | 24,9         | 242,7          | 398,3           | 42,9           | 40,4           | 109,9          | 129,2          | 1,3         | 4,2         |
| 10-14                 | 1 035,4         | 21,0         | 5,2          | 32,6         | 26,2         | 232,8          | 388,2           | 42,0           | 41,4           | 110,4          | 131,0          | 1,2         | 3,3         |
| 15-19                 | 1 037,3         | 21,7         | 4,9          | 31,9         | 26,9         | 257,2          | 375,9           | 39,9           | 40,1           | 104,1          | 130,8          | 1,2         | 2,7         |
| 20-24                 | 1 032,1         | 22,3         | 5,0          | 33,1         | 28,1         | 247,2          | 380,2           | 40,8           | 36,0           | 103,4          | 132,2          | 1,1         | 2,7         |
| 25-29                 | 1 110,4         | 22,7         | 5,0          | 34,9         | 29,0         | 256,6          | 425,8           | 41,2           | 32,0           | 110,8          | 148,0          | 1,2         | 3,3         |
| 30-34                 | 1 298,2         | 22,7         | 5,2          | 39,5         | 31,6         | 316,0          | 507,0           | 45,7           | 36,7           | 124,4          | 164,5          | 1,6         | 3,4         |
| 35-39                 | 1 364,7         | 23,7         | 5,4          | 40,9         | 32,3         | 341,0          | 516,6           | 48,6           | 41,8           | 136,1          | 173,6          | 1,6         | 3,0         |
| 40-44                 | 1 231,0         | 23,3         | 5,1          | 37,5         | 30,8         | 313,7          | 449,1           | 43,6           | 40,1           | 123,4          | 160,5          | 1,4         | 2,5         |
| 45-49                 | 1 096,0         | 21,7         | 4,9          | 34,6         | 28,9         | 280,4          | 402,7           | 38,5           | 32,8           | 99,5           | 148,4          | 1,4         | 2,1         |
| 50-54                 | 899,1           | 17,7         | 4,1          | 29,2         | 23,2         | 237,5          | 332,0           | 31,6           | 25,7           | 77,1           | 118,4          | 1,1         | 1,4         |
| 55-59                 | 687,3           | 12,9         | 3,1          | 22,1         | 17,4         | 180,0          | 257,5           | 24,1           | 20,8           | 58,2           | 89,6           | 0,7         | 1,0         |
| 60-64                 | 593,7           | 10,6         | 2,7          | 19,0         | 14,5         | 149,3          | 226,5           | 21,7           | 19,9           | 49,3           | 79,1           | 0,4         | 0,7         |
| 65-69                 | 544,9           | 9,2          | 2,5          | 16,4         | 13,3         | 135,8          | 209,6           | 20,1           | 19,2           | 43,7           | 74,2           | 0,5         | 0,5         |
| 70-74                 | 439,0           | 7,5          | 2,0          | 13,4         | 11,0         | 106,2          | 169,5           | 17,6           | 16,9           | 33,9           | 60,5           | 0,3         | 0,3         |
| 75-79                 | 305,6           | 5,7          | 1,5          | 10,6         | 8,5          | 69,7           | 114,9           | 13,4           | 13,3           | 23,8           | 44,1           | 0,1         | 0,1         |
| 80-84                 | 177,9           | 3,2          | 0,9          | 6,5          | 5,0          | 38,7           | 65,2            | 8,7            | 9,1            | 13,8           | 26,8           | 0,0         | 0,1         |
| 85-89                 | 81,9            | 1,4          | 0,5          | 3,0          | 2,3          | 17,5           | 29,6            | 4,2            | 4,7            | 6,4            | 12,3           | 0,0         | 0,1         |
| 90+                   | 33,7            | 0,5          | 0,2          | 1,1          | 0,9          | 7,2            | 11,8            | 1,8            | 2,1            | 3,1            | 5,0            | 0,0         | 0,0         |
| <b>Femmes</b>         | <b>15 286,9</b> | <b>282,3</b> | <b>69,4</b>  | <b>481,2</b> | <b>385,1</b> | <b>3 762,7</b> | <b>5 771,4</b>  | <b>577,4</b>   | <b>515,2</b>   | <b>1 414,5</b> | <b>1 979,7</b> | <b>15,3</b> | <b>32,5</b> |
| <1                    | 177,2           | 2,8          | 0,8          | 5,1          | 3,9          | 40,5           | 67,8            | 7,6            | 6,5            | 18,6           | 22,6           | 0,2         | 0,7         |
| 1-4                   | 756,8           | 11,8         | 3,4          | 21,3         | 17,3         | 177,0          | 289,9           | 31,9           | 27,7           | 77,5           | 95,2           | 1,0         | 2,8         |
| 5-9                   | 999,9           | 17,2         | 4,8          | 30,5         | 23,9         | 231,2          | 379,2           | 40,6           | 38,8           | 104,7          | 123,9          | 1,1         | 3,9         |
| 10-14                 | 991,8           | 20,3         | 4,9          | 31,5         | 25,3         | 223,9          | 370,3           | 39,5           | 40,4           | 105,3          | 126,1          | 1,2         | 3,1         |
| 15-19                 | 986,8           | 21,5         | 5,0          | 31,5         | 25,4         | 244,9          | 355,9           | 38,8           | 37,2           | 99,3           | 123,8          | 1,1         | 2,6         |
| 20-24                 | 1 002,4         | 21,4         | 4,7          | 32,1         | 27,2         | 238,2          | 370,6           | 38,9           | 34,5           | 99,2           | 131,8          | 1,1         | 2,7         |
| 25-29                 | 1 092,6         | 21,6         | 4,8          | 33,5         | 28,0         | 247,3          | 425,5           | 39,8           | 32,0           | 107,7          | 148,2          | 1,2         | 3,1         |
| 30-34                 | 1 266,2         | 23,0         | 5,5          | 38,5         | 30,9         | 303,2          | 496,7           | 44,3           | 37,1           | 119,4          | 162,9          | 1,5         | 3,1         |
| 35-39                 | 1 341,3         | 23,8         | 5,6          | 42,0         | 32,3         | 333,4          | 507,4           | 46,6           | 40,9           | 131,0          | 173,7          | 1,7         | 2,9         |
| 40-44                 | 1 234,9         | 23,6         | 5,0          | 38,8         | 31,4         | 312,7          | 456,6           | 43,4           | 38,0           | 118,8          | 162,7          | 1,5         | 2,3         |
| 45-49                 | 1 087,8         | 21,5         | 4,7          | 34,7         | 28,3         | 279,7          | 406,6           | 37,8           | 31,0           | 95,6           | 144,9          | 1,4         | 1,6         |
| 50-54                 | 895,0           | 17,1         | 3,9          | 28,6         | 22,4         | 241,2          | 333,9           | 31,1           | 25,2           | 74,3           | 115,3          | 0,9         | 1,1         |
| 55-59                 | 695,3           | 12,3         | 3,0          | 22,2         | 17,2         | 185,6          | 263,0           | 24,8           | 21,5           | 55,7           | 89,0           | 0,4         | 0,8         |
| 60-64                 | 616,2           | 10,4         | 2,9          | 19,6         | 15,0         | 161,6          | 236,7           | 22,1           | 20,1           | 49,3           | 77,4           | 0,4         | 0,7         |
| 65-69                 | 596,4           | 9,5          | 2,5          | 18,5         | 15,2         | 158,2          | 228,4           | 22,3           | 20,3           | 45,5           | 75,2           | 0,3         | 0,5         |
| 70-74                 | 547,1           | 8,4          | 2,3          | 17,0         | 14,0         | 140,0          | 212,3           | 21,9           | 19,7           | 39,5           | 71,4           | 0,2         | 0,3         |
| 75-79                 | 437,4           | 7,3          | 2,2          | 15,3         | 11,8         | 108,1          | 163,7           | 19,2           | 17,9           | 32,1           | 59,4           | 0,1         | 0,2         |
| 80-84                 | 298,7           | 4,9          | 1,7          | 10,9         | 8,1          | 72,4           | 109,2           | 14,1           | 13,8           | 22,0           | 41,5           | 0,1         | 0,1         |
| 85-89                 | 169,7           | 2,6          | 1,0          | 6,2          | 4,8          | 41,2           | 62,5            | 8,0            | 8,2            | 12,1           | 23,0           | 0,0         | 0,0         |
| 90+                   | 93,4            | 1,3          | 0,6          | 3,6          | 2,6          | 22,3           | 35,0            | 4,8            | 4,6            | 6,9            | 11,7           | 0,0         | 0,0         |

Source : Division de la démographie, section des estimations de la population

Nota : Les estimations de la population sont ajustées pour le sous-dénombrement net du recensement et incluent les résidents non-permanents.



# Pour commander les publications

Un inventaire des produits et services d'information de la Division des statistiques sur la santé comprenant les publications (sur papier, disquette, microfiche ou l'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  
 1-800-267-6677, appeler sans frais, au Canada  
 Télécopieur : (613) 951-1584

Ou visiter notre site internet : [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)

| Titre   | Numéro au catalogue                | Version     | Prix†      |               |                     |         |
|---|------------------------------------|-------------|------------|---------------|---------------------|---------|
|   |                                    |             | Canada     | É.-U. (US \$) | Autres pays (US \$) |         |
| <b>Statistiques sur la santé</b>  | Catalogue des produits et services | 82F0058XIF  | Internet   | gratuit       | gratuit             | gratuit |
| <b>Rapports sur la santé</b>  | · par année                        | 82-003-XPB  | Papier     | 116 \$        | 116 \$              | 116 \$  |
|   | · l'exemplaire                     |             |            | 35 \$         | 35 \$               | 35 \$   |
|   | · par année                        | 82-003-XIF  | Internet   | 87 \$         | 87 \$               | 87 \$   |
|   | · l'exemplaire                     |             |            | 26 \$         | 26 \$               | 26 \$   |
| <b>Indicateurs sur la santé</b>   |                                    | 82-221-XDB  | Disquette  | 250 \$        | 250 \$              | 250 \$  |
| <b>Naissances</b>   |                                    |             |            |               |                     |         |
| Naissances et décès‡  |                                    | 84-210-XPB  | Papier     | 35 \$         | 35 \$               | 35 \$   |
|   |                                    |             | Microfiche | 25 \$         | 25 \$               | 25 \$   |
|   |                                    |             | Internet   | 26 \$         | 26 \$               | 26 \$   |
| Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, de 1974 à 1993                  |                                    | 82-568-XPB  | Papier     | 32 \$         | 39 \$               | 45 \$   |
| Statistiques choisies sur la natalité et la fécondité, Canada, de 1921 à 1991 |                                    | 82-553-XPB  | Papier     | 40 \$         | 48 \$               | 56 \$   |
| Sommaire général des statistiques de l'état civil                             |                                    | 84F0001-XPB | Papier     | 30 \$         | 30 \$               | 30 \$   |
| <b>Cancer</b>   |                                    |             |            |               |                     |         |
| Le cancer au Canada‡  |                                    | 82-218-XPB  | Papier     | 25 \$         | 30 \$               | 35 \$   |
| L'incidence du cancer au Canada, de 1969 à 1993                               |                                    | 82-566-XPB  | Papier     | 42 \$         | 42 \$               | 42 \$   |

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

‡ Publication révolue (numéro antérieur seulement).

| Titre   | Numéro au catalogue | Version    | Prix <sup>†</sup> |               |                     |
|---|---------------------|------------|-------------------|---------------|---------------------|
|   |                     |            | Canada            | É.-U. (US \$) | Autres pays (US \$) |
| <b>Décès</b>  |                     |            |                   |               |                     |
| Causes de décès   | 84-208-XPB          | Papier     | 62 \$             | 62 \$         | 62 \$               |
| Causes principales de décès   | 84-503-XPB          | Papier     | 30 \$             | 30 \$         | 30 \$               |
| Naissances et décès <sup>‡</sup>  | 84-210-XPB          | Papier     | 35 \$             | 42 \$         | 49 \$               |
|   | 84-210-XMB          | Microfiche | 25 \$             | 30 \$         | 35 \$               |
|   | 84-210-XIB          | Internet   | 26 \$             | 26 \$         | 26 \$               |
| Mortalité : Liste sommaire des causes   | 84-209-XPB          | Papier     | 31 \$             | 31 \$         | 31 \$               |
| Sommaire général des statistiques de l'état civil   | 84F0001-XPB         | Papier     | 30 \$             | 30 \$         | 30 \$               |
| Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, de 1921 à 1990                                    | 82-548-XPB          | Papier     | 40 \$             | 48 \$         | 56 \$               |
| Statistiques choisies sur la mortalité infantile et statistiques connexes, Canada, de 1921 à 1990 | 82-549-XPB          | Papier     | 40 \$             | 48 \$         | 56 \$               |
| <b>Divorce</b>  |                     |            |                   |               |                     |
| Divorces <sup>‡</sup>   | 84-213-XPB          | Papier     | 30 \$             | 36 \$         | 42 \$               |
|   | 84-213-XMB          | Microfiche | 25 \$             | 30 \$         | 35 \$               |
| <b>Hôpitaux</b>   |                     |            |                   |               |                     |
| Indicateurs des hôpitaux <sup>‡</sup>   | 83-246-XPB          | Papier     | 60 \$             | 72 \$         | 84 \$               |
|   | 83-246-XMB          | Microfiche | 45 \$             | 54 \$         | 63 \$               |
| <b>Hospitalisation</b>  |                     |            |                   |               |                     |
| La morbidité hospitalière et interventions chirurgicales <sup>‡</sup>                             | 82-216-XPB          | Papier     | 40 \$             | 48 \$         | 56 \$               |
|   | 82-216-XMB          | Microfiche | 35 \$             | 42 \$         | 49 \$               |
| Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux                 | 82-562-XPB          | Papier     | 40 \$             | 48 \$         | 56 \$               |
| <b>Espérance de vie</b>   |                     |            |                   |               |                     |
| Tables de mortalité, Canada et provinces, de 1990 à 1992  | 84-537-XPB          | Papier     | 40 \$             | 48 \$         | 56 \$               |
|   | 84-537-XDB          | Disquette  | 40 \$             | 40 \$         | 40 \$               |
| <b>Mariage</b>  |                     |            |                   |               |                     |
| Mariages <sup>‡</sup>   | 84-212-XPB          | Papier     | 30 \$             | 36 \$         | 42 \$               |
|   | 84-212-XMB          | Microfiche | 25 \$             | 30 \$         | 35 \$               |
| Certains renseignements sur les mariages contractés, de 1921 à 1990                               | 82-552-XPB          | Papier     | 40 \$             | 48 \$         | 56 \$               |
| Le déclin du mariage au Canada de 1981 à 1991   | 84-536-XPB          | Papier     | 36 \$             | 44 \$         | 51 \$               |
| <b>Hygiène mentale</b>  |                     |            |                   |               |                     |
| La statistique de l'hygiène mentale <sup>‡</sup>  | 83-245-XPB          | Papier     | 15 \$             | 18 \$         | 21 \$               |

<sup>†</sup> Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

<sup>‡</sup> Publication révolue (numéro antérieur seulement).

| Titre  | Numéro au catalogue | Version    | Prix†  |               |                     |
|--|---------------------|------------|--------|---------------|---------------------|
|  |                     |            | Canada | É.-U. (US \$) | Autres pays (US \$) |
| <b>Enquête nationale sur la santé de la population</b>                   |                     |            |        |               |                     |
| Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995   | 82-567-XPB          | Papier     | 10 \$  | 12 \$         | 14 \$               |
|  | 82-567-XIB          | Internet   | 8 \$   | 8 \$          | 8 \$                |
| Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997   | 82-567-XPB          | Papier     | 35 \$  | 35 \$         | 35 \$               |
|  | 82-567-XIB          | Internet   | 26 \$  | 26 \$         | 26 \$               |
| <b>Personnel infirmier</b>   |                     |            |        |               |                     |
| Personnel infirmier au Canada, 1995 : infirmier(ères) autorisé(e)s†      | 83-243-XPB          | Papier     | 30 \$  | 36 \$         | 42 \$               |
|  | 83-243-XMB          | Microfiche | 25 \$  | 30 \$         | 35 \$               |
| <b>Établissements de soins de santé</b>                                  |                     |            |        |               |                     |
| Établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes†            | 83-237-XPB          | Papier     | 35 \$  | 42 \$         | 49 \$               |
|  | 83-237-XMB          | Microfiche | 25 \$  | 30 \$         | 35 \$               |
| <b>Avortements thérapeutiques</b>  |                     |            |        |               |                     |
| Statistiques choisies sur les avortements thérapeutiques, de 1970 à 1991 | 82-550-XPB          | Papier     | 40 \$  | 48 \$         | 56 \$               |
| Avortements thérapeutiques   | 82-219-XPB          | Papier     | 31 \$  | 31 \$         | 31 \$               |
|  | 82-219-XMB          | Microfiche | 26 \$  | 26 \$         | 26 \$               |



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

Les demandes de totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle  
 Division des statistiques sur la santé  
 Statistique Canada  
 Ottawa (Ontario)  
 K1A 0T6  
 Téléphone : (613) 951-1746  
 Télécopieur : (613) 951-0792

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



**Fichiers de microdonnées**

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

Services personnalisés à la clientèle  
 Division des statistiques sur la santé  
 Statistique Canada  
 Ottawa, Ontario  
 K1A 0T6  
 Téléphone : (613) 951-1746  
 Télécopieur : (613) 951-0792

| Fichiers de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1991-1995 | Numéro du produit   | Version           | Prix                                       |                     |                 |
|---|---|-------------------|--|---------------------|-----------------|
|   |   |                   | Canada                                     | Autres pays (US \$) |                 |
| <b>Cycle 1, 1994-1995</b>   |   |                   |  |                     |                 |
| Composante des ménages  | Données, Browser Ivision - fichier santé seulement,   | 82F0001XCB        | CD-ROM                                     | 800 \$              | 800 \$          |
|   | fichier texte ASCII   | 82F0001XDB        | Disquette                                  | 650 \$              | 650 \$          |
| Établissements de soins de santé  | Fichier texte ASCII   | 82F0010XDB        | Disquette                                  | 250 \$              | 250 \$          |
| Tableaux personnalisés  | Ménages   | 82C0013           | Le prix varie selon l'information demandée |                     |                 |
|   | Établissements de soins de santé  | 82C0015           | Le prix varie selon l'information demandée |                     |                 |
| <b>Cycle 2, 1996-1997</b>   |   |                   |  |                     |                 |
| Composante des ménages et établissements de soins de santé  | Ménages - données transversales   | 82M0009XCB        | CD-ROM                                     | 2 000 \$            | 2 000 \$        |
|   | Browser Beyond 20/20 - fichier de santé seulement   | Première version  |  |                     |                 |
|   | fichier texte ASCII   | Deuxième version  |  |                     |                 |
|   | Première version ainsi que des faux-fichiers maîtres, Programme et fichiers Bootstrap d'estimation de la variance | Troisième version |  |                     |                 |
| Composante des ménages  | Deuxième version ainsi que les établissements de soins de santé   |                   |  |                     |                 |
|   | données transversales fichier texte ASCII   |                   |  |                     |                 |
| Établissements de soins de santé  | Ménages et établissements de soins de santé - données longitudinales fichier texte ASCII (Sous toute réserve)     |                   |  |                     |                 |
|   | Documentation seulement   | 82M0009XPB        | Papier                                     | 50 \$               | 50 \$           |
| Tableaux personnalisés  | Documentation seulement   | 82M0010XPB        | Papier                                     | 30 \$               | 30 \$           |
|   | Ménages   | 82C0013           | Le prix varie selon l'information demandée |                     |                 |
|   | Établissements de soins de santé  | 82C0015           | Le prix varie selon l'information demandée |                     |                 |
| <b>Offre spéciale ENSP 1994-1995 et 1996-1997</b>   |   | <b>2 CD-ROM</b>   | <b>2 500 \$</b>                            | <b>2 500 \$</b>     | <b>2 500 \$</b> |
|   |   | <b>82M0001XCB</b> |  |                     |                 |
|   |   | <b>82M0009XCB</b> |  |                     |                 |