



N° 82-003-XIF au catalogue

Rapports sur la santé

Vol. 16, n° 4

- Étudiants et travail
- Consultation des médecins et des infirmières
- Décès par armes à feu
- Problèmes d'audition
- Obésité et origine ethnique



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : (613) 951-1746).

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

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

Renseignements sur les commandes et les abonnements

Le produit n° 82-003-XIF au catalogue est publié trimestriellement sous format électronique au prix de 17 \$CAN l'exemplaire et de 48 \$CAN pour un abonnement annuel. Pour obtenir un exemplaire ou s'abonner, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.ca et de choisir la rubrique Nos produits et services.

Ce produit est aussi disponible en version imprimée standard au prix de 22 \$CAN l'exemplaire et de 63\$CAN pour un abonnement annuel. Les frais de livraison supplémentaires suivant s'appliquent aux envois à l'extérieur du Canada :

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

Les prix ne comprennent pas les taxes sur les ventes.

La version imprimée peut être commandée par

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

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

Normes de service à la clientèle

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



Statistique Canada
Division de la statistique de la santé

Rapports sur la santé

Volume 16, numéro 4

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2005

Tous droits réservés. L'utilisation de ce produit est limitée au détenteur de licence et à ses employés. Le produit ne peut être reproduit et transmis à des personnes ou organisations à l'extérieur de l'organisme du détenteur de licence.

Des droits raisonnables d'utilisation du contenu de ce produit sont accordés seulement à des fins de recherche personnelle, organisationnelle ou de politique gouvernementale ou à des fins éducatives. Cette permission comprend l'utilisation du contenu dans des analyses et dans la communication de résultats et conclusions de ces analyses, y compris la citation de quantités limitées de renseignements complémentaires extraits du produit de données dans ces documents. Cette documentation doit servir à des fins non commerciales seulement. Si c'est le cas, la source des données doit être citée comme suit : Source (ou « Adapté de », s'il y a lieu) : Statistique Canada, nom du produit, numéro au catalogue, volume, numéro, période de référence et page(s). Autrement, les utilisateurs doivent d'abord demander la permission écrite aux Services d'octroi de licences, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6.

Juin 2005

N° 82-003-XPF au catalogue, vol. 16, n° 4
ISSN 1492-7128

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 16, n° 4
ISSN 1209-1375

Périodicité : trimestrielle

Ottawa

Note de reconnaissance

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

SIGNES CONVENTIONNELS

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

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

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



Au sujet de *Rapports sur la santé*

Rédactrice en chef
Anik Lacroix

Rédactrice principale
Mary Sue Devereaux

Rédactrice
Barbara Riggs

Rédacteur adjoint
Marc Saint-Laurent

Chargée de production
Nicole Leduc

Production et composition
Agnes Jones
Robert Pellarin

Vérification des données
Dan Lucas

Administration
Céline Desfonds

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

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

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

Vous trouverez des renseignements sur les commandes ou les abonnements sous la rubrique « Pour commander les publications ». D'autres renseignements peuvent être obtenus auprès des rédacteurs, *Rapports sur la santé*, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, 3^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-1807. Télécopieur : (613) 951-4436.

Revue par les pairs

Les personnes suivantes, spécialistes cliniques, méthodologistes et spécialistes de domaines particuliers, ont revu les articles du volume 16 de *Rapports sur la santé*. L'équipe de la rédaction les remercie de leurs précieux conseils et du temps qu'elles ont consacré à ce travail.

Gordon Barnes
F. Curtis Breslin
Marni D. Brownell
Sharon Bruce
Margaret de Groh
Dagny Dryer
Susan Evers
Elizabeth A. Gilpin
Anne-Marie Hamelin

David I. Hay
Martine Hébert
Mieke Koehoorn
Steven Latosinsky
Marie Marquis
Laurent Martel
M. Kathleen Matthews
Rena Mendelson
Robin Moore-Orr

Mallie J. Paschall
Bertha Paulse
Barbara Pizacani
James O. Prochaska
Sacha Senécal
Frances A. Stillman
Angela M. Thompson
Li-Tzy Wu

Demandes de réimpression

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

Version électronique

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

Recommandation concernant les citations

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

Exemple :

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

Travaux de recherche

Heures de travail et santé des élèves à temps plein 11

Gisèle Carrière

Les élèves du secondaire qui ont un emploi sont plus susceptibles de fumer et de consommer de l'alcool que ne le sont ceux qui n'ont pas d'emploi. En revanche, les élèves qui ont un travail sont plus susceptibles d'être actifs physiquement durant leurs temps libres..

Obésité, embonpoint et origine ethnique 25

Mark S. Tremblay, Claudio E. Pérez, Chris I. Ardern,
Shirley N. Bryan et Peter T. Katzmarzyk

Parmi les différents groupes ethniques que compte le Canada, ce sont les Autochtones qui ont la plus forte prévalence d'embonpoint et d'obésité; la plus faible a été observée chez les Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est. Les immigrants qui se sont installés au Canada il y a 10 ans ou moins ont une prévalence de l'embonpoint nettement plus faible que celle des non-immigrants, mais cette tendance tend à s'estomper au fil du temps.

Santé en bref

Décès liés aux armes à feu 41

Kathryn Wilkins

- *En 2002, 816 Canadiens sont décédés des suites d'une blessure liée aux armes à feu.*
- *De 1979 à 2002, le taux de mortalité liée aux armes à feu chez les hommes est passé de 10,6 à 4,9 décès pour 100 000 habitants, tandis qu'il est passé de 1,2 à 0,3 décès chez les femmes.*
- *Chaque année de 1979 à 2002, environ les quatre cinquièmes des décès par arme à feu étaient des suicides; environ 15 % étaient des homicides.*
- *En 2000, le risque de mourir des suites d'une blessure causée par une arme à feu était plus de trois fois plus élevé chez les hommes américains que chez leurs homologues canadiens; chez les femmes, le risque était sept fois plus élevé chez les Américaines qu'il ne l'était chez les Canadiennes.*

.....

Consultation des médecins et des infirmières 49

Gisèle Carrière

- *En 2003, 77 % des personnes de 12 ans et plus ont dit avoir consulté un médecin ou un omnipraticien au cours de l'année précédente, tandis que 11 % ont dit avoir consulté une infirmière.*
- *Une plus forte proportion de femmes que d'hommes ont consulté un médecin ou une infirmière.*
- *La plus récente consultation d'une infirmière s'est plus vraisemblablement faite au téléphone.*

Problèmes d'audition chez les personnes âgées 53

Wayne J. Millar

- *En 2003, environ 11 % des personnes âgées du Canada ont déclaré qu'elles éprouvaient quelque difficulté d'audition. Parmi ces personnes, seules 3 % avaient des problèmes qui n'avaient pas été corrigés ou qui ne pouvaient l'être.*
- *Les hommes âgés étaient plus susceptibles que les femmes âgées d'avoir des problèmes d'audition.*

Index par sujet 59

Pour commander les publications 75

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

Erratum

Volume 16, numéro 3

Relations sexuelles précoces

Page 15

Dans le tableau 1, le premier chiffre de la colonne « % » sous « Garçons » devrait être 13,5.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



The graphic features a dark grey background with white and light grey elements. On the left, there are stylized human figures. The top figure has a face with rectangular eyes and a mouth, and a thick white outline. Below it, another figure is partially visible. At the bottom, a large gear is shown with a thick white outline. The overall style is modern and minimalist.

Travaux de recherche

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

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Heures de travail et santé des élèves à temps plein

Gisèle Carrière

Résumé

Objectifs

L'auteure examine les associations entre le nombre d'heures de travail rémunérées et l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'abus occasionnel d'alcool et l'activité physique pendant les temps libres chez les élèves à temps plein âgés de 15 à 17 ans.

Sources des données

Les analyses sont fondées sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 et de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 à 2002-2003.

Techniques d'analyse

Certaines caractéristiques et certains comportements en matière de santé chez les élèves qui travaillent et ceux qui ne travaillent pas ont été comparés. La régression logistique a permis d'examiner les relations entre les heures hebdomadaires moyennes consacrées à l'emploi principal et les comportements en matière de santé, de même que le maintien et la modification de ces comportements, tout en tenant compte de l'effet de certaines variables confusionnelles possibles.

Principaux résultats

Les élèves qui travaillaient ne serait-ce que quelques heures par semaine étaient plus susceptibles de consommer de l'alcool régulièrement, voire d'abuser de l'alcool à l'occasion, que ceux qui ne travaillaient pas. Les élèves qui travaillaient, peu importe le nombre d'heures, étaient plus susceptibles de devenir des buveurs réguliers dans les deux ans suivant l'entrevue initiale. Plus les heures de travail sont nombreuses, plus les risques de fumer sont élevés. Les élèves qui occupaient un emploi étaient plus susceptibles d'être actifs physiquement dans leurs temps libres. L'influence de l'âge, du revenu du ménage et du lieu de résidence (région rurale ou urbaine) a été prise en compte.

Mots-clés

Adolescent, consommation d'alcool, emploi, enquêtes sur la santé, études longitudinales, activité physique, usage du tabac.

Auteure

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

Beaucoup d'élèves d'école secondaire ont un emploi d'été. Certains choisissent même d'occuper un emploi rémunéré durant l'année scolaire. De plus en plus, l'emploi rémunéré peut devenir essentiel au financement des études postsecondaires^{1,2}. Le salaire touché présente certes un attrait pour de nombreuses raisons, mais le travail à l'adolescence offre aussi d'autres avantages. Par exemple, l'expérience de travail peut faciliter l'intégration au marché du travail à la fin des études. Les adolescents qui travaillent sont en mesure d'assumer davantage de responsabilités et peuvent éprouver un sentiment accru d'indépendance et avoir une meilleure estime de soi³. Ils sont aussi plus susceptibles de participer à des activités utiles dans leur milieu⁴.

Les adolescents qui allient études et travail n'en tirent cependant pas que des avantages. Une récente étude a ainsi révélé une association négative entre de nombreuses heures de travail et des facteurs relatifs à la santé comme l'activité physique pendant les temps libres⁵. Les recherches

témoignent en outre régulièrement de taux plus élevés d'usage de certaines substances, notamment le tabac et l'alcool, chez les élèves adolescents qui travaillent comparativement à ceux qui ne travaillent pas⁶⁻⁸.

Certaines études ont avant tout porté sur les liens entre le nombre d'heures travaillées et certains comportements en matière de santé. Toutefois, plusieurs inconnues demeurent quant à la nature de ces associations. Ainsi, l'abus d'alcool ou d'autres

Sources des données

Le présent article est fondé sur des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 (ESCC, cycle 2.1). Il repose aussi sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 à 2002-2003 (ENSP, cycles 1 à 5). Il s'agit dans les deux cas d'enquêtes générales sur la santé qui portent sur de nombreux sujets.

L'ESCC porte sur la population à domicile de 12 ans et plus dans toutes les provinces et les territoires, sauf les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. Le cycle 2.1 s'est déroulé entre les mois de janvier et de décembre 2003. Le taux de réponse a été de 80,6 %, ce qui a donné un échantillon de 135 573 personnes. Le plan d'échantillonnage de l'ESCC est décrit de façon plus détaillée dans un article paru antérieurement⁹.

L'analyse transversale a commencé avec un sous-ensemble initial de 5 485 participants âgés de 15 à 17 ans qui étaient des élèves à temps plein et qui avaient fait un travail rémunéré dans les 12 mois avant l'interview. Un certain nombre de personnes (154) ont été exclues de l'analyse puisqu'il n'y avait pas assez de renseignements permettant de déterminer le nombre moyen d'heures travaillées par semaine dans le contexte de leur emploi principal. Par conséquent, l'échantillon se composait de 5 331 personnes (2 697 garçons et 2 634 filles).

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), menée tous les deux ans, porte tant sur la population à domicile que sur les résidents des établissements dans toutes les provinces et les territoires. Elle ne couvre toutefois pas les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. L'ENSP comporte à la fois un volet longitudinal et un volet transversal; à partir de 2000-2001 (cycle 4), l'ENSP est devenue strictement longitudinale.

Les données de l'ENSP de 1994-1995 (cycle 1) ont été recueillies au moyen de deux questionnaires : un questionnaire général et un questionnaire sur la santé. Dans le premier cas, des renseignements sociodémographiques et certains renseignements de base sur la santé de tous les membres des ménages échantillonnés ont été

recueillis auprès d'un membre bien renseigné du ménage. Le questionnaire sur la santé a quant à lui permis de recueillir des renseignements supplémentaires détaillés sur la santé de la personne sélectionnée au hasard.

En 1994-1995, l'ENSP a recueilli des renseignements auprès de 20 725 ménages. Le taux de réponse a été de 88,7 %. Le taux de réponse au questionnaire sur la santé pour les participants choisis au hasard a été de 96,1 %, soit 17 276 personnes, qui ont ensuite constitué la base du panel longitudinal. Les taux de réponse pour le panel longitudinal lors des cycles ultérieurs ont été de 92,8 % en 1996-1997, de 88,2 % en 1998-1999, de 84,8 % en 2000-2001, et de 80,6 % en 2002-2003. Des articles parus antérieurement offrent des descriptions plus détaillées du plan d'échantillonnage, de l'échantillon et des modalités d'entrevue de l'ENSP^{10,11}.

La présente analyse repose sur l'utilisation du fichier longitudinal carré de l'ENSP de 2002-2003 (cycle 5), duquel a été constitué un fichier de participants tirés de quatre cycles différents. Ce fichier préliminaire comprenait tous les participants qui avaient atteint l'âge de 15, 16 ou 17 ans lors des cycles 1, 2, 3 ou 4, et qui avaient aussi franchi deux cycles consécutifs d'enquête. Les mêmes critères en matière de scolarité et d'emploi qui avaient servi pour l'échantillon de l'ESCC ont servi pour ce fichier de l'ENSP. Le fichier analytique qui en est résulté comprenait au départ quatre groupes mutuellement exclusifs : 467 participants de 15, 16 ou 17 ans du cycle 1; 1 445 participants qui avaient atteint 15, 16 ou 17 ans au moment du cycle 2 et qui n'avaient pas été inclus dans le premier groupe; 404 participants qui avaient atteint 15, 16 ou 17 ans au moment du cycle 3; et 423 participants de 15, 16 ou 17 ans au moment du cycle 4 qui ne faisaient pas partie du premier, du deuxième ou du troisième groupe. Ainsi, au total, 1 739 élèves à temps plein ont indiqué s'ils avaient travaillé ou non contre rémunération au cours des 12 mois précédents. De ceux-ci, 141 ont été exclus parce qu'il n'y avait pas assez de renseignements pour déterminer le nombre moyen d'heures travaillées hebdomadairement. Le fichier analytique définitif comprenait 1 598 élèves à temps plein âgés de 15 à 17 ans.

drogues chez les adolescents serait vraisemblablement plus élevé au-delà d'un seuil de 15 à 20 heures de travail par semaine¹². D'autres études ont observé une croissance plus constante du lien entre la probabilité de consommation d'alcool ou d'autres drogues et le nombre d'heures travaillées⁷. Les élèves qui travaillent plus de 20 heures par semaine ont souvent aussi moins d'intérêt pour l'école, sont plus autonomes par rapport à leurs parents et consomment plus d'alcool⁹. Or, les mécanismes qui sous-tendent ces associations ne sont toutefois pas tous élucidés.

Le présent article met en parallèle plusieurs comportements en matière de santé parmi les élèves à temps plein de 15 à 17 ans — usage du tabac, consommation régulière d'alcool, abus occasionnel d'alcool et activité physique pendant les temps libres — et les heures travaillées hebdomadairement dans le contexte d'un emploi rémunéré (voir *Les élèves qui travaillent* et *Définitions*). L'analyse tient compte de l'effet de facteurs socioéconomiques comme le revenu du ménage, mais aussi du lieu de résidence (région rurale ou urbaine), étant donné que des études récentes ont laissé entendre que l'usage du tabac et la consommation d'alcool diffèrent chez les jeunes selon qu'ils habitent en région rurale ou urbaine¹³. Les estimations sont fondées sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 (voir *Sources des données*, *Techniques d'analyse* et *Limites*). Les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ont permis de faire le suivi des élèves au fil des années pour déterminer si le nombre moyen d'heures hebdomadaires travaillées avait un lien avec des changements ultérieurs dans les comportements en matière de santé.

La plupart des élèves ont travaillé

En 2003, environ 63 % des élèves d'école secondaire à temps plein âgés de 15 à 17 ans ont travaillé contre rémunération dans le contexte d'un emploi à temps partiel ou à temps plein au cours des 12 mois précédents (tableau 1). Les adolescents plus âgés dans ce groupe d'âge étaient plus susceptibles d'avoir

travaillé, tout comme ceux qui faisaient partie de ménages ayant un revenu plus élevé ou qui vivaient dans les régions rurales.

Le tiers de ces élèves (30 %) ont consacré en moyenne cinq heures ou moins à leur emploi principal au cours d'une semaine typique, mais certains (5 %, soit environ 52 000) y ont consacré plus de 20 heures en moyenne, le plus souvent des garçons plutôt que des filles.

Le travail selon un horaire fixe était courant, surtout chez les garçons (tableau 2). Cela signifie qu'ils ont travaillé selon des postes réguliers de jour, de soir ou de nuit. Les horaires de travail irréguliers, y compris le travail sur appel, étaient plus fréquents

Tableau 1
Répartition en pourcentage des heures hebdomadaires moyennes consacrées à l'emploi principal au cours des 12 mois précédents, selon certaines caractéristiques, élèves à temps plein de 15 à 17 ans, population à domicile, Canada, 2003

	Heures hebdomadaires moyennes					
	0 (sans emploi)	≤ 5	> 5 à ≤ 10	> 10 à ≤ 15	> 15 à ≤ 20	> 20
	%					
Total	37	30	14	8	6	5
Sexe						
Filles [†]	37	30	14	8	6	4 ^E
Garçons	37	30	13	8	6	6*
Âge						
15 ans [†]	53	32	7	4	2 ^E	1 ^E
16 ans	33*	30	18*	8*	6*	5*
17 ans	20*	27*	18*	13*	11*	10*
Revenu du ménage						
Inférieur/moyen-inférieur [†]	47	29	9 ^E	x	F	F
Moyen	35*	30	17*	6 ^E	6 ^E	6 ^E
Moyen-supérieur/ supérieur	34*	31	15*	9*	6	5
Données manquantes	40	30	13	8*	5	5 ^E
Lieu de résidence						
Région rurale [†]	28	33	17	8	8	6
Région urbaine	39*	30	13*	8	5*	5

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

Nota : Les données ayant été arrondies, la somme des chiffres peut ne pas correspondre au total indiqué.

† Groupe de référence.

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

^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

^F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (supprimé en raison de l'extrême variabilité de l'échantillonnage).

x Confidentiel en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique.

Les élèves qui travaillent

Dans la présente analyse, on entend par *élèves à temps plein* les jeunes de 15, 16 ou 17 ans qui étaient inscrits à temps plein dans un établissement d'enseignement et n'avaient pas terminé leurs études secondaires au moment de l'entrevue. À la fois dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), la situation des élèves à temps plein a été établie au départ au moyen de deux questions : « Fréquentez-vous actuellement une école, un collège ou une université? » et « Êtes-vous inscrit comme étudiant à temps plein ou à temps partiel? » Les renseignements tirés de deux autres questions ont également servi à déterminer l'inclusion dans cet échantillon : « Quelle est l'année la plus élevée de l'école élémentaire ou de l'école secondaire que vous avez terminée? » et « Avez-vous un certificat d'études secondaires? »

La *situation quant à l'emploi* est tirée des réponses aux questions portant sur l'activité sur le marché du travail : « La semaine dernière, avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise? Veuillez inclure les emplois à temps partiel, le travail saisonnier, le travail à contrat, les emplois autonomes, le gardiennage d'enfants et tout autre travail rémunéré, peu importe le nombre d'heures travaillées. » On a aussi demandé aux participants s'ils avaient travaillé dans un emploi ou dans une entreprise « à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois ». À ceux qui avaient travaillé, on a posé la question suivante : « Au cours des 52 dernières semaines, pendant combien de semaines avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise (inclure les congés payés, les congés de maternité payés et les congés de maladie payés)? » et « Environ combien d'heures par semaine travaillez-vous (ou avez-vous travaillé) habituellement à votre emploi ou à votre entreprise? Si vous travaillez (avez travaillé) habituellement des heures supplémentaires, rémunérées ou non, veuillez les compter. » Les *heures hebdomadaires moyennes* travaillées dans les 12 derniers mois ont été calculées comme suit : nombre d'heures que le participant a déclaré avoir habituellement travaillées hebdomadairement dans son emploi principal multiplié par le nombre déclaré de semaines travaillées dans son emploi principal, divisé par 52 (voir *Limites*).

Le nombre d'heures hebdomadaires moyennes travaillées a été calculé de la même façon pour les participants à l'ENSP qui ont été inclus dans l'étude parce qu'ils répondaient au critère d'âge au moment du cycle 4 (voir *Techniques d'analyse*). Toutefois, pour les participants à l'ENSP qui répondaient au critère d'âge dans les cycles 1, 2 ou 3, le nombre moyen d'heures a été calculé de façon légèrement différente parce que les participants n'ont pas été interrogés directement au sujet du nombre de semaines travaillées. On a calculé la durée du travail en mois en utilisant les dates de début et de fin d'emploi tirées des antécédents d'emploi du

participant. Ce « nombre de mois travaillés » a été multiplié par 4,33 pour obtenir le nombre total de semaines travaillées dans les 12 derniers mois. Le produit du nombre total calculé de semaines travaillées et du nombre typique déclaré d'heures travaillées par semaine a été divisé par 52 pour obtenir le nombre moyen d'heures travaillées hebdomadairement. Les renseignements au sujet des heures travaillées sont fondés sur l'emploi principal des participants s'ils avaient eu plus d'un emploi.

Le nombre moyen calculé d'heures travaillées hebdomadairement a servi à classer les étudiants qui travaillent dans l'une ou l'autre des catégories suivantes :

- 5 heures ou moins (≤ 5)
- plus de 5 mais au plus 10 heures ($> 5 \leq 10$)
- plus de 10 mais au plus 15 heures ($> 10 \leq 15$)
- plus de 15 mais au plus 20 heures ($> 15 \leq 20$)
- plus de 20 heures (> 20)

Pour l'analyse des données de l'ENSP, ceux qui avaient travaillé plus de 10 heures ont été regroupés en raison de la faible taille de l'échantillon du sous-ensemble (tableau A en annexe). Les élèves qui ont déclaré ne pas avoir travaillé contre rémunération dans la dernière année ont été classés dans la catégorie de ceux qui avaient travaillé 0 heure (sans emploi).

L'*horaire typique* a été déterminé d'après les renseignements relatifs aux participants à l'ESCC qui avaient eu un emploi : « Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux les heures que vous travaillez (avez travaillé) habituellement à votre emploi ou à une entreprise? » Voici les catégories de réponse : horaire ou poste de travail régulier de jour; poste régulier de soirée; poste régulier de nuit; poste par roulement; poste fractionné; poste sur appel; horaire irrégulier; autre. Les postes de travail réguliers de jour, de soirée et de nuit ont été groupés dans la catégorie *heures régulières*. Ceux qui avaient travaillé sur appel, selon des postes fractionnés, par roulement ou selon des postes irréguliers, ont été classés dans la catégorie des *heures irrégulières*. Les autres ont été exclus parce qu'on ne savait pas si ces horaires représentaient un horaire typique.

Les élèves qui ont répondu « oui » à la question « Travaillez-vous (avez-vous travaillé) habituellement les fins de semaine dans cet emploi ou cette entreprise? » ont été classés dans la catégorie de ceux qui *travaillent habituellement les fins de semaine*. Pour ceux qui ont répondu « non », on a supposé qu'ils avaient travaillé généralement les jours de semaine. Ces deux catégories ne sont pas mutuellement exclusives, c'est-à-dire que certains qui ont répondu « oui » peuvent avoir travaillé « habituellement » les fins de semaine et les jours de semaine. Ces données ne sont pas assez précises pour qu'on puisse faire une ventilation plus détaillée des horaires pour l'emploi principal des élèves.

Tableau 2
Répartition en pourcentage de certaines caractéristiques, selon l'horaire typique de l'emploi principal et le pourcentage de ceux qui travaillent les fins de semaine, élèves à temps plein de 15 à 17 ans ayant un emploi, population à domicile, Canada, 2003

	Horaire typique		
	Régulier [†]	Irrégulier [‡]	Fins de semaine
	%		%
Total	69	31	76
Sexe			
Filles [§]	66	34	78
Garçons	71*	29*	73*
Âge			
15 ans [§]	68	32	69
16 ans	69	31	76*
17 ans	70	30	81*
Revenu du ménage			
Inférieur/moyen-inférieur [§]	72	28	77
Moyen	71	29	77
Moyen-supérieur/supérieur	68	32	75
Données manquantes	68	32	76
Lieu de résidence			
Région rurale [§]	68	32	79
Région urbaine	69	31	75*

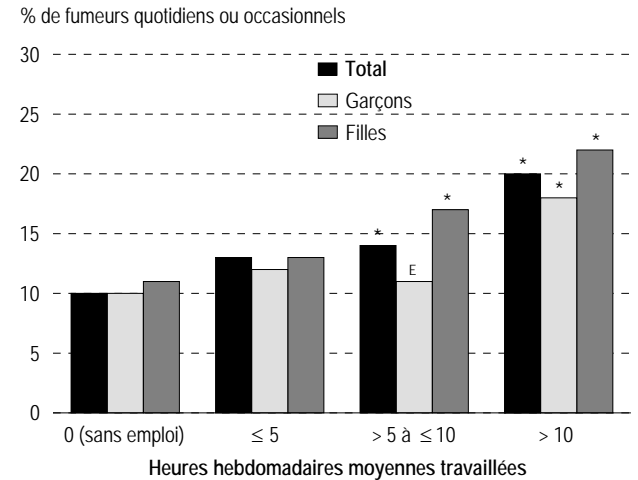
Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
[†] Poste régulier le jour, le soir, la nuit.
[‡] Poste irrégulier ou sur appel.
[§] Groupe de référence.
* Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe de référence (p < 0,05).

chez les filles. Bien sûr, environ les trois quarts des élèves à temps plein qui avaient un emploi ont travaillé les fins de semaine. Certains peuvent habituellement avoir travaillé à la fois les fins de semaine et les jours de semaine, ou les jours de semaine seulement, mais il a été impossible de faire la distinction entre ces horaires, car l'information est tirée d'une question visant expressément à déterminer si les élèves avaient travaillé la fin de semaine.

Le travail est lié à l'usage du tabac...

Comparativement aux élèves d'école secondaire qui n'avaient pas un emploi, ceux qui travaillaient en moyenne plus de cinq heures par semaine étaient plus susceptibles de déclarer qu'ils fumaient soit tous les jours, soit occasionnellement (graphique 1). Environ le cinquième des élèves qui travaillaient plus

Graphique 1
Pourcentage des élèves à temps plein de 15 à 17 ans qui ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion, selon le nombre moyen d'heures hebdomadaires travaillées au cours des 12 mois précédents, population à domicile, Canada, 2003



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
Nota : Selon un échantillon de 5 331 élèves à temps plein de 15 à 17 ans (2 697 garçons et 2 634 filles).
* Valeur significativement différente de l'estimation pour le même groupe dans « sans emploi » (p < 0,05).
E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

de 10 heures par semaine étaient des fumeurs.

Bien sûr, la relation entre le fait de travailler et de fumer peut s'expliquer en partie par l'âge, car l'un et l'autre deviennent plus courants à mesure que les jeunes avancent dans leur adolescence. Mais même dans les cas où l'âge, le lieu de résidence (région rurale ou urbaine) et le revenu du ménage sont pris en compte au moyen de l'analyse de régression logistique multiple, les élèves qui ont travaillé plus de 10 heures et jusqu'à 15 heures, ou plus de 20 heures par semaine, avaient une cote exprimant la possibilité d'être des fumeurs deux fois plus élevée que les élèves qui n'avaient pas d'emploi (tableau 3). (Le rapport de cotes pour ceux qui ont travaillé de 15 à 20 heures par semaine était élevé, mais il n'était pas significatif sur le plan statistique [p = -0,052] en raison de la faible taille de l'échantillon.) Ces constatations diffèrent de celles d'une étude antérieure selon laquelle l'âge atténue la relation entre le nombre d'heures travaillées et l'usage du tabac¹⁴.

Techniques d'analyse

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ont été pondérées pour représenter la population à domicile dans les provinces et les territoires en 2003. Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ont été pondérées pour représenter la population à domicile dans les provinces en 1994-1995.

Des statistiques descriptives fondées sur les données de l'ESCC pour les élèves à temps plein âgés de 15 à 17 ans ont servi à établir la proportion d'élèves dans chaque catégorie du nombre d'heures moyen travaillées hebdomadairement, selon les caractéristiques sociodémographiques des élèves. Les élèves qui n'avaient pas travaillé contre rémunération ont été classés dans la catégorie de ceux qui avaient travaillé 0 heure par semaine (sans emploi). Les données de l'ESCC ont également servi à établir les caractéristiques de l'emploi selon les caractéristiques sociodémographiques des ménages. Ces données ont permis de produire des statistiques descriptives sous forme de totalisations croisées de la prévalence des comportements en matière de santé selon le nombre moyen d'heures travaillées hebdomadairement dans les 12 mois précédents, et selon que l'élève était un garçon ou une fille.

Au moyen de l'analyse de régression logistique, les rapports de cotes ont été calculés pour examiner les associations entre les heures travaillées et la modification des comportements en matière de santé déclarés lors de l'ENSP. Les facteurs sociodémographiques censément associés aux comportements en matière de santé ont été inclus dans les modèles de régression en tant que variables de contrôle. Toutes les variables utilisées dans les modèles ont été dichotomisées. Le cas de référence pour les modèles de régression était une fille âgée de 15 ans dont le revenu annuel total du ménage se situait dans la catégorie « inférieur/moyen-inférieur », qui n'avait pas d'emploi (0 heure de travail) et, pour l'ESCC seulement, qui vivait en région rurale.

Les analyses préliminaires des données de l'ESCC comprenaient des termes d'interaction entre l'âge et le sexe dans les modèles de régression logistique. Toutefois, les rapports de cotes n'étaient pas significatifs (données non présentées), de sorte que ces termes d'interaction ont été exclus dans les modèles définitifs.

Le fichier longitudinal de l'ENSP a servi à examiner la relation entre la situation quant à l'emploi et la modification des

comportements en matière de santé entre l'année de référence (1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 ou 2000-2001, selon l'année où l'élève a atteint l'âge de 15, 16 ou 17 ans) et environ deux années plus tard. La situation quant à l'emploi et d'autres caractéristiques des participants utilisées dans les régressions logistiques pour l'ENSP ont été celles qui ont été déclarées au début de la période de deux années; ces caractéristiques ont en outre été considérées comme étant restées constantes au cours des deux années. L'analyse a en outre tenu compte de la possibilité qu'il y ait des différences entre les deux conditions de l'étude (ceux qui n'avaient pas travaillé et ceux qui avaient travaillé pendant un certain nombre d'heures) dans la durée moyenne entre l'entrevue de référence et la deuxième entrevue dans le cycle ultérieur de l'enquête. Le délai écoulé entre les entrevues variait entre 455 jours et 1 005 jours parmi les élèves qui ont travaillé pendant un certain nombre d'heures (moyenne estimative de 728 jours; erreur type de 2,38), et entre 463 jours et 1 008 jours parmi les élèves qui n'ont pas travaillé (moyenne estimative de 729 jours; erreur type de 2,63); les moyennes estimatives respectives ne présentaient pas de différences statistiquement significatives ($p < 0,05$).

L'un des buts de cette analyse était de déterminer s'il y a un seuil du nombre moyen d'heures hebdomadaires de travail au-delà duquel certains comportements en matière de santé sont plus susceptibles de se produire. Ainsi, au moyen de caractéristiques bien définies, l'analyse a eu recours à des modèles illustrant les changements de la probabilité des comportements en matière de santé à mesure que le nombre moyen d'heures hebdomadaires travaillées augmentait. Le graphique A en annexe illustre les résultats de quatre modèles semblables pour les jeunes ayant les caractéristiques suivantes : fille, âgée de 15 ans, revenu du ménage inférieur/moyen-inférieur, habitant en milieu rural.

Pour tenir compte des effets du plan de sondage, la méthode du *bootstrap* a servi au calcul des variances d'échantillonnage pour toutes les estimations de prévalence déclarées et au calcul des différences entre elles. Cette méthode a en outre été appliquée au calcul des intervalles de confiance des rapports de cotes et au calcul de la covariance des coefficients estimatifs utilisés dans les tests de différence¹⁵⁻¹⁷. Le niveau de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Tableau 3

Rapports de cotes corrigés pour les comportements en matière de santé chez les élèves à temps plein de 15 à 17 ans, selon les heures hebdomadaires moyennes consacrées à l'emploi principal au cours des 12 mois précédents et selon certaines caractéristiques, population à domicile, Canada, 2003

	Usage du tabac quotidien ou occasionnel		Consommation régulière d'alcool		Abus occasionnel d'alcool		Activité physique dans les temps libres	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Heures hebdomadaires moyennes								
0 (sans emploi) [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
≤ 5	1,2	0,9- 1,5	1,5*	1,2- 1,8	1,3	0,9- 1,8	1,4*	1,1- 1,7
> 5 à ≤ 10	1,2	0,9- 1,6	2,0*	1,5- 2,6	1,9*	1,3- 2,8	1,8*	1,4- 2,3
> 10 à ≤ 15	1,8*	1,2- 2,7	2,4*	1,7- 3,3	2,9*	1,8- 4,5	1,9*	1,4- 2,6
> 15 à ≤ 20	1,6	1,0- 2,4	2,3*	1,6- 3,3	2,2*	1,4- 3,5	2,6*	1,8- 3,7
> 20	1,8*	1,2- 2,9	2,6*	1,7- 3,9	2,6*	1,5- 4,3	1,7*	1,1- 2,4
Âge								
15 ans [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
16 ans	1,2	0,9- 1,6	1,7*	1,3- 2,1	2,2*	1,6- 3,0	0,9	0,7- 1,1
17 ans	1,8*	1,3- 2,4	2,2*	1,8- 2,8	2,4*	1,7- 3,3	0,6*	0,5- 0,8
Sexe								
Filles [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Garçons	0,8	0,7- 1,0	1,3*	1,1- 1,6	1,8*	1,4- 2,2	2,1*	1,8- 2,5
Lieu de résidence								
Région rurale [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Région urbaine	0,7*	0,6- 0,9	0,8*	0,7- 0,9	0,7*	0,6- 0,9	1,2	1,0- 1,4
Revenu du ménage								
Inférieur/moyen-inférieur [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Moyen	0,9	0,5- 1,4	1,2	0,7- 2,0	0,9	0,5- 1,6	0,9	0,6- 1,4
Moyen-supérieur/supérieur	0,6*	0,4- 1,0	1,5	0,9- 2,4	1,0	0,6- 1,7	1,0	0,7- 1,4
Données manquantes	0,8	0,5- 1,1	1,3	0,8- 2,2	0,8	0,5- 1,3	1,0	0,7- 1,4

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

Nota : Des modèles distincts ont été utilisés pour chaque comportement en matière de santé, en se fondant sur des échantillons respectifs de 5 315, 5 312, 5 300 et 5 205 participants. Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne inférieure ou supérieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

[†] Groupe de référence.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

Il est possible que l'exposition à l'usage du tabac au travail ait joué un rôle; 40 % environ des élèves occupant un emploi ont déclaré que l'usage du tabac était permis à leur lieu de travail avec certaines restrictions, ou qu'il n'y avait pas de restrictions du tout à ce sujet à leur lieu de travail (données non présentées).

... et à la consommation d'alcool

Les élèves à temps plein âgés de 15 à 17 ans ayant un emploi rémunéré étaient plus susceptibles que leurs homologues qui ne travaillaient pas d'avoir consommé de l'alcool régulièrement, peu importe le nombre moyen d'heures travaillées hebdomadairement (graphique 2). Environ la moitié de ceux qui ont travaillé plus de 10 heures par

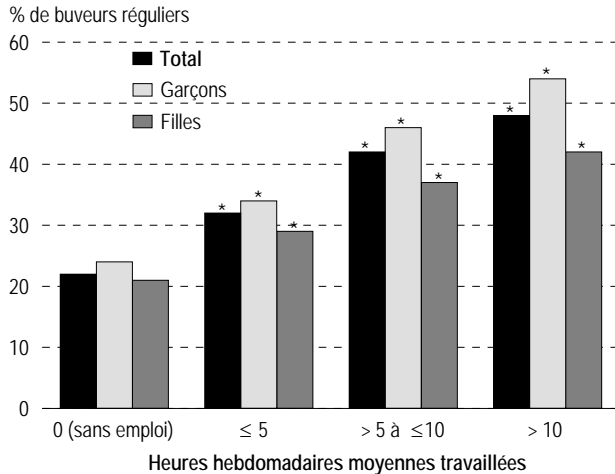
semaine ont déclaré avoir consommé de l'alcool régulièrement, comparativement à environ le cinquième de ceux qui n'avaient pas d'emploi. Or le lien entre le travail et la consommation d'alcool persiste, et ce, même en tenant compte de l'effet de facteurs confusionnels éventuels comme l'âge (tableau 3).

... et à l'abus occasionnel d'alcool

Le fait de travailler était également lié à l'abus occasionnel d'alcool, c'est-à-dire consommer cinq verres ou plus en une seule occasion, 12 fois ou plus au cours de la dernière année. Comparativement aux élèves qui n'ont pas travaillé, même ceux qui ont travaillé quelques heures étaient plus susceptibles d'adopter un tel comportement (graphique 3).

Graphique 2

Pourcentage des élèves à temps plein de 15 à 17 ans qui ont déclaré consommer de l'alcool tous les jours ou à l'occasion, selon le nombre moyen d'heures hebdomadaires travaillées au cours des 12 mois précédents, population à domicile, Canada, 2003



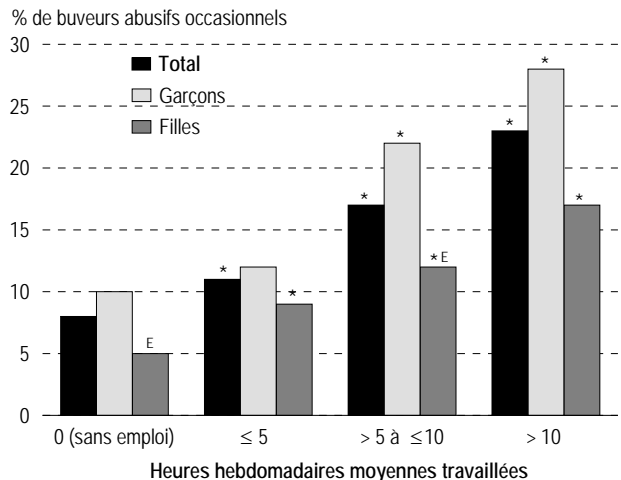
Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Selon un échantillon de 5 331 élèves à temps plein âgés de 15 à 17 ans (2 697 garçons et 2 634 filles).

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le même groupe dans « sans emploi » ($p < 0,05$).

Graphique 3

Pourcentage des élèves à temps plein de 15 à 17 ans qui ont déclaré faire un abus occasionnel d'alcool, selon le nombre moyen d'heures hebdomadaires travaillées au cours des 12 mois précédents, population à domicile, Canada, 2003



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

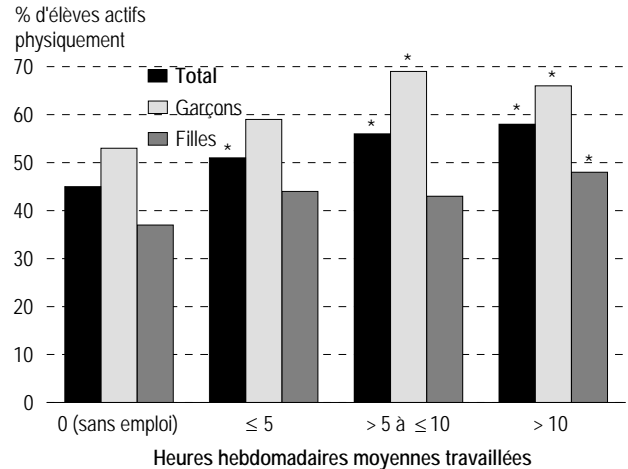
Nota : Selon un échantillon de 5 331 élèves à temps plein âgés de 15 à 17 ans (2 697 garçons et 2 634 filles).

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le même groupe dans « sans emploi » ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Graphique 4

Pourcentage des élèves à temps plein de 15 à 17 ans qui ont déclaré être actifs physiquement dans leurs temps libres, selon le nombre moyen d'heures hebdomadaires travaillées au cours des 12 mois précédents, population à domicile, Canada, 2003



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

Nota : Selon un échantillon de 5 331 élèves à temps plein âgés de 15 à 17 ans (2 697 garçons et 2 634 filles).

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le même groupe dans « sans emploi » ($p < 0,05$).

Environ 1 élève sur 10 qui a travaillé cinq heures ou moins a déclaré avoir abusé occasionnellement de l'alcool, et près du quart des élèves qui ont travaillé plus de 10 heures par semaine ont agi de même. Ici encore, les associations persistent même en tenant compte de l'âge et d'autres caractéristiques des élèves (tableau 3).

Reste-t-il du temps pour l'activité physique?

Ce ne sont pas tous les comportements que l'on observe davantage chez les élèves qui travaillent qui influent de façon négative sur la santé. Les garçons qui travaillaient plus de cinq heures par semaine déclaraient généralement plus souvent être actifs physiquement pendant leurs temps libres que ceux qui n'avaient pas d'emploi (graphique 4). Chez les filles, une association favorable entre le nombre d'heures travaillées et l'activité physique n'est apparue que chez celles qui travaillaient en moyenne plus de 10 heures par semaine.

Pour l'ensemble des garçons et des filles, les élèves

qui travaillaient jusqu'à 20 heures par semaine étaient généralement plus actifs physiquement dans leurs temps libres que ceux qui ne travaillaient pas, mais au-delà de 20 heures, la différence n'est pas statistiquement significative (données non présentées).

Les associations entre le travail et l'activité physique dans les temps libres ont persisté pour chaque niveau d'heures travaillées compte tenu également de l'influence de l'âge, du sexe, du revenu du ménage et du lieu de résidence (région rurale ou urbaine) (tableau 3). La cote exprimant la possibilité d'être actif physiquement était presque deux fois plus élevée chez les élèves qui travaillaient cinq

heures et plus par semaine jusqu'à concurrence de 15 heures, et elle était plus du double chez ceux qui travaillaient en moyenne de 15 à 20 heures, comparativement aux élèves qui ne travaillaient pas. Au-delà de 20 heures, la cote exprimant une telle possibilité diminuait, mais elle restait supérieure à celle des non-travailleurs.

Une étude précédente a permis d'observer un taux plus élevé de participation sportive et une plus grande probabilité d'exercices vigoureux chez les adolescents qui travaillaient une à cinq heures par semaine, comparativement à ceux qui ne travaillaient pas du tout¹⁵. L'étude a aussi révélé une association négative avec l'exercice chez les adolescents qui

Limites

Les données utilisées dans le présent article sont fondées sur les réponses fournies par le participant à son propre égard ou à l'égard d'autres personnes. Les réponses n'ont pas été vérifiées par des mesures directes ou des sources indépendantes, de sorte que leur degré d'exactitude est inconnu. Par exemple, les erreurs de remémoration peuvent avoir un effet sur la fréquence déclarée de l'activité physique et il n'y avait pas de sources indépendantes pour confirmer si les personnes qui ont déclaré faire certaines activités l'ont fait effectivement, ou l'ont fait selon la fréquence et la durée qu'elles ont déclarées. Il est également possible que des participants aient donné des réponses socialement souhaitables à des questions au sujet de l'usage du tabac, de la consommation d'alcool, de l'activité physique ou des heures travaillées. On ne sait pas dans quelle mesure les données ont pu être biaisées, ou si la prévalence a été surestimée ou sous-estimée en raison de ces sources possibles d'erreur.

Des élèves ont déclaré avoir occupé plus d'un emploi dans les 12 derniers mois : 163 dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (10 % de l'échantillon pondéré) et 126 dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2 % de l'échantillon pondéré). Seuls les renseignements au sujet de l'emploi principal des participants ont été pris en compte dans le calcul des heures moyennes habituellement travaillées hebdomadairement. Dans le cas de ceux qui ont déclaré plus d'un emploi, il a été impossible de déterminer si une partie des semaines totales travaillées dans d'autres emplois l'ont été concurremment avec les semaines travaillées dans l'emploi principal. Par conséquent, leur nombre moyen d'heures hebdomadaires travaillées peut avoir été sous-estimé.

Les données de l'ENSP ont servi à mesurer les comportements à seulement deux moments dans le temps : les changements qui ont pu se produire avant, pendant ou après la période de deux ans n'ont pu être pris en compte. En outre, seulement les renseignements recueillis dans l'enquête initiale au sujet de caractéristiques sociodémographiques, comme la situation quant à l'emploi des élèves et le nombre d'heures travaillées par semaine, ont été utilisés.

Pour l'ENSP, il est possible que les jeunes qui avaient quitté le foyer entre les cycles de l'enquête aient été plus susceptibles d'être des non-participants et, par conséquent, d'être exclus. En outre, certains jeunes ont été exclus de ces analyses parce qu'ils n'ont pas fourni de renseignements sur le nombre de semaines ou le nombre typique d'heures travaillées par semaine. Pour l'ESCC, 154 enregistrements d'élèves qui travaillent ont été exclus pour cette raison; pour l'ENSP, 141 enregistrements. On ne connaît pas le biais possible découlant de ces genres d'attrition et de ces exclusions, pas plus qu'on ne connaît l'incidence des associations entre l'emploi et la modification des comportements en matière de santé.

Bien que les données longitudinales de l'ENSP établissent une relation temporelle entre l'emploi et les comportements en matière de santé environ deux années plus tard, on ne peut en déduire qu'il y a une relation de cause à effet. On ne peut non plus établir une telle relation au moyen des données transversales de l'ESCC. Les associations pourraient être liées à d'autres facteurs non inclus dans les analyses. Il est impossible de déterminer avec ces données les mécanismes sur lesquels reposent les associations entre le travail ou le nombre d'heures travaillées et les comportements en matière de santé.

Définitions

Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), le *revenu du ménage* est fondé sur le nombre de personnes dans le ménage et sur le revenu annuel total du ménage tiré de toutes les sources dans les 12 mois précédant l'entrevue. Dans l'analyse de l'ENSP, on a utilisé le revenu du ménage déclaré dans l'année de référence : 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 ou 2000-2001, selon l'année où l'élève a atteint l'âge de 15, 16 ou 17 ans.

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

Les revenus des ménages ont été regroupés comme suit : inférieur/moyen/inférieur, moyen, et moyen-supérieur/supérieur. Lorsque les renseignements n'étaient pas disponibles (refus, inconnu), les enregistrements ont été classés dans la catégorie « données manquantes ». Des renseignements sur le revenu personnel des élèves tiré d'un travail n'étaient pas disponibles.

La mesure dans laquelle une personne est *active physiquement* dans ses temps libres a été établie d'après la dépense d'énergie (DE) cumulative totale. La DE cumulative totale est calculée à partir de la fréquence et de la durée déclarées de toutes les activités physiques d'un participant dans ses temps libres au cours des trois mois ayant précédé l'entrevue de l'ESCC ou de l'ENSP, et d'après la demande d'énergie métabolique (valeur DEM) de chaque activité, qui a été établie indépendamment. La DE a été calculée comme suit : nombre de fois qu'un participant a fait une activité sur une période de 12 mois (une période de rappel de trois mois multipliée par quatre) multiplié par la durée moyenne en minutes et le coût en énergie de l'activité (kilocalories dépensées par kilogramme de masse corporelle par heure d'activité). Pour calculer la dépense d'énergie quotidienne de l'activité, l'estimation annuelle a été divisée par 365. Ce calcul a été répété pour toutes les activités déclarées dans les temps libres, et les résultats ainsi obtenus ont été additionnés pour obtenir la dépense d'énergie quotidienne moyenne

totale. Les participants dont la DE dans les temps libres était de 3,0 kcal/kg/jour ou plus ont été considérés comme étant *actifs physiquement*. Une valeur se situant entre 1,5 et 2,9 kcal/kg/jour équivalait à *modérément actif*, et ceux qui se trouvaient en deçà de 1,5 kcal/kg/jour ont été considérés comme étant *inactifs*. L'activité physique à l'école ou en milieu de travail n'est pas comprise.

La catégorie de l'ENSP *a augmenté son activité physique dans ses temps libres* ou *a maintenu son état d'activité* comprenait les participants qui étaient « actifs » ou « modérément actifs » selon les renseignements déclarés au moment de la première entrevue et « actifs » selon les renseignements de la deuxième entrevue deux années plus tard, de même que ceux qui étaient « inactifs » au moment de la première entrevue et soit « modérément actifs », soit « actifs » deux années plus tard.

Les données sur l'usage du tabac proviennent des questions au sujet du comportement actuel et passé. Les *fumeurs quotidiens* ou *occasionnels* sont ceux qui ont déclaré fumer des cigarettes soit tous les jours, soit occasionnellement, au moment de l'entrevue. Les participants à l'ENSP qui étaient dans la catégorie « n'a jamais été fumeur » ou « ancien fumeur » pour le point de référence de l'étude, mais qui ont déclaré deux années plus tard fumer tous les jours ou occasionnellement, ont été considérés comme ayant *commencé à fumer tous les jours ou occasionnellement*.

Dans les deux enquêtes, la question suivante a été posée : « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées? » Pour les participants à l'ESCC, les *buveurs réguliers* étaient ceux qui avaient mentionné avoir consommé de l'alcool une fois par mois ou plus. Pour l'analyse de l'ENSP, la mention *a commencé à consommer de l'alcool régulièrement* s'applique aux anciens buveurs qui ne buvaient plus, ou à ceux qui avaient toujours été des abstinentes au moment de la première entrevue, mais qui, au moment de l'enquête environ deux années plus tard, consommaient de l'alcool une fois par mois ou plus.

Pour mesurer l'*abus occasionnel d'alcool*, les participants à l'ESCC devaient préciser combien de fois dans la dernière année ils ont pris cinq verres ou plus en une seule occasion. Ceux qui l'avaient fait 12 fois ou plus ont été considérés comme ayant abusé occasionnellement de l'alcool.

Les participants à l'ESCC ont été classés selon qu'ils étaient des *résidents urbains* ou *ruraux*. Les régions urbaines sont des zones bâties continues avec une concentration de population de 1 000 habitants ou plus et une densité démographique de 400 ou plus par kilomètre carré, selon le Recensement de la population de 1996.

travaillaient plus de cinq heures par semaine¹⁸. Les écarts entre ces résultats et les constatations de la présente analyse peuvent être attribuables aux mesures de l'activité physique. Dans l'ESCC, les participants étaient interrogés spécifiquement sur tout un éventail d'activités physiques et sur le temps consacré à chaque activité pour une période de référence donnée (voir *Définitions*).

Devenir des buveurs réguliers

Comme il est impossible de déterminer, d'après les données transversales de l'ESCC, le moment de l'emploi par rapport aux comportements en matière de santé, il est impossible d'établir des relations temporelles. Les données de l'ENSP peuvent toutefois permettre de déterminer l'évolution ou le maintien des comportements en matière de santé chez les élèves par rapport à leur situation quant à l'emploi environ deux années auparavant (voir *Sources*

des données et Techniques d'analyse).

Même en tenant compte de l'âge et du revenu du ménage, la cote exprimant le risque de devenir des buveurs réguliers dans l'intervalle de deux ans était plus élevée chez les élèves qui avaient travaillé que chez ceux qui n'avaient pas travaillé. Cette relation s'est manifestée dans tous les groupes d'heures travaillées (tableau 4), mais est remarquablement élevée parmi les élèves qui travaillaient en moyenne plus de 10 heures par semaine. Chez ces derniers, la cote exprimant le risque qu'ils deviennent des buveurs réguliers était plus de trois fois plus élevée qu'elle ne l'était chez ceux qui n'avaient pas travaillé deux années auparavant. De plus, la cote exprimant le risque de commencer à consommer régulièrement de l'alcool était plus élevée chez les garçons que chez les filles et, fait peu étonnant, augmentait avec chaque année d'âge supplémentaire.

L'analyse longitudinale n'a par ailleurs révélé

Tableau 4

Rapports de cotes corrigés relatifs à la modification ou au maintien des comportements en matière de santé chez les élèves à temps plein de 15 à 17 ans, selon le nombre moyen d'heures hebdomadaires consacrées à l'emploi principal et selon certaines caractéristiques, population à domicile, Canada, 1994-1995 à 2002-2003

	A commencé à fumer quotidiennement/ occasionnellement		A commencé à consommer de l'alcool régulièrement		A augmenté le temps consacré à l'activité physique/est resté actif	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Heures hebdomadaires moyennes						
0 (sans emploi) [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
≤ 5	0,9	0,6- 1,5	1,9*	1,3- 2,7	1,3	0,9- 1,8
> 5 à ≤ 10	1,0	0,5- 1,8	2,0*	1,1- 3,4	1,1	0,7- 1,7
> 10	1,1	0,6- 2,1	3,1*	1,6- 5,7	1,0	0,7- 1,6
Âge						
15 ans [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
16 ans	1,3	0,9- 2,0	1,6*	1,1- 2,2	0,9	0,7- 1,3
17 ans	1,3	0,8- 2,2	1,7*	1,2- 2,6	0,7*	0,5- 0,9
Sexe						
Filles [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Garçons	1,1	0,7- 1,6	1,5*	1,1- 2,1	1,7*	1,3- 2,3
Revenu du ménage						
Inférieur/moyen-inférieur [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Moyen	1,1	0,6- 2,1	0,8	0,4- 1,4	0,8	0,5- 1,3
Moyen-supérieur/supérieur	1,1	0,6- 2,1	1,2	0,7- 2,1	1,2	0,8- 1,8
Données manquantes	1,2	0,6- 2,5	0,9	0,5- 1,7	0,9	0,6- 1,4

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal carré, 1994-1995 à 2002-2003

Nota : Des modèles distincts ont été utilisés pour chaque comportement en matière de santé, en se fondant sur des échantillons respectifs de 1 231, 1 086 et 1 439 participants.

[†] Groupe de référence.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

aucune association entre le fait de travailler un certain nombre d'heures par semaine et l'acquisition de l'habitude de fumer ou l'augmentation ou le maintien de l'activité physique.

Conclusion

La présente analyse, fondée sur des données représentatives à l'échelle nationale, révèle que les élèves à temps plein du niveau secondaire qui travaillent contre rémunération sont nettement plus susceptibles de fumer, de boire de l'alcool régulièrement — et beaucoup à l'occasion — que ne le sont leurs collègues qui ne travaillent pas. La persistance de ces associations, même si l'on tient compte de l'effet de l'âge, est conforme aux constatations d'autres études⁶⁻⁸. Des facteurs individuels, comme le fait d'avoir plus d'argent à dépenser, peuvent jouer un rôle. Des facteurs liés au milieu de travail, comme la facilité d'obtenir de l'alcool et du tabac et les contacts avec des collègues

de travail ou des clients qui adoptent ces comportements, peuvent aussi accroître le risque pour les élèves qui travaillent.

Bien que l'usage du tabac et la consommation d'alcool aient été associés au travail dans l'analyse transversale, ces associations ne persistent pas nécessairement. Dans le cas des élèves qui ont été suivis sur une période de deux ans, le travail a été associé à la consommation régulière d'alcool plus tard, mais non avec l'apprentissage de l'usage du tabac.

Les comportements en matière de santé qui sont liés au travail ou à l'augmentation des heures de travail ne sont pas tous nuisibles. Malgré les exigences de l'école et du travail, les élèves qui avaient un emploi — même ceux qui travaillaient en moyenne plus de 20 heures par semaine — étaient plus susceptibles d'être actifs physiquement dans leurs temps libres, comparativement aux élèves qui ne travaillaient pas. ●

Références

1. D. Little, « Financement des universités : pourquoi les étudiants doivent-ils payer davantage ? », *Revue trimestrielle de l'éducation*, 4(2), 1997, p. 10-26 (Statistique Canada, n° 81-003-XPB au catalogue).
2. L. Plager et E. Chen, « La dette étudiante de 1990-91 à 1995-96 : une analyse des données du programme canadien de prêts aux étudiants », *Revue trimestrielle de l'éducation*, 5(4), 1999, p. 10-35 (Statistique Canada, n° 81-003 XPB au catalogue).
3. Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, *Protecting Youth at Work: Health, Safety and Development of Working Children and Adolescents in the United States*, publié sous la direction de D.H. Wegman, Washington DC, National Academy Press, 1998, disponible à : <http://www.nap.edu/books/0309064139/html/>, site consulté le 23 août 2004.
4. M.J. Paschall, C.L. Ringwalt et R.L. Flewelling, « Explaining higher levels of alcohol use among working adolescents: an analysis of potential explanatory variables », *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2), 2002, p. 169-178.
5. S. Franke, « Travailler pendant ses études : une charge de plus à l'emploi du temps des jeunes », *Tendances sociales canadiennes*, 68, 2003, p. 25-28 (Statistique Canada, n° 11-008-XIF au catalogue).
6. L.T. Wu, W.E. Schlenger et D.M. Galvin, « The relationship between employment and substance use among students aged 12 to 17 », *Journal of Adolescent Health*, 32(1), 2003, p. 5-15.
7. J.G. Bachman et J. Schulenberg, « How part-time work intensity relates to drug use, problem behavior, time use and satisfaction among high school seniors: Are these consequences or merely correlates? », *Developmental Psychology*, 29(2), 1993, p. 200-235.
8. B.J. McMorris et C. Uggen, « Alcohol and employment in the transition to adulthood », *Journal of Health and Social Behavior*, 41(3), 2000, p. 276-294.
9. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. 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. 31-43 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. L. Steinberg, S. Fegley et S.M. Dornbusch, « Negative impact of part-time work on adolescent adjustment: Evidence from a longitudinal study », *Developmental Psychology*, 29(2), 1993, p. 171-180.
13. V. Mitura et R. Bollman, « L'état de santé et les comportements des jeunes Canadiens : une comparaison rurale-urbaine », *Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada*, 5(3), 2004, p. 1-19 (Statistique Canada, n° 21-006-XIF au catalogue).

14. F.C. Breslin et E.M. Adlaf, « Part-time work and cigarette use among teenagers. Does age moderate this relationship? », *La revue canadienne de santé publique*, 93(5), 2002, p. 356-359.
15. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
16. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
17. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*, Baltimore, Maryland, août 1999.
18. D.J. Safron, J.E. Schulenberg et J.G. Bachman, « Part-time work and hurried adolescence: The links among work intensity, social activities, health behaviors and substance use », *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 2001, p. 425-449.

Annexe

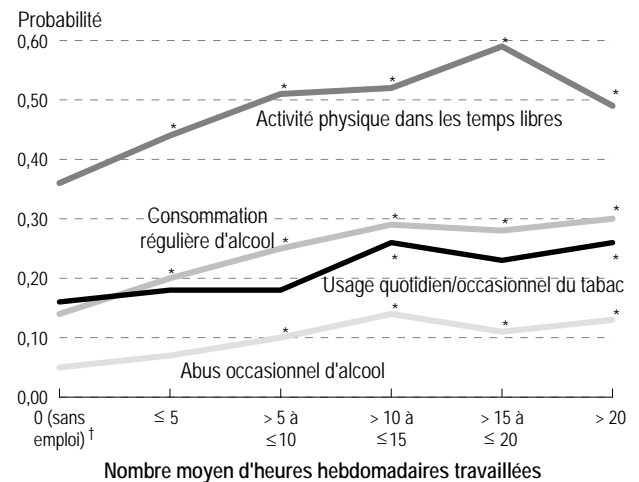
Tableau A
Répartition des élèves à temps plein âgés de 15 à 17 ans, selon certaines caractéristiques observées au point de référence, population à domicile, Canada, 1994-1995 à 2002-2003

	Taille de l'échantillon	Population estimative	
		milliers	%
Total	1 598	3 385	100
Sexe			
Filles	808	1 714	51
Garçons	790	1 671	49
Âge			
15 ans	575	1 190	35
16 ans	579	1 309	39
17 ans	444	886	26
Revenu du ménage			
Inférieur/moyen-inférieur	180	352	10
Moyen	369	806	24
Moyen-supérieur/supérieur	734	1 565	46
Données manquantes	315	662	20
Nombre moyen d'heures travaillées par semaine au cours des 12 mois précédents			
0 (sans emploi)	722	1 518	45
≤ 5	459	1 003	30
> 5 à ≤ 10	230	496	15
> 10	187	368	11
Usage du tabac/consommation d'alcool au point de référence			
A déjà fumé/n'a jamais fumé	1 237	2 632	78
Ne boit pas régulièrement/n'a jamais consommé d'alcool	1 096	2 324	69
Modification des comportements en matière de santé au moment du suivi			
A commencé à fumer quotidiennement/occasionnellement	219	433	17
A commencé à consommer régulièrement de l'alcool	507	1 106	48
A augmenté le temps consacré à l'activité physique/est resté actif	675	1 455	46

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal carré, 1994-1995 à 2002-2003

Nota : Cet échantillon est composé de 1 598 participants de 15 à 17 ans qui étaient des élèves à temps plein et qui n'avaient pas encore obtenu un diplôme d'études secondaires au début de la période de référence initiale et qui avaient déclaré leur situation quant à l'emploi pour les 12 mois précédents.

Graphique A
Probabilités de certains comportements en matière de santé pour des filles élèves à temps plein âgées de 15 ans, vivant dans un ménage à faible revenu en région rurale, en tant que fonction du nombre d'heures travaillées hebdomadairement dans un emploi principal, population à domicile, Canada, 2003



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

Nota : Les modèles sont fondés sur un échantillon de 5 331 élèves à temps plein âgés de 15 à 17 ans. La probabilité de chaque comportement en matière de santé est modélisée pour chaque augmentation de la fourchette d'heures travaillées hebdomadairement.

† Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les personnes sans emploi (0 heure) ($p < 0,05$).

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



O bésité, embonpoint et origine ethnique

Mark S. Tremblay, Claudio E. Pérez, Chris I. Ardern, Shirley N. Bryan et Peter T. Katzmarzyk

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité autodéclarés, fondés sur l'indice de masse corporelle (IMC), selon l'origine ethnique. Il examine en outre à cet égard l'influence de la période écoulée depuis l'immigration, tant au sein même des groupes ethniques qu'entre eux.

Source des données

Les résultats sont fondés sur les données des cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Techniques d'analyse

Des prévalences pondérées de l'embonpoint (IMC ≥ 25) et de l'obésité (IMC ≥ 30) ont été calculées selon le sexe et l'origine ethnique pour la population de 20 à 64 ans. Des modèles de régression logistique multiple ont servi à examiner les associations entre l'embonpoint ou l'obésité et l'origine ethnique, ainsi qu'entre les groupes ethniques et au sein de ces groupes selon la période écoulée depuis l'immigration, compte tenu des effets de l'âge, du revenu du ménage, du niveau de scolarité et de l'activité physique.

Principaux résultats

La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité est la plus forte tant chez les hommes que chez les femmes autochtones, et la plus faible chez les Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est. Indépendamment de l'âge, du revenu du ménage, du niveau de scolarité et de l'activité physique, la cote exprimant le risque de faire de l'embonpoint et d'être obèse est plus élevée chez les Autochtones que chez les personnes de race blanche, tandis qu'elle est significativement plus faible chez les Sud-Asiatiques et les Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est. La prévalence de l'embonpoint est significativement plus faible chez les nouveaux immigrants (arrivés il y a 10 ans ou moins) que chez les non-immigrants, mais cette différence a tendance à s'estomper au fil du temps.

Most-clés

Race, indice de masse corporelle, immigration, situation socioéconomique.

Auteurs

Mark S. Tremblay (613-951-4385; Mark.Tremblay@statcan.ca) et Shirley N. Bryan travaillent à la Division de la statistique de la santé et Claudio E. Pérez travaille à la Division des industries de service à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6. Chris I. Ardern et Peter T. Katzmarzyk fréquentent l'Université Queen's, Kingston, Ontario.

Depuis plusieurs décennies, la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint augmente au Canada¹⁻⁶, comme dans de nombreuses régions du monde développé et en développement^{7,8}. Le lien étroit entre l'obésité et les risques pour la santé^{7,9-12} présage de graves conséquences sociales et économiques.

L'augmentation de l'obésité reflète un environnement qui est de plus en plus propice à la prise de poids¹³. La réduction de l'activité physique et l'évolution des habitudes alimentaires ont mené chez de nombreuses personnes à un bilan énergétique positif soutenu. Toutefois, les données recueillies laissent entendre qu'une interaction entre les prédispositions génétiques et l'environnement¹⁴, qui n'est pas la même pour tous les groupes ethniques^{15,16}, influe également sur la probabilité d'être obèse. Outre les prédispositions génétiques éventuelles, les groupes ethniques présentent des différences en ce qui a trait à d'autres déterminants importants de l'obésité, notamment la situation socioéconomique et les comportements liés au mode de vie.

Méthodologie

Source des données

La présente analyse est fondée sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 et de 2003 menée par Statistique Canada. L'ESCC est conçue pour recueillir des renseignements transversaux sur la santé de la population à domicile de 12 ans et plus de toutes les provinces et des territoires, sauf les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes, les pensionnaires d'établissements (prisons, hôpitaux, universités) et les résidents de certaines régions éloignées.

Le premier cycle (1.1) a débuté en septembre 2000 et s'est poursuivi pendant 14 mois. La moitié des entrevues ont été réalisées sur place. Le taux de réponse a été de 84,7 %, ce qui a produit un échantillon de 131 573 personnes. Cette analyse se limite aux 86 687 personnes de 20 à 64 ans pour lesquelles des données sur l'indice de masse corporelle (IMC) étaient disponibles, soit un groupe représentant quelque 18,4 millions de personnes.

Le deuxième cycle (2.1) a débuté en janvier 2003 et s'est terminé en décembre de cette année-là. Contrairement au premier cycle, la plupart des entrevues ont été menées par téléphone ce qui a peut-être donné lieu à des déclarations biaisées différemment (dans l'un et l'autre cycle) de la taille et du poids. Le taux de réponse a été de 80,6 %, ce qui a donné un échantillon de 135 573 personnes. Cette analyse porte sur 84 709 personnes de 20 à 64 ans pour lesquelles des données sur l'indice de masse corporelle étaient disponibles, soit un groupe représentant quelque 18,8 millions de personnes. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'entrevue de l'ESCC sont décrits de façon plus détaillée dans un article paru antérieurement¹⁷.

Les deux échantillons ont été combinés de manière à augmenter la taille de l'échantillon; ainsi, les résultats représentent deux périodes, soit 2000-2001 et 2003, et un échantillon de taille non pondérée composé de 171 396 personnes. La répartition de l'échantillon selon le groupe ethnique correspond à celle du Recensement de 2001.

Techniques d'analyse

Pour les échantillons combinés de 2000-2001 et 2003, les estimations de la prévalence et les estimations de la cote exprimant le risque d'embonpoint et d'obésité selon l'origine ethnique ont été pondérées de manière à représenter la population canadienne à domicile de 20 à 64 ans pour les deux années d'enquête (tableaux A et B en annexe). Ainsi, le total pondéré correspond au double de la population canadienne, mais cela n'a pas d'effet sur les estimations

de la prévalence ou de la cote exprimant le risque. Les modèles de régression logistique ont été construits pour tenir compte de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et du niveau d'activité physique durant les loisirs (voir *Définitions*). Les enregistrements pour lesquels des valeurs manquaient pour les variables indépendantes ont été éliminés. Les modèles ont été répétés pour les sous-populations selon le statut d'immigrant et la période écoulée depuis l'immigration (0 à 10 ans et 11 ans ou plus). Pour les modèles se limitant aux immigrants, les personnes déclarant leur origine ethnique comme étant Autochtone d'Amérique du Nord (7 enregistrements) ont été éliminées. Pour tenir compte de l'effet du plan d'enquête, les coefficients de variation et les valeurs p ont été estimés et on a appliqué la méthode du *bootstrap* pour les tests de signification^{18,19}. Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Limites

Malgré le grand échantillon représentatif sur le plan national, la présente étude comporte plusieurs limites. La dépendance à l'égard de l'autodéclaration est l'une des plus importantes. Comme les calculs de l'IMC sont fondés sur la taille et le poids autodéclarés, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité pourrait être sous-estimée^{20,21}. En outre, 70 % des entrevues du cycle 2.1 ont été menées par téléphone comparativement à 50 % des entrevues du cycle 1.1, ce qui a pour effet de biaiser encore davantage le poids autodéclaré²². L'origine ethnique peut également influencer sur la taille et le poids autodéclarés²³, étant donné les différentes perceptions de l'image corporelle et de l'insatisfaction face au corps²⁴⁻²⁸. La classification de l'activité physique repose également sur des données autodéclarées et ne porte que sur les loisirs.

Étant donné la petite taille de l'échantillon dans le cas de certains groupes ethniques (limite en grande partie compensée par le regroupement des deux cycles de l'enquête), des estimations valides de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité ne pouvaient être produites que pour des catégories générales, de sorte que des renseignements précieux sont peut-être restés cachés. En outre, les données recueillies donnent à penser que l'utilisation des termes « race » et « origine ethnique » peut être une source de confusion pour certains participants à l'enquête²⁹.

Enfin, les résultats pour les peuples d'origine autochtone montrent une prévalence exceptionnellement élevée de l'embonpoint et de l'obésité. Toutefois, les données ne brossent qu'un tableau partiel de la situation, puisqu'elles ne portent que sur la population hors réserve.

Définition de l'origine ethnique

Le concept d'origine ethnique est fluide et complexe³⁰. Les ouvrages publiés sur la santé publique ne font pas de distinction claire entre les expressions « origine ethnique » et « race ». L'« origine ethnique » sous-entend la présence de similarités culturelles entre les personnes, tandis que la « race » sous-entend la présence de caractéristiques biologiques indiquant des similarités génétiques importantes. Dans la pratique, les deux expressions sont souvent utilisées de façon interchangeable ou sont combinées en une seule entité telle que « race/origine ethnique »³⁰. Dans le présent article, l'« origine ethnique » autodéclarée se rapporte à l'un des sous-groupes identifiables sur le plan racial ou culturel de la population canadienne.

Pour les besoins de la présente analyse, l'« origine ethnique » est fondée sur la question suivante tirée de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : « Les gens qui habitent au Canada ont des origines culturelles et raciales très variées : Êtes-vous (l'intervieweur lisait les catégories au répondant et permettait des réponses multiples) :

1. Blanc(che)? »
2. Chinois(e)? »
3. Sud-Asiatique (p. ex., Indien(ne) de l'Inde, Pakistanais(e), Sri-Lankais(e), etc.)? »
4. Noir(e)? »
5. Philippin(e)? »
6. Latino-américain(e)? »
7. Asiatique du Sud-Est (p. ex., Cambodgien(ne), Indonésien(ne), Laotien(ne), Vietnamien(ne), etc.)? »
8. Arabe? »
9. Asiatique occidentale (p. ex., Afghan(e), Iranien(ne), etc.)? »
10. Japonais(e)? »
11. Coréen(ne)? »
12. Autochtone d'Amérique du Nord (Indien(ne) de l'Amérique du Nord, Métis(se), Inuit(e)/Eskimau(de))? »
13. Autres – Précisez »

Pour éviter des échantillons de trop petite taille, les participants à l'enquête ont été regroupés selon les origines ethniques suivantes : Blancs (1), Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est (2, 5, 7, 10, 11), Asiatiques de l'Ouest ou Arabes (8, 9), Asiatiques du Sud (3), Latino-américains (6), Noirs (4), Autochtones (12) et autres (13 – réponses multiples et non-réponse/he sais pas/refus). Ces groupes ethniques autodéclarés sont utilisés pour les besoins du présent article mais, lorsqu'on cite des ouvrages à l'appui, la terminologie utilisée dans la source citée est préservée (p. ex., si une source utilise l'expression « Premières nations », celle-ci n'est pas remplacée par « Autochtones »).

Les analyses des données de la National Health and Nutrition Examination Survey aux États-Unis^{31,32} ont révélé des différences entre divers groupes ethniques sur le plan de l'obésité et de l'embonpoint. Au Canada, des études régionales de moindre envergure ont révélé une prévalence plus élevée de l'embonpoint chez les enfants et les adolescents d'ascendance autochtone comparativement à ceux d'ascendance européenne³³⁻³⁶, à l'instar de la situation observée dans d'autres populations autochtones^{37,38}. En outre, selon un nombre croissant d'ouvrages, les immigrants qui s'établissent en Amérique du Nord sont vraisemblablement moins susceptibles que la population hôte de faire de l'embonpoint³⁹. Cependant, en l'espace de deux ou trois générations, la prévalence de l'embonpoint chez ces groupes dépasse souvent celle de l'embonpoint chez les non-immigrants^{39,40}.

Seul un petit nombre d'études ont traité de l'embonpoint et de l'obésité chez les groupes ethniques au Canada (voir *Définition de l'origine ethnique*). Les questionnaires d'enquête sont habituellement conçus de sorte à ne demander aucune précision quant à l'origine ethnique, d'où les lacunes des données à cet égard. Toutefois, lorsque de tels renseignements sont demandés, les échantillons sont généralement de trop petite taille pour permettre d'établir des estimations fiables à l'endroit de certains groupes précis. Or, les cycles 1.1 (2000-2001) et 2.1 (2003) de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) fournissent tous deux des renseignements sur l'origine ethnique de quelque 130 000 participants à l'enquête (voir *Méthodologie* et *Définitions*). Dans le présent article, l'embonpoint et l'obésité dans différents groupes ethniques et selon le statut d'immigrant sont comparés au moyen des données combinées de ces deux cycles de l'ESCC. Comme il s'agit de renseignements autodéclarés, l'embonpoint et l'obésité réels peuvent être sous-estimés. Toutefois, l'analyse porte moins sur la prévalence du surpoids que sur les différences entre les groupes ethniques, sur lesquelles l'autodéclaration devrait avoir une incidence moindre.

Étant donné le caractère multiculturel de la société canadienne⁴¹, une analyse de l'embonpoint et de l'obésité selon de grandes catégories ethniques est une étape importante de la détermination des groupes à risque élevé. Une telle analyse peut certes être utile à l'élaboration de stratégies de prévention de l'obésité, d'autant que 18 % de la population canadienne est née à l'extérieur du pays et que les minorités visibles représentent 13 % de la population canadienne⁴¹.

Des tendances uniformes

L'analyse des données combinées de l'ESCC de 2000-2001 et de 2003 révèle des différences significatives entre les groupes ethniques quant à la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité. Ces différences, observées en considérant l'indice de masse corporelle (IMC), touchent les personnes de 20 à 64 ans (voir *Détermination de l'embonpoint et de l'obésité*). D'après leurs taille et poids autodéclarés, environ la moitié des Blancs (qui représentaient plus de 80 % de la population) faisaient de l'embonpoint (incluant les personnes qui étaient obèses). Les

Détermination de l'embonpoint et de l'obésité

L'embonpoint et l'obésité sont fondés sur l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC se calcule en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Les catégories d'IMC utilisées dans la présente analyse ont été attribuées selon les lignes directrices de Santé Canada⁴², lesquelles s'appliquent aux personnes de 18 à 64 ans à l'exception des femmes enceintes et de celles qui allaitent. Les personnes dont l'IMC était égal ou supérieur à 30 kg/m² étaient considérées comme obèses; celles dont l'IMC était égal ou supérieur à 25 kg/m² étaient considérées comme faisant de l'embonpoint (l'embonpoint inclut l'obésité).

Par exemple, l'IMC d'une personne qui mesure 1,7 mètre (5 pieds 7 pouces) et qui pèse 80 kilogrammes (176 livres) est :

$$80 \div 1,7^2 = 27,7 \text{ kg/m}^2$$

Cette personne fait de l'embonpoint. Si elle pesait 90 kilogrammes (198 livres), son IMC serait :

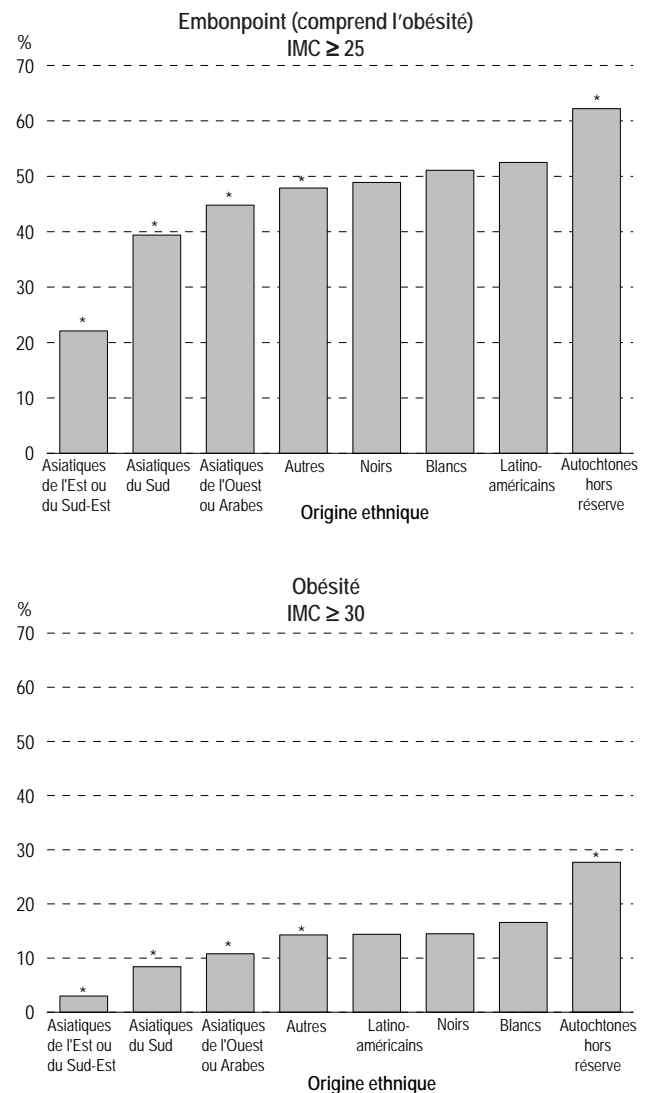
$$90 \div 1,7^2 = 31,1 \text{ kg/m}^2$$

et elle entrerait alors dans la catégorie « obèse ».

Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est avaient la plus faible prévalence autodéclarée de l'embonpoint (22 %), tandis que les Autochtones hors réserve avaient la prévalence la plus élevée (63 %) (graphique 1). Seulement 3 % des Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est étaient obèses, comparativement à 17 % des Blancs et à 28 % des Autochtones. Ces tendances s'observent tant chez les hommes que chez les femmes (graphique 2).

Graphique 1

Prévalence de l'embonpoint et de l'obésité, selon le groupe ethnique, population à domicile de 20 à 64 ans, Canada, données de 2000-2001 et 2003 combinées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

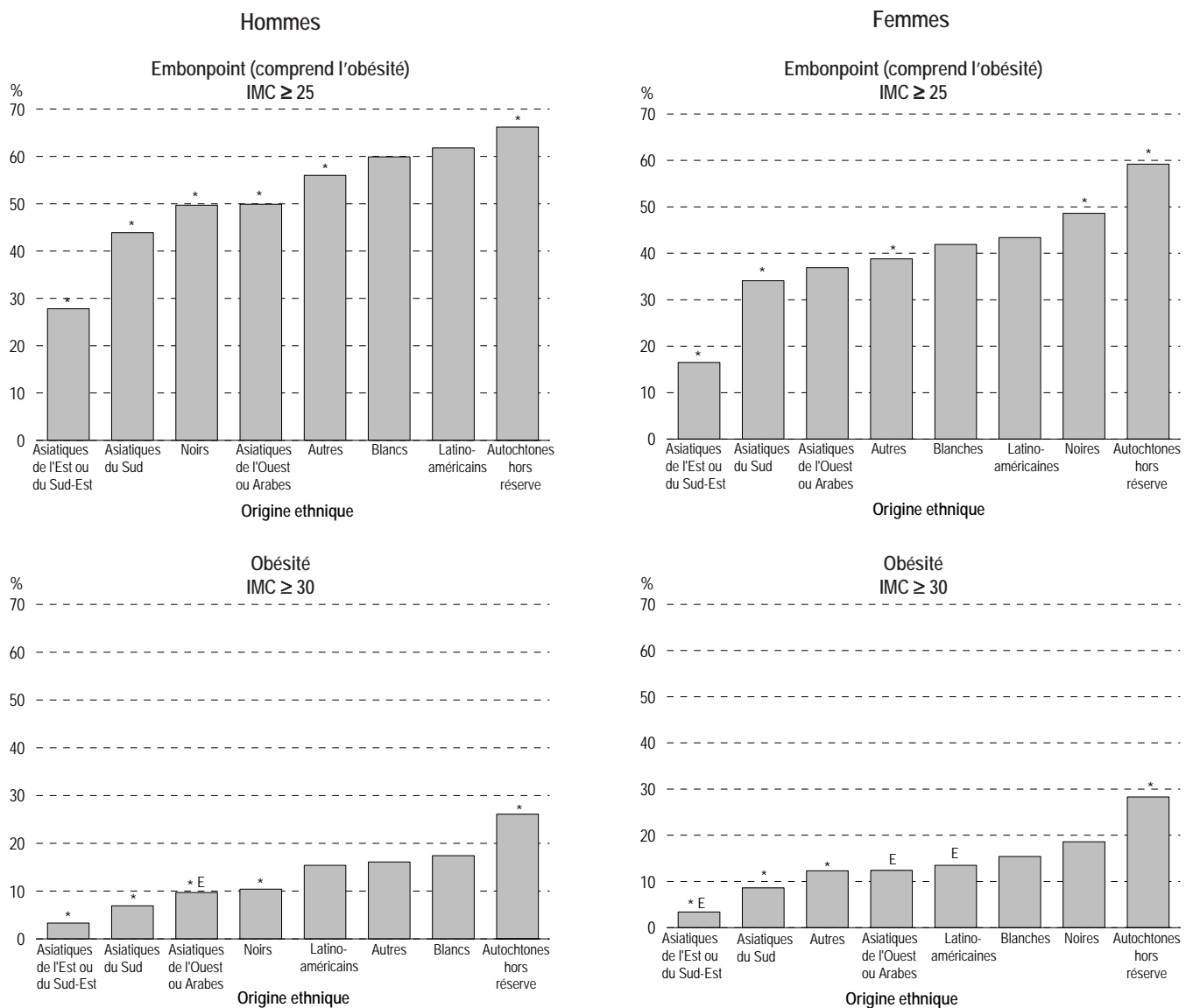
* Valeur significativement différente de l'estimation pour les Blancs ($p < 0,05$).

De nombreux facteurs autres que l'origine ethnique, notamment les caractéristiques démographiques, la situation socioéconomique et le mode de vie, influent sur la probabilité de faire de l'embonpoint ou d'être obèse. D'ailleurs, chez les hommes, la cote exprimant le risque de faire de l'embonpoint et d'être obèse augmente avec l'âge (tableau 1). En outre, un faible niveau de scolarité et de faibles niveaux d'activité physique sont associés

de façon significative à l'embonpoint et à l'obésité chez les hommes. Le faible revenu, par contre, semble préserver de l'embonpoint, mais non de l'obésité.

Lorsque les effets de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de l'activité physique sont pris en compte, les différences ethniques sur le plan de l'embonpoint et de l'obésité chez les hommes persistent. La cote exprimant le risque de faire de

Graphique 2
Prévalence de l'embonpoint et de l'obésité, selon le sexe et le groupe ethnique, population à domicile de 20 à 64 ans, Canada, données de 2000-2001 et 2003 combinées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les Blancs ($p < 0,05$).

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

l'embonpoint et d'être obèse est significativement plus élevée chez les hommes autochtones que chez les hommes de race blanche; elle est significativement plus faible chez les hommes originaires de l'Asie de l'Est ou du Sud-Est et de l'Asie du Sud ainsi que chez les hommes de race noire. La cote exprimant le risque d'obésité est faible chez les hommes originaires de l'Asie de l'Ouest ou arabes, mais ces derniers ne sont ni plus ni moins susceptibles que les hommes de race blanche de faire de l'embonpoint.

Chez les femmes, la relation entre l'origine ethnique, l'embonpoint et l'obésité s'apparente à celle des hommes. La cote exprimant le risque de faire de l'embonpoint ou d'être obèse est deux fois plus élevée chez les femmes autochtones que chez les femmes de race blanche, tandis qu'elle est significativement plus faible chez les femmes originaires de l'Asie de l'Est ou du Sud-Est, de l'Asie du Sud et de l'Asie de l'Ouest ou chez les femmes arabes. Toutefois, contrairement à la situation observée dans le cas de leurs homologues de sexe

Tableau 1

Rapports de cotes corrigés établissant le lien entre, d'une part, l'origine ethnique et certaines caractéristiques et, d'autre part, l'embonpoint et l'obésité, selon le sexe, population à domicile de 20 à 64 ans, Canada, données de 2000-2001 et 2003 combinées

	Embonpoint (IMC ≥ 25)				Obésité (IMC ≥ 30)			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Origine ethnique								
Blancs [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Autochtones (hors réserve)	1,7*	1,4-2,0	2,0*	1,7-2,3	1,7*	1,4-2,1	2,0*	1,7-2,4
Latino-américains	1,2	0,9-1,6	1,2	0,9-1,6	1,0	0,7-1,6	0,8	0,5-1,3
Autre, multiple ou inconnue	0,9	0,8-1,1	1,1	0,9-1,3	1,0	0,8-1,3	0,9	0,7-1,2
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	0,8	0,6-1,0	0,7*	0,5-1,0	0,5*	0,4-0,8	0,6*	0,4-0,9
Noirs	0,7*	0,5-0,9	1,2	1,0-1,5	0,5*	0,4-0,7	1,0	0,7-1,4
Asiatiques du Sud	0,6*	0,5-0,7	0,7*	0,6-0,9	0,5*	0,3-0,6	0,4*	0,3-0,6
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	0,3*	0,2-0,3	0,3*	0,2-0,3	0,2*	0,1-0,2	0,2*	0,1-0,2
Groupe d'âge								
20 à 34 ans [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
35 à 49 ans	1,7*	1,6-1,8	1,5*	1,5-1,6	1,2*	1,2-1,3	1,4*	1,3-1,5
50 à 64 ans	2,0*	1,8-2,1	2,5*	2,4-2,7	1,5*	1,4-1,6	1,8*	1,7-2,0
Revenu du ménage								
Inférieur	0,5*	0,5-0,6	1,1	1,0-1,2	0,9	0,7-1,0	1,4*	1,2-1,6
Moyen-inférieur	0,7*	0,6-0,8	1,3*	1,2-1,5	1,0	0,8-1,1	1,6*	1,4-1,8
Moyen	0,7*	0,7-0,8	1,3*	1,2-1,4	0,9	0,8-1,0	1,5*	1,4-1,6
Moyen-supérieur	0,9*	0,8-0,9	1,2*	1,1-1,3	1,0	0,9-1,0	1,3*	1,2-1,4
Supérieur [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Niveau de scolarité								
Pas de diplôme d'études secondaires	1,1*	1,0-1,2	1,5*	1,4-1,6	1,3*	1,2-1,4	1,5*	1,3-1,6
Diplôme d'études secondaires	1,1*	1,0-1,2	1,2*	1,2-1,3	1,2*	1,1-1,3	1,2*	1,1-1,3
Études postsecondaires partielles	1,0	0,9-1,1	1,1*	1,0-1,2	1,1	0,9-1,2	1,2*	1,1-1,3
Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Activité physique								
Actif(ve) [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Modérément actif(ve)	1,2*	1,1-1,2	1,4*	1,3-1,4	1,4*	1,3-1,5	1,4*	1,3-1,6
Inactif(ve)	1,1*	1,1-1,2	1,6*	1,5-1,7	1,6*	1,5-1,7	1,9*	1,8-2,1

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

Nota : Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne inférieure ou supérieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

† Catégorie de référence.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

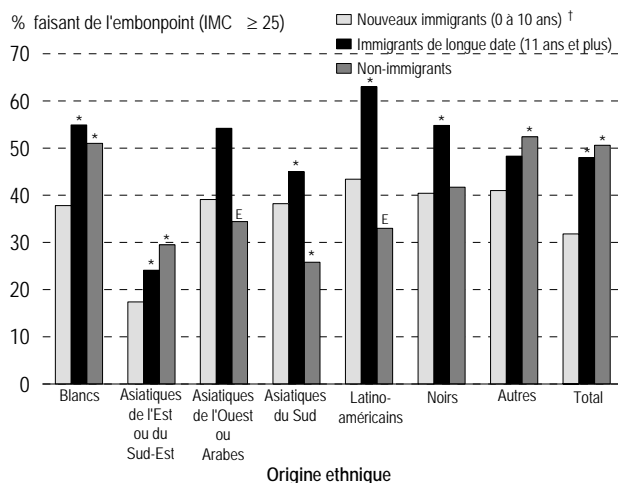
masculin, la cote exprimant le risque d'embonpoint ou d'obésité chez les femmes de race noire n'est pas significativement différente de celle des femmes de race blanche.

Comme chez les hommes, la cote exprimant le risque d'embonpoint et d'obésité chez les femmes augmente avec l'âge. En outre, de faibles niveaux d'activité physique et de scolarité sont également associés à une augmentation sensible de la cote exprimant le risque d'embonpoint et d'obésité chez les femmes. Contrairement à la situation chez les hommes, toutefois, le fait de vivre dans un ménage à faible revenu est un prédicteur puissant de l'embonpoint ainsi que de l'obésité chez les femmes.

Période écoulée depuis l'immigration

Certaines des différences sur le plan de la prévalence autodéclarée de l'embonpoint et de l'obésité entre les groupes ethniques sont attribuables au lieu de naissance et à la période écoulée depuis l'immigration au Canada (graphique 3). La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité est plus

Graphique 3
Prévalence de l'embonpoint, selon l'origine ethnique et le statut d'immigrant, population à domicile de 20 à 64 ans, Canada, données de 2000-2001 et 2003 combinées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

† Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les nouveaux immigrants ($p < 0,05$).

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Définitions

Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, le statut d'immigrant est fondé sur le pays de naissance indiqué par les participants. Ceux qui ont indiqué un pays autre que le Canada se sont vu demander s'ils étaient citoyens canadiens de naissance. S'ils ont dit « non », ils ont été classés comme immigrants. Les participants à l'enquête qui étaient des immigrants ont été invités à préciser en quelle année ils avaient immigré au Canada. Une comparaison de cette année et de celle de l'entrevue a permis de déterminer la période écoulée depuis l'immigration.

Le revenu du ménage était fondé sur le nombre de personnes dans le ménage et le revenu total du ménage provenant de toutes les sources durant les 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

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

Quatre niveaux de scolarité ont été utilisés : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Le niveau d'activité physique a été déterminé en demandant aux participants s'ils ont fait les activités suivantes durant leurs loisirs au cours des trois derniers mois : marche pour faire de l'exercice, jardinage ou travaux à l'extérieur, natation, bicyclette, danse moderne ou danse sociale, exercices à la maison, hockey sur glace, patinage sur glace, patins à roues alignées, jogging ou course, golf, classes d'exercices ou aérobie, ski alpin ou planche à neige, quilles, baseball ou balle molle, tennis, poids et haltères, pêche, volleyball, basketball (ballon panier), soccer et toutes autres activités physiques non précisées par l'intervieweur. On leur a ensuite demandé combien de fois ils ont fait l'activité identifiée et pendant combien de temps à chaque fois. On s'est ensuite fondé sur ces données ainsi que sur la valeur de la DEM associée à chaque activité (demande d'énergie métabolique de l'activité) pour déterminer une valeur de la dépense d'énergie pour chaque participant, exprimée en kilocalories dépensées par kilo de masse corporelle par jour (kcal/kg par jour). Trois niveaux d'activité physique ont été établis : inactif (0 à 1,49 kcal/kg par jour), modérément actif (1,5 à 2,99 kcal/kg par jour) ou actif (3,0 ou plus kcal/kg par jour).

élevée chez les immigrants de longue date (11 ans et plus) que chez les nouveaux immigrants (10 ans et moins).

La prévalence plus élevée de l'embonpoint chez les immigrants de longue date tend à appuyer l'hypothèse selon laquelle l'effet de « l'immigrant en bonne santé » disparaît en une décennie dans le cas de tous les groupes ethniques. Ces conclusions correspondent à celles d'études canadiennes^{39,43} et américaines⁴⁴ antérieures. Ainsi, même si la prévalence de l'embonpoint est relativement faible chez certains groupes d'immigrants, elle est susceptible d'augmenter à mesure que le temps passe. L'augmentation de l'IMC tient peut-être au délaissement graduel du régime alimentaire et du

mode de vie d'un groupe ethnique au profit d'un régime alimentaire plus « occidental » et d'un mode de vie sédentaire, ou à une combinaison des deux.

Des différences tenant à l'origine ethnique ont toutefois été observées tant chez les nouveaux immigrants que chez les immigrants de longue date. Même lorsqu'on tient compte des effets de l'âge, du revenu du ménage, du niveau de scolarité et de l'activité physique, la cote exprimant le risque d'obésité est généralement plus faible chez les immigrants hommes et femmes originaires de l'Asie de l'Est ou de l'Asie du Sud-Est que chez les immigrants de race blanche (tableau 2). Peu importe quand elles ont immigré, la cote exprimant le risque d'embonpoint est plus élevée chez les femmes de

Tableau 2

Rapports de cotes corrigés établissant le lien entre l'origine ethnique et l'embonpoint, selon le sexe et le statut d'immigrant, population à domicile de 20 à 64 ans, Canada, données de 2000-2001 et 2003 combinées

	Nouveaux immigrants (0 à 10 ans)		Immigrants de longue date (11 ans et plus)		Non-immigrants	
	Rapport de cotes corrigé†	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé†	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé†	Intervalle de confiance de 95 %
Total						
Blancs†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	0,3*	0,3- 0,4	0,3*	0,3- 0,4	0,5*	0,4- 0,7
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	1,3	0,9- 1,8	1,0	0,7- 1,5	0,8	0,4- 1,6
Asiatiques du Sud	1,0	0,8- 1,3	0,8*	0,7- 1,0	0,5*	0,3- 0,8
Latino-américains	1,6*	1,0- 2,5	1,6*	1,2- 2,2	0,5	0,2- 1,3
Noirs	1,2	0,8- 1,7	1,1	0,9- 1,4	0,8	0,6- 1,1
Autochtones (hors réserve)	...	...	...	...	1,8*	1,6- 2,0
Autres	1,2	0,8- 1,6	0,9	0,7- 1,1	1,3*	1,2- 1,5
Hommes						
Blancs†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	0,3*	0,2- 0,5	0,2*	0,2- 0,3	0,6*	0,4- 0,8
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	1,0	0,6- 1,6	0,9	0,5- 1,5	0,7	0,2- 2,1
Asiatiques du Sud	0,8	0,5- 1,1	0,7*	0,5- 0,9	0,5*	0,3- 1,0
Latino-américains	1,8	0,9- 3,5	1,2	0,7- 1,8	1,3	0,3- 6,4
Noirs	0,7	0,4- 1,2	0,7	0,5- 1,0	0,7	0,5- 1,2
Autochtones (hors réserve)	...	...	...	...	1,7*	1,4- 2,1
Autres	0,9	0,6- 1,5	0,7*	0,5- 1,0	1,3*	1,1- 1,6
Femmes						
Blanches†	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	0,3*	0,2- 0,5	0,4*	0,3- 0,5	0,4*	0,3- 0,6
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	1,2	0,6- 2,2	1,0	0,6- 1,7	0,7	0,2- 1,8
Asiatiques du Sud	1,4	0,9- 2,1	0,9	0,7- 1,2	0,4	0,2- 1,2
Latino-américaines	1,6	0,8- 3,0	2,1*	1,4- 3,4	0,3	0,1- 1,2
Noires	1,9*	1,1- 3,2	1,6*	1,2- 2,2	0,9	0,5- 1,5
Autochtones (hors réserve)	...	...	...	...	2,0*	1,7- 2,3
Autres	1,6	0,9- 2,7	1,0	0,7- 1,4	1,4*	1,1- 1,7

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 et 2003

Nota : L'embonpoint correspond à un indice de masse corporelle ≥ 25 ; l'obésité correspond à un indice de masse corporelle ≥ 30 . Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne inférieure ou supérieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

† Catégorie de référence.

‡ Tient compte de l'effet de l'âge, du revenu du ménage, du niveau de scolarité et du niveau d'activité physique.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

race noire que chez les immigrantes de race blanche. Il en va en outre ainsi des immigrantes de longue date originaires d'Amérique latine.

Mêmes tendances chez les non-immigrants

Les tendances ethniques quant à l'obésité se maintiennent tout autant parmi les non-immigrants. La cote exprimant le risque d'embonpoint est plus faible chez les personnes nées au pays mais qui sont toutefois d'origine sud-asiatique, est-asiatique ou sud-est-asiatique que chez les personnes de race blanche. Cette tendance vaut tant à l'endroit des hommes que des femmes et persiste en dépit de la prise en compte de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de l'activité physique.

Bien que la faible prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est s'apparente à ce que révèlent d'autres données^{45,46}, elle peut induire en erreur. L'indice de masse corporelle renseigne peu sur les différences éventuelles entre les groupes ethniques pour ce qui est des niveaux absolus d'adiposité, de la distribution de la masse adipeuse ou des conséquences subséquentes pour la santé. Après prise en compte de l'IMC, il a été montré que les Asiatiques ont un pourcentage plus élevé de tissus adipeux que leurs homologues européens ou de race blanche⁴⁷⁻⁴⁹. D'ailleurs, selon des études récentes, la prévalence de nombreux troubles métaboliques chez les Asiatiques ayant un IMC de 23 à 24 a augmenté, ce qui donne à penser que le seuil de 25 peut être trop élevé pour permettre d'identifier ceux qui courent des risques plus élevés^{46,50}.

De façon plus générale, des indices sans cesse croissants laissent croire que les lignes directrices générales actuelles en matière de poids corporel pourraient être insuffisantes pour permettre de cerner les risques pour la santé de façon égale dans tous les groupes ethniques^{45,51-53}. D'ailleurs, les Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes reconnaissent la nécessité de mener davantage de recherches dans ce domaine⁴².

La prévalence élevée de l'embonpoint et de l'obésité chez les Autochtones dont témoigne la présente analyse fait écho aux constatations d'études

communautaires^{6,33,36,54} et aux résultats obtenus en utilisant la taille et le poids mesurés directement auprès d'échantillons plus petits^{33,55}. Ces études donnent à penser qu'il faut considérer les Autochtones comme présentant un risque particulièrement élevé d'obésité et d'états comorbides connexes.

Mot de la fin

L'analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes révèle des associations étroites entre l'origine ethnique et la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité. Ces différences restent significatives même en tenant compte des effets de l'âge, de la situation socioéconomique, de l'activité physique et du lieu de naissance.

Outre les prédispositions génétiques, les groupes ethniques sont contraints à des pressions sociales et à des normes différentes en ce qui concerne les fourchettes de poids « acceptables »²⁸, ce qui peut expliquer partiellement certaines des variations sur le plan de l'obésité observées dans la présente analyse des données de l'ESCC. Les normes culturelles liées à l'activité physique (p. ex., pour le sexe, l'âge, le sport et la perception de l'intensité) et à la nutrition (habitudes alimentaires, aliments et quantités acceptables) peuvent également jouer un rôle sur le plan des différences.

Une analyse du problème selon le groupe ethnique est justifiée car une proportion importante et croissante de la population canadienne fait de l'embonpoint⁵⁶. L'information est particulièrement importante étant donnée l'épidémie émergente de diabète type 2⁵⁷ qui affecte de façon disproportionnée certains groupes ethniques, notamment les peuples autochtones^{58,59}.

Étant donné la diversité ethnique croissante du Canada, il importe de bien comprendre les contextes sociaux et environnementaux dans lesquels différents groupes ethniques font de l'embonpoint, deviennent obèses et souffrent de troubles métaboliques connexes. De tels renseignements permettront de déterminer quels groupes présentent des risques élevés et de cibler les stratégies de prévention et d'intervention. ●

Références

1. M.S. Tremblay, P.T. Katzmarzyk et J.D. Willms, « Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996 », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26, 2002, p. 538-543.
2. M.S. Tremblay et J.D. Willms, « Secular trends in the body mass index of Canadian children », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 163, 2000, p. 1429-1433, erratum paru dans : *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164, 2001, p. 970.
3. J.D. Willms, M.S. Tremblay et P.T. Katzmarzyk, « Geographic and demographic variation in the obesity of Canadian children », *Obesity Research*, 11, 2003, p. 668-673.
4. P.T. Katzmarzyk, « The Canadian obesity epidemic », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166, 2002, p. 1039-1040.
5. P.T. Katzmarzyk, « The Canadian obesity epidemic: An historical perspective », *Obesity Research*, 10, 2002, p. 666-674.
6. Initiative sur la santé de la population canadienne, *Améliorer la santé des Canadiens*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
7. Organisation mondiale de la Santé, *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale* (OMS, Série de rapports techniques n° 894), Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
8. Organisation de coopération et de développement économiques, *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE de 2003*, Paris, OCDE, 2003.
9. US Department of Health and Human Services, *The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity*, Pittsburgh, Pennsylvania, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
10. P.W. Wilson, R.B. D'Agostino, L. Sullivan *et al.*, « Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: The Framingham experience », *Archives of Internal Medicine*, 162, 2002, p. 1867-1872.
11. G.A. Bray, « Overweight, mortality, and morbidity », *Physical Activity and Obesity*, publié sous la direction de C. Bouchard, Champaign, Illinois, Human Kinetics, 2000, p. 31-53.
12. P.T. Katzmarzyk, I. Janssen et C.I. Ardern, « Physical inactivity, excess adiposity and premature mortality », *Obesity Reviews*, 4, 2003, p. 257-290.
13. J.O. Hill, H.R. Wyatt, G.W. Reed *et al.*, « Obesity and the environment: where do we go from here? », *Science*, 299, 2003, p. 853-855.
14. B.A. Beamer, « Genetic influences on obesity », *Obesity: Etiology, Assessment, Treatment and Prevention*, publié sous la direction de R.E. Andersen, Champaign, Illinois, Human Kinetics, 2003, p. 43-56.
15. K.M. Weiss, R.E. Ferrell et C.L. Hanis, « A new world syndrome of metabolic diseases with a genetic and evolutionary basis », *Yearbook of Physical Anthropology*, 27, 1984, p. 153-178.
16. R.F. Dyck, H. Klomp et L. Tan, « From "thrifty genotype" to "hefty fetal phenotype": The relationship between high birthweight and diabetes in Saskatchewan Registered Indians », *La revue canadienne de santé publique*, 92, 2001, p. 340-344.
17. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
18. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
19. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
20. F. Paccaud, V. Wietlisbach et M. Rickenbach, « Body mass index: comparing mean values and prevalence rates from telephone and examination surveys », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 49, 2001, p. 33-40.
21. R.S. Strauss, « Comparison of measured and self-reported weight and height in a cross-sectional sample of young adolescents », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23, 1999, p. 904-908.
22. M. St-Pierre et Y. Béland, « Mode effects in the Canadian Community Health Survey: a comparison of CAPI and CATI », *Proceedings of the American Statistical Association Meeting, Survey Research Methods Section*, 2004, Toronto, American Statistical Association, 2004.
23. N.D. Brener, T. Mcmanus, D.A. Galuska *et al.*, « Reliability and validity of self-reported height and weight among high school students », *Journal of Adolescent Health*, 32, 2003, p. 281-287.
24. A. Yates, J. Edman et M. Arguete, « Ethnic differences in BMI and body/self-dissatisfaction among Whites, Asian subgroups, Pacific Islanders, and Africans-Americans », *Journal of Adolescent Health*, 34, 2004, p. 300-307.
25. S. Paeratakul, M.A. White, D.A. Williamson *et al.*, « Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self-perception of overweight », *Obesity Research*, 10, 2002, p. 345-350.
26. M.L. Fitzgibbon, L.R. Blackman et M.E. Avellone, « The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups », *Obesity Research*, 8, 2000, p. 582-589.
27. P.A. Metcalf, R.K. Scragg, P. Willoughby *et al.*, « Ethnic differences in perceptions of body size in middle-aged European, Maori and Pacific people living in New Zealand », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 2000, p. 593-599.
28. J. Gittelsohn, S.B. Harris, A.L. Thorne-Lyman *et al.*, « Body image concepts differ by age and sex in an Ojibway-Cree community in Canada », *Journal of Nutrition*, 126, 1996, p. 2990-3000.
29. R.A. Hahn, B.I. Truman et N.D. Barker, « Identifying ancestry: the reliability of ancestral identification in the United States by self, proxy, interviewer, and funeral director », *Epidemiology*, 7, 1996, p. 75-80.

30. R.D. Comstock, E.M. Castillo et P. Lindsay, « Four-year review of the use of race and ethnicity in epidemiologic and public health research », *American Journal of Epidemiology*, 159, 2004, p. 611-619.
31. National Center for Health Statistics, « Healthy weight, overweight, and obesity among persons 20 years of age and over, according to sex, age, race, and Hispanic origin: United States, 1960-62, 1971-74, 1976-80, 1988-94, 1999-2000 », National Health and Nutrition Examination Survey, Centers for Disease Control, 2004, disponible à : <http://www.cdc.gov/nchs/data/bus/tables/2002/02bus070.pdf>.
32. National Center for Health Statistics, « Overweight children and adolescents 6-19 years of age, according to sex, age, race, and Hispanic origin: United States, selected years 1963-65 through 1999-2000 », National Health and Nutrition Examination Survey, Centers for Disease Control, 2004, disponible à : <http://www.cdc.gov/nchs/data/bus/tables/2002/02bus071.pdf>.
33. P.T. Katzmarzyk et R.M. Malina, « Obesity and relative subcutaneous fat distribution among Canadians of First Nation and European ancestry », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22, 1998, p. 1127-1131.
34. L. Bernard, C. Lavallée, K. Gray-Donald *et al.*, « Overweight in Cree schoolchildren and adolescents associated with diet, low physical activity, and high television viewing », *Journal of the American Dietetic Association*, 95, 1995, p. 800-802.
35. L. Potvin, S. Desrosiers, M. Trifonopoulos *et al.*, « Anthropometric characteristics of Mohawk children aged 6 to 11 years: a population perspective », *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 1999, p. 955-961.
36. A.J. Hanley, S.B. Harris, J. Gittelsohn *et al.*, « Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors », *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 2000, p. 693-700.
37. P.B. Crawford, M. Story, M.C. Wang *et al.*, « Ethnic issues in the epidemiology of childhood obesity », *Pediatric Clinics of North America*, 48, 2001, p. 855-878.
38. R.M. Malina, « Ethnic variation in the prevalence of obesity in North American children and youth », *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 33, 1993, p. 389-396.
39. C.E. Pérez, « État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants », *Rapports sur la santé*, 13(supplément), 2002, p. 99-111 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
40. B.M. Popkin et J.R. Udry, « Adolescent obesity increases significantly in second and third generation U.S. immigrants: The National Longitudinal Study of Adolescent Health », *Journal of Nutrition*, 128, 1998, p. 701-706.
41. Statistique Canada, *Portrait ethnoculturel du Canada : Une mosaïque en évolution*, Série « analyses », recensement de 2001, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2003 (Statistique Canada, n° 96F0030XIF2001008 au catalogue).
42. Santé Canada, *Lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, 2003 (Santé Canada, n° H49-179/2003F au catalogue).
43. J. Cairney et T. Ostbye, « Time since immigration and excess body weight », *La revue canadienne de santé publique*, 90, 1999, p. 120-124.
44. D.S. Lauderdale et P.J. Rathouz, « Body mass index in a US national sample of Asian Americans: effects of nativity, years since immigration and socioeconomic status », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 2000, p. 1188-1194.
45. W.H. Pan, K.M. Flegal, H.Y. Chang *et al.*, « Body mass index and obesity-related metabolic disorders in Taiwanese and US whites and blacks: implications for definitions of overweight and obesity for Asians », *American Journal of Clinical Nutrition*, 79, 2004, p. 31-39.
46. Y. Kim, Y.K. Suh et H. Choi, « Metabolic disorders in South Korean adults: 1998 Korea National Health and Nutrition Survey », *Obesity Research*, 12, 2004, p. 445-453.
47. P. Deurenburg, M. Yap et W.A. van Staveren, « Body mass index and percent body fat: a meta analysis among different ethnic groups », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22, 1998, p. 1164-1171.
48. M. Deurenberg-Yap, G. Schmidt, W.A. van Staveren *et al.*, « The paradox of low body mass index and high body fat percentage among Chinese, Malays and Indians in Singapore », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 2000, p. 1011-1017.
49. J. Wang, J.C. Thornton, M. Russell *et al.*, « Asians have lower body mass index (BMI) but higher percent body fat than do whites: comparisons of anthropometric measurements », *American Journal of Clinical Nutrition*, 60, 1994, p. 23-28.
50. G. Li, X. Chen, Y. Jang *et al.*, « Obesity, coronary heart disease risk factors and diabetes in Chinese: an approach to the criteria of obesity in the Chinese population », *Obesity Reviews*, 3, 2002, p. 167-172.
51. T. Nakagami, Q. Qiao, B. Carstensen *et al.*, « Age, body mass index and Type 2 diabetes—associations modified by ethnicity », *Diabetologia*, 46, 2003, p. 1063-1070.
52. M. Deurenberg-Yap, S.K. Chew, V.F. Lin *et al.*, « Relationships between indices of obesity and its co-morbidities in multi-ethnic Singapore », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 25, 2001, p. 1554-1562.
53. O.R. Moon, N.S. Kim, S.M. Jang *et al.*, « The relationship between body mass index and the prevalence of obesity-related diseases based on the 1995 National Health Interview Survey in Korea », *Obesity Reviews*, 3, 2002, p. 191-196.
54. O.K. Horn, G. Paradis, L. Potvin *et al.*, « Correlates and predictors of adiposity among Mohawk children », *Preventive Medicine*, 33, 2001, p. 274-281.
55. S.S. Anand, S. Yusuf, R. Jacobs *et al.*, « Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Aboriginal people in Canada: the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP) », *Lancet*, 358, 2001, p. 1147-1153.
56. Statistique Canada, *Indicateurs de la santé*, 2004(1) (Statistique Canada, n° 82-221 au catalogue).
57. A.L. Rosenbloom, J.R. Joe, R.S. Young *et al.*, « Emerging epidemic of type 2 diabetes in youth », *Diabetes Care*, 22, 1999, p. 345-354.
58. T.K. Young, J. Reading, B. Elias *et al.*, « Type 2 diabetes in Canada's first nations: status of an epidemic in progress », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 163(5), 2000, p. 561-566.
59. W.J. Millar et T.K. Young, « Évolution du diabète : prévalence, incidence et facteurs de risque », *Rapports sur la santé*, 14(3), 2003, p. 39-52 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Annexe

Tableau A
Répartition de la population à domicile de 20 à 64 ans, selon l'origine ethnique

	Taille de l'échantillon		Population estimée	
	milliers	%	milliers	%
Cycle 1.1 (2000-2001)				
Total	86 687	100,0	18 381	100,0
Blancs	77 412	89,3	15 482	84,2
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	2 597	3,0	1 048	5,7
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	367	0,4	164	0,9
Asiatiques du Sud	1 031	1,2	526	2,9
Latino-américains	305	0,4	133	0,7
Noirs	691	0,8	318	1,7
Autochtones (hors réserve)	2 265	2,6	198	1,1
Autre, multiple ou inconnue	2 019	2,3	512	2,8
Cycle 2.1 (2003)				
Total	84 709	100,0	18 788	100,0
Blancs	73 329	86,6	15 217	81,0
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	2 516	3,0	1 123	6,0
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	389	0,5	170	0,9
Asiatiques du Sud	1 045	1,2	534	2,8
Latino-américains	383	0,5	190	1,0
Noirs	751	0,9	322	1,7
Autochtones (hors réserve)	2 455	2,9	200	1,1
Autre, multiple ou inconnue	3 841	4,5	1 032	5,5

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

Tableau B
Répartition de certaines caractéristiques, selon l'indice de masse corporelle, population à domicile de 20 à 64 ans, Canada, données de 2000-2001 et 2003 combinées

	Total			Embonpoint (IMC ≥ 25) [†]			Obésité (IMC ≥ 30)		
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%		milliers	%		milliers	%
Total	171 396	37 169,2	100,0	89 921	18 202,3	100,0	30 732	5 745,7	100,0
Sexe									
Hommes	82 899	19 064,5	51,3	50 381	10 906,5	59,9	15 656	3 123,8	54,4
Femmes	88 497	18 104,7	48,7	39 540	7 295,8	40,1	15 076	2 621,9	45,6
Groupe d'âge									
20 à 34 ans	49 831	12 017,9	32,3	21 504	4 656,1	25,6	7 253	1 433,0	24,9
35 à 49 ans	66 427	14 971,2	40,3	34 694	7 511,9	41,3	11 633	2 314,4	40,3
50 à 64 ans	55 138	10 180,0	27,4	33 723	6 034,3	33,2	11 846	1 998,3	34,8
Origine ethnique									
Blancs	150 741	30 699,2	82,6	80 474	15 683,5	86,2	27 537	5 082,6	88,5
Asiatiques de l'Est ou du Sud-Est	5 113	2 170,2	5,8	1 211	480,6	2,6	190	65,9	1,1
Asiatiques de l'Ouest ou Arabes	756	334,8	0,9	350	149,8	0,8	95	36,0	0,6
Asiatiques du Sud	2 076	1 060,0	2,9	839	418,1	2,3	179	89,9	1,6
Latino-américains	688	322,8	0,9	349	169,4	0,9	100	46,6	0,8
Noirs	1 442	640,7	1,7	722	313,3	1,7	220	93,1	1,6
Autochtones (hors réserve)	4 720	397,7	1,1	3 033	248,5	1,4	1 425	110,3	1,9
Autre, multiple ou inconnue	5 860	1 543,8	4,2	2 943	739,2	4,1	986	221,3	3,9
Statut d'immigrant									
Non-immigrants	146 948	28 690,2	77,2	78 810	14 565,1	80,0	27 677	4 796,4	83,5
Nouveaux immigrants (0 à 10 ans)	5 459	2 320,6	6,2	1 827	737,9	4,1	412	153,6	2,7
Immigrants de longue date (11 ans et plus)	15 997	5 307,6	14,3	7 915	2 547,4	14,0	2 250	700,8	12,2
Données manquantes	2 992	850,8	2,3	1 369	351,9	1,9	393	95,0	1,7
Niveau de scolarité									
Pas de diplôme d'études secondaires	31 136	5 650,2	15,2	18 497	3 224,7	17,7	7 252	1 222,1	21,3
Diplôme d'études secondaires	33 297	7 393,9	19,9	17 693	3 686,0	20,3	6 044	1 186,3	20,6
Études postsecondaires partielles	13 315	3 115,6	8,4	6 537	1 393,4	7,7	2 253	447,4	7,8
Diplôme d'études postsecondaires	91 366	20 461,7	55,1	45 915	9 615,2	52,8	14 724	2 799,4	48,7
Données manquantes	2 282	547,8	1,5	1 279	283,0	1,6	459	90,5	1,6
Revenu du ménage									
Inférieur	7 360	1 115,2	3,0	3 598	483,5	2,7	1 514	183,5	3,2
Moyen-inférieur	10 651	1 866,9	5,0	5 400	891,3	4,9	2 232	337,5	5,9
Moyen	29 818	5 939,0	16,0	15 376	2 863,5	15,7	5 782	1 000,6	17,4
Moyen-supérieur	56 770	11 841,5	31,9	30 330	5 924,3	32,5	10 251	1 893,8	33,0
Supérieur	49 798	12 443,1	33,5	26 831	6 248,3	34,3	8 300	1 792,5	31,2
Données manquantes	16 999	3 963,5	10,7	8 386	1 791,5	9,8	2 653	537,8	9,4
Activité physique									
Actif(ve)	39 265	8 189,4	22,0	18 762	3 681,6	20,2	5 045	898,9	15,6
Modérément actif(ve)	41 849	8 838,5	23,8	21 742	4 337,7	23,8	6 997	1 296,0	22,6
Inactif(ve)	84 553	18 552,1	49,9	46 462	9 458,5	52,0	17 824	3 346,1	58,2
Données manquantes	5 729	1 589,2	4,3	2 955	724,6	4,0	866	204,7	3,6

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 et 2003

Nota : Les données ayant été arrondies, la somme des chiffres peut ne pas correspondre au total indiqué.

† Comprend l'obésité.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



A stylized graphic on the left side of the page. It features a dark grey background with white and light grey outlines. The top part shows a simplified face with rectangular eyes, a vertical line for a nose, and a horizontal line for a mouth. Below the face, there are thick, white, curved lines that resemble a network or a stylized 'e' shape. At the bottom, there is a gear-like shape with a white outline and a dark grey fill.

Santé en bref

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

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca

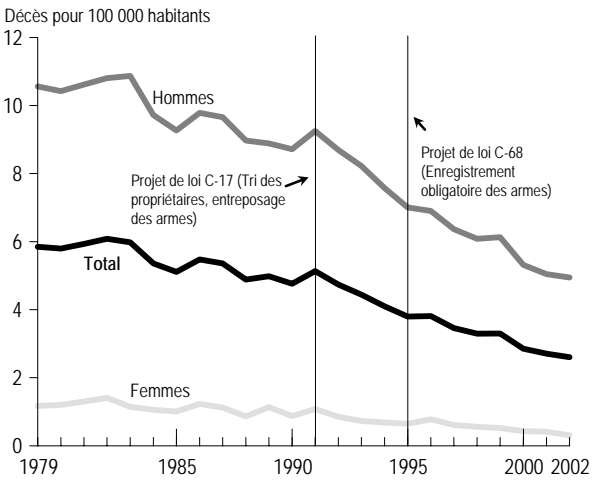


DÉCÈS LIÉS AUX ARMES À FEU par Kathryn Wilkins

En 2002, 816 Canadiens sont décédés des suites d'une blessure liée aux armes à feu, ce qui représente 2,6 décès pour 100 000 habitants (voir *Lois sur le contrôle des armes à feu*). Le nombre de ces décès était nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, à savoir 767 contre 49, soit respectivement 4,9 et 0,3 décès pour 100 000 habitants. Ces chiffres sont fondés sur les données les plus récentes disponibles dans la Base canadienne de données sur la mortalité, laquelle est constituée des renseignements extraits des certificats de décès.

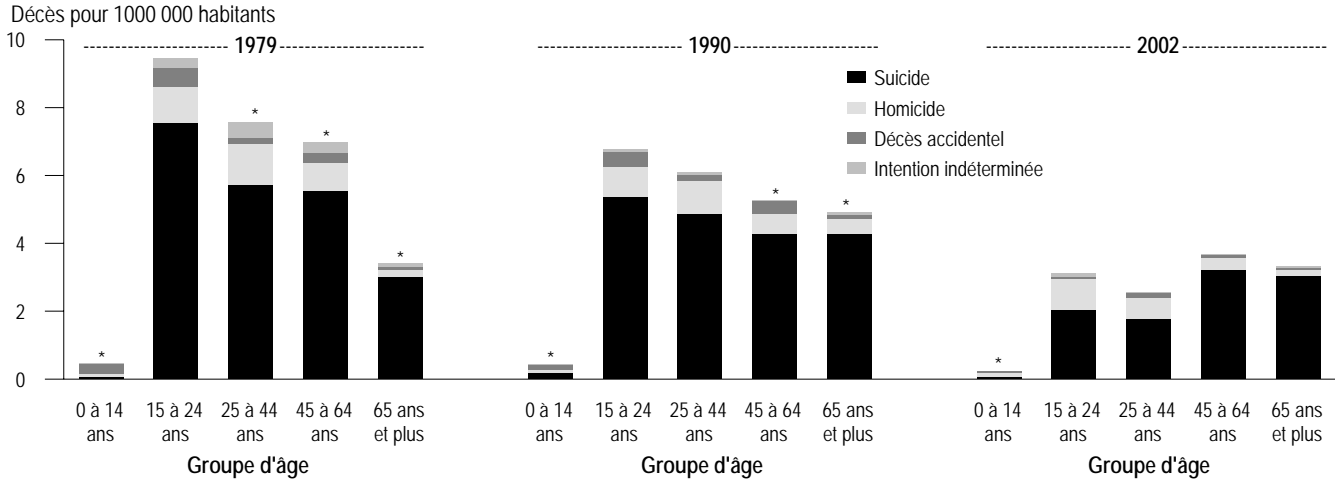
Le taux de mortalité liée aux armes à feu a diminué au cours des deux dernières décennies. De 1979 à 2002, il est passé de 10,6 à 4,9 décès pour 100 000 habitants chez les hommes et de 1,2 à 0,3 chez les femmes (tableau A). Autrement dit, au cours de cette période de 23 ans, le taux a baissé d'un peu plus de la moitié chez les hommes et des trois quarts chez les femmes.

Taux de mortalité liée à une blessure causée par une arme à feu, selon le sexe



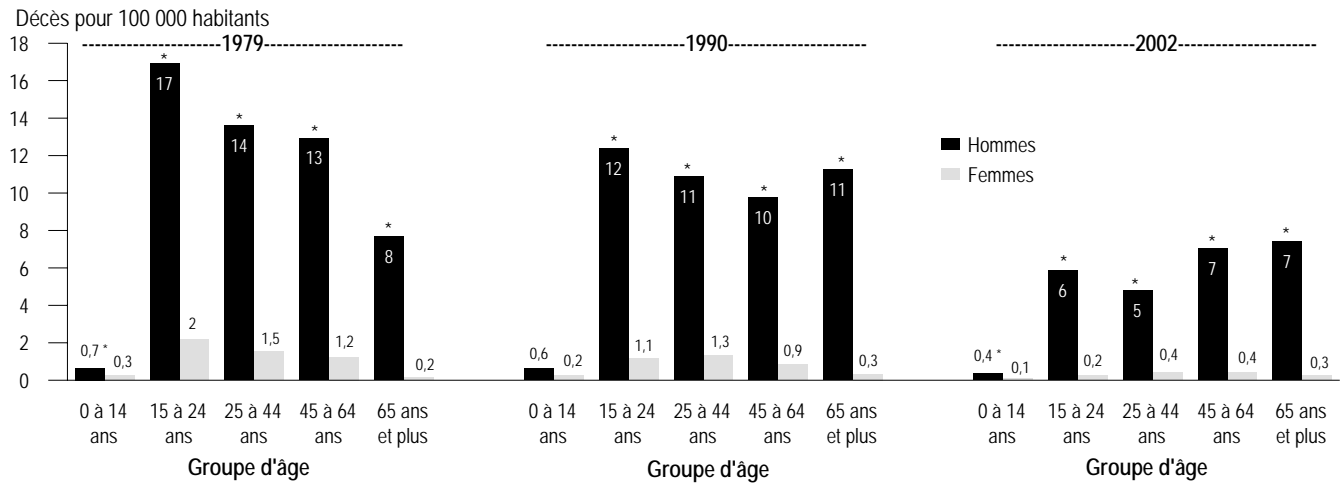
Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité

Taux de mortalité liée à une blessure causée par une arme à feu, selon la manière ou l'intention et selon le groupe d'âge



Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité
*Taux significativement différent du taux pour le groupe des 15 à 24 ans la même année (p < 0,05).

Taux de mortalité liée à une blessure causée par une arme à feu, selon le sexe et le groupe d'âge

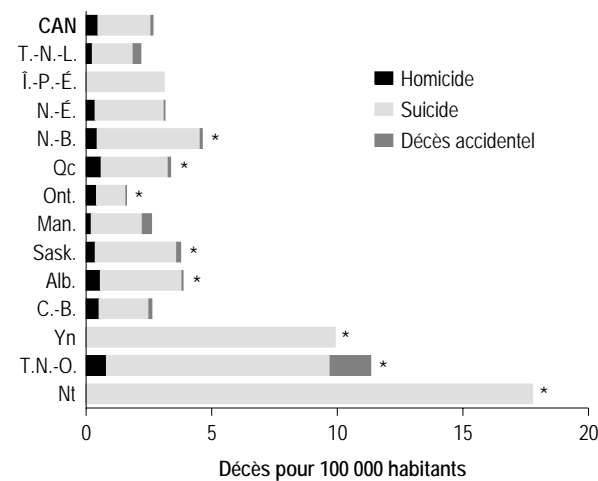


Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité
*Taux significativement plus élevé que le taux pour les femmes ($p < 0,05$).

Diminution des écarts selon l'âge

En 1979, le taux le plus élevé de mortalité liée aux armes à feu a été enregistré chez les jeunes de 15 à 24 ans (voir aussi tableau B). En 1990, la variation du taux selon l'âge s'était atténuée et, en 2002, les écarts entre les groupes d'âge n'existaient plus pour ainsi dire plus chez les personnes de 15 ans et plus. Une baisse appréciable des taux de mortalité chez les 15 à 24 ans et chez les 25 à 44 ans, particulièrement en ce qui concerne les suicides par arme à feu, rend compte en grande partie de l'uniformisation des taux selon le groupe d'âge observée en 2002.

Taux annuel moyen de mortalité (2000-2002) liée à une blessure causée par une arme à feu, selon la manière ou l'intention et selon la province ou le territoire



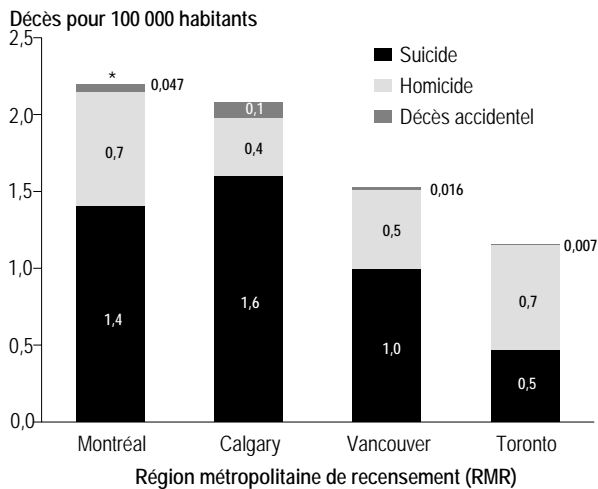
Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité
*Taux combiné significativement différent de l'estimation pour le Canada ($p < 0,05$).

Taux plus élevés dans le Nord

De 2000 à 2002, le taux annuel moyen de mortalité liée aux armes à feu était significativement plus élevé dans les territoires que dans l'ensemble du Canada. Il différait aussi de façon significative de la moyenne nationale dans plusieurs provinces. Au Nouveau-Brunswick, au Québec, en Saskatchewan et en Alberta, il était plus élevé, et en Ontario, il était plus faible (voir aussi tableau C).

À Montréal, Calgary, Vancouver et Toronto, qui sont les quatre plus grandes régions métropolitaines de recensement (RMR) du

Taux annuel moyen de mortalité (2000-2002) liée à une blessure causée par une arme à feu, selon la manière ou l'intention, certaines RMR



Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité
* Taux combiné significativement plus élevé que celui observé pour Toronto ($p < 0,05$).

Canada, les taux globaux de mortalité liée aux armes à feu différaient quelque peu. Le seul écart statistiquement significatif étaient celui observé entre Montréal et Toronto : 2,2 contre 1,3 décès liés aux armes à feu pour 100 000 habitants. Les écarts entre les taux d'homicide et entre les taux de suicide enregistrés pour les quatre grandes villes n'étaient pas statistiquement significatifs.

La plupart des cas sont des suicides

Chaque année de 1979 à 2002, environ les quatre cinquièmes des décès par arme à feu étaient des suicides. En général, les homicides représentent environ 15 %, et les décès accidentels liés à une arme à feu, environ 4 %.

Du milieu des années 1980 jusqu'en 2002, le taux de suicide par arme à feu a diminué, pour passer de 5 à 2 décès pour 100 000 habitants. La baisse du taux de suicide par arme à feu témoigne d'un recours décroissant aux armes de tir comme moyen de se suicider. De l'ensemble des suicides commis de 1979 jusqu'à la fin des années 1980, environ le tiers étaient des suicides par balles. À partir du début des années

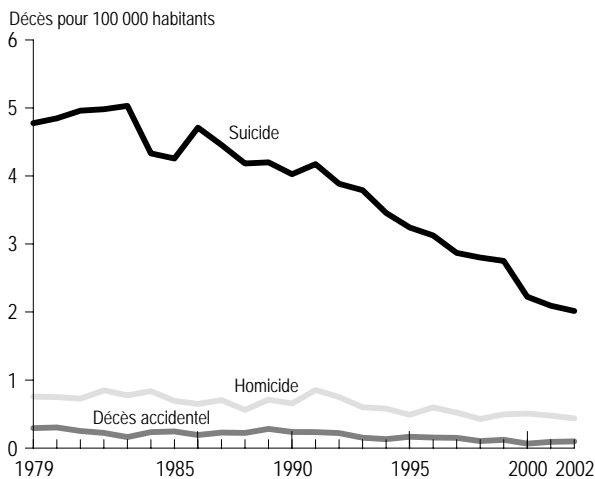
Lois sur le contrôle des armes à feu

Au Canada, les lois réglementant la possession d'armes à feu remontent à plus d'un siècle. Même avant la publication de la première édition du *Code criminel* en 1892, les juges de paix avaient le pouvoir d'emprisonner toute personne porteuse d'une arme de poing n'ayant aucune raison de craindre une attaque contre sa personne ou ses biens¹. Puis, en 1892, le *Code criminel* a exigé que les propriétaires d'une arme de poing qui ne pouvaient justifier suffisamment la possession d'une telle arme obtiennent un permis élémentaire de port d'un pistolet. Une loi promulguée en 1934 a été la première exigeant que les propriétaires d'armes de poing enregistrent officiellement leurs armes et que les dossiers soient tenus à jour régionalement par des services de police désignés ou par la Gendarmerie royale du Canada. Quand le registre des armes à feu a été centralisé en 1951, l'enregistrement des armes à feu automatiques est également devenu obligatoire.

Des restrictions plus récentes du port d'arme ont été adoptées en 1977 (projet de loi C-51), en 1991 (projet de loi C-17) et en 1995 (projet de loi C-68). La loi de 1977 exigeait que les personnes achetant une arme à feu soient titulaires d'une autorisation d'acquisition d'armes à feu attestant qu'elles avaient au moins 16 ans et n'avaient pas de casier judiciaire ni d'antécédents de maladie mentale. Des textes de loi ultérieurs ont réduit la disponibilité des armes à feu et l'accès à ces dernières, exigeant un examen plus approfondi des antécédents des acheteurs prospectifs, l'enregistrement de toutes les armes possédées et l'entreposage sécuritaire de ces armes. Les dispositions concernant l'enregistrement obligatoire, lequel permettait d'établir le lien entre chaque arme et son propriétaire, exigeaient aussi que les conjoints ou conjointes et anciens conjoints ou conjointes soient avertis de l'acquisition de l'arme.

En 1995, lorsque l'enregistrement des armes est devenu obligatoire, le taux de mortalité due à une blessure causée par une arme à feu était de 3,8 décès pour 100 000 habitants. Les années suivantes, ce taux, qui avait baissé régulièrement depuis le début de années 1990, a continué de fléchir. Naturellement, il est difficile de déterminer quelle est le rôle du règlement sur le contrôle des armes dans ce recul.

Taux de mortalité liée à une blessure causée par une arme à feu, selon la manière ou l'intention



Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité

1990, la proportion a commencé à baisser et, en 2002, environ 1 suicide sur 6 avait été commis à l'aide d'une arme à feu. À mesure que les suicides par arme à feu ont diminué, les suicides par suffocation ou pendaison sont devenus plus fréquents : leur taux a augmenté, pour passer d'environ 3 à 5 décès pour 100 000 habitants. Néanmoins, le recul des suicides par arme à feu a contribué à la diminution du taux global de suicide, qui est passé d'environ 14 à 12 décès pour 100 000 habitants.

La diminution du taux de suicide par arme à feu est en grande partie à l'origine de la baisse du taux de mortalité liée aux armes à feu.

Homicides à la baisse

Le taux d'homicide par arme à feu a diminué, pour passer de 0,8 décès pour 100 000 habitants au début des années 1980 à 0,4 en 2002. Cette tendance reflète une baisse du taux global d'homicide, quoique la part des homicides commis au moyen d'une arme à feu (un peu moins du tiers) soit demeurée assez stable au cours de toute la période.

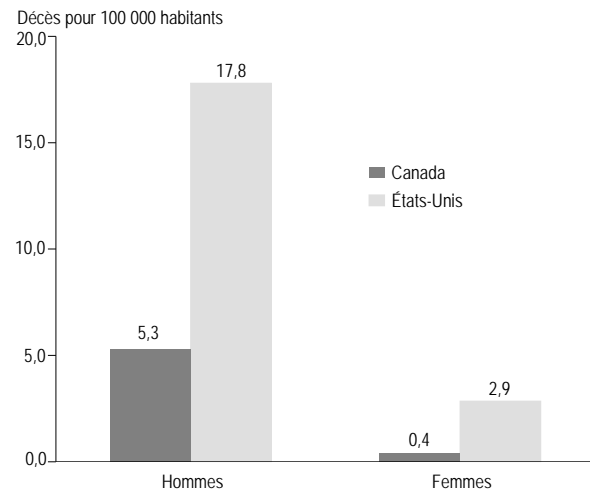
Un rapport fondé sur les dossiers de police indique que les deux tiers des homicides par arme à feu ont été commis avec une arme de poing en 2002,

Taux canadiens et américains

Au Canada, le risque de décès dû à une blessure causée par une arme à feu équivaut à une fraction de ce qu'il est aux États-Unis. En 2000, le risque de mourir des suites de blessures causées par une arme à feu était plus de trois fois plus élevé pour les Américains de sexe masculin que pour leurs homologues canadiens. L'écart était encore plus important pour les femmes; le risque était sept fois plus élevé chez les Américaines que chez les Canadiennes².

Les taux d'homicide par arme à feu sont nettement plus élevés aux États-Unis qu'au Canada. Ainsi, le taux d'homicide commis au moyen d'une arme à feu au cours de l'année 2000 aux États-Unis était de 3,8 pour 100 000 habitants comparativement à 0,5 au Canada, ce qui correspond à un taux près de huit fois plus élevé³. En 2000, les homicides représentaient 18 % des décès causés par une arme à feu au Canada, mais 38 % aux États-Unis³.

Taux de mortalité liée à une blessure causée par une arme à feu, Canada et États-Unis, 2000



Sources des données : Base canadienne de données sur la mortalité; National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis

comparativement à environ la moitié durant les années 1990⁴. Le quart des homicides par arme à feu ont été commis avec une carabine ou un fusil de chasse; les autres ont été commis avec d'autres types d'armes à feu (données non présentées).

Sources des données

Les données sur les décès par arme à feu proviennent de la Base canadienne de données sur la mortalité et sont fondées sur des renseignements extraits des certificats de décès. Les chiffres relatifs aux États-Unis proviennent du National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention¹.

Pour les décès survenus entre 1979 et 1999, les causes de décès ont été définies conformément à la *Classification internationale des maladies, neuvième révision (CIM-9)*⁵, et pour ceux survenus de 2000 à 2002, elles ont été définies conformément à la dixième révision de cette classification (CIM-10)⁶.

Les codes de la CIM-9 correspondant aux catégories utilisées dans l'article sont :

- suicide par arme à feu : E955.0 à E955.4
- homicide par arme à feu : E965.0 à E965.4
- accident causé par projectile d'arme à feu : E922.0 à E922.9
- traumatisme par arme à feu causé d'une manière indéterminée quant à l'intention : E985.0 à E985.4
- traumatisme résultant d'une intervention de la force publique avec usage d'armes à feu : E970

Les codes de la CIM-10 sont :

- suicide par arme à feu : X72 à X74
- homicide par arme à feu : X93 à X95
- accident causé par projectile d'arme à feu : W32 à W34
- traumatisme par arme à feu causé d'une manière indéterminée quant à l'intention : Y22 à Y24
- traumatisme résultant d'une intervention de la force publique avec usage d'armes à feu : Y35.0

Décès accidentels

En 1979, 71 Canadiens sont décédés des suites de blessures accidentelles causées par une arme à feu, soit un taux de mortalité de 3 décès pour un million d'habitants. La majorité (60 %) de ces décès sont survenus chez des jeunes de moins de 25 ans : 16 ont eu lieu chez des enfants de moins de 15 ans et 27, chez des jeunes de 15 à 24 ans.

Au cours des années 1990, le taux de décès accidentel par arme à feu a diminué assez régulièrement et, en 2002, il était égal au tiers de celui enregistré en 1979. En 2002, 31 personnes ont été tuées accidentellement par une arme à feu. Trois de ces victimes avaient moins de 15 ans et trois autres avaient de 15 à 24 ans. La diminution des taux chez ces groupes d'âge explique une grande part de la diminution du taux global de mortalité accidentelle par arme à feu entre 1979 et 2002.

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

Références

1. Ministère de la Justice, *Programme canadien des armes à feu, Évaluation de la mise en oeuvre (à septembre 2002), Rapport technique*, Ottawa, ministère de la Justice, 2003.
2. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, United States Firearms Deaths and Rates per 100,000: 2000, disponible à : <http://webappa.cdc.gov/cgi-bin/broker.exe>, site consulté le 24 mars 2004.
3. Centers for Disease Control, « First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: firearms laws. Findings from the Task Force on Community Preventive Services », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52(No. RR-14), 2003, p. 11-20.
4. J. Savoie, « L'homicide au Canada, 2002 », *Juristat*, 23(8), 2003, p. 1-21 (Statistique Canada, n° 85-002-XIF).
5. 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.
6. Organisation mondiale de la Santé, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993.

Tableau A

Nombre et taux de décès par arme à feu, selon le sexe, Canada, 1979 à 2002

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Nombre	Décès pour 100 000 habitants	Nombre	Décès pour 100 000 habitants	Nombre	Décès pour 100 000 habitants
1979	1 416	5,9	1 274	10,6	142	1,2
1980	1 421	5,8	1 273	10,4	148	1,2
1981	1 473	5,9	1 311	10,6	162	1,3
1982	1 528	6,1	1 350	10,8	178	1,4
1983	1 517	6,0	1 371	10,9	146	1,1
1984	1 372	5,4	1 236	9,7	136	1,1
1985	1 320	5,1	1 189	9,3	131	1,0
1986	1 435	5,5	1 273	9,8	162	1,2
1987	1 423	5,4	1 273	9,7	150	1,1
1988	1 314	4,9	1 197	9,0	117	0,9
1989	1 364	5,0	1 207	8,9	157	1,1
1990	1 323	4,8	1 201	8,7	122	0,9
1991	1 443	5,1	1 290	9,3	153	1,1
1992	1 352	4,7	1 230	8,7	122	0,8
1993	1 286	4,4	1 180	8,2	106	0,7
1994	1 199	4,1	1 098	7,6	101	0,7
1995	1 125	3,8	1 028	7,0	97	0,6
1996	1 131	3,8	1 014	6,9	117	0,8
1997	1 037	3,5	945	6,4	92	0,6
1998	996	3,3	911	6,1	85	0,6
1999	1 006	3,3	926	6,1	80	0,5
2000	878	2,9	811	5,3	67	0,4
2001	842	2,7	777	5,0	65	0,4
2002	816	2,6	767	4,9	49	0,3

Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité

Tableau B
Nombre et taux annuels de décès par arme à feu, selon la manière ou l'intention et selon le groupe d'âge, 1979, 1990 et 2002

	Suicide		Homicide		Décès accidentel		Intention indéterminée	
	Décès pour 100 000 habitants		Décès pour 100 000 habitants		Décès pour 100 000 habitants		Décès pour 100 000 habitants	
	Nombre	habitants	Nombre	habitants	Nombre	habitants	Nombre	habitants
1979	1 085	4,5	183	0,8	71	0,3	62	0,3
0 à 14 ans	3	0,1	6	0,1	16	0,3	1	0,0
15 à 24 ans	362	7,5	52	1,1	27	0,6	14	0,3
25 à 44 ans	398	5,7	82	1,2	13	0,2	31	0,4
45 à 64 ans	255	5,6	38	0,8	13	0,3	14	0,3
65 ans et plus	67	3,0	5	0,2	2	0,1	2	0,1
1990	1 053	3,8	182	0,7	60	0,2	13	0,0
0 à 14 ans	10	0,2	6	0,1	8	0,1	1	0,0
15 à 24 ans	220	5,4	35	0,9	18	0,4	3	0,1
25 à 44 ans	462	4,9	95	1,0	17	0,2	6	0,1
45 à 64 ans	227	4,3	33	0,6	19	0,4	1	0,0
65 ans et plus	134	4,3	13	0,4	4	0,1	2	0,1
2002	633	2,0	137	0,4	31	0,1	11	0,0
0 à 14 ans	4	0,1	7	0,1	3	0,1	0	0,0
15 à 24 ans	87	2,1	38	0,9	3	0,1	4	0,1
25 à 44 ans	173	1,8	59	0,6	15	0,2	3	0,0
45 à 64 ans	247	3,2	27	0,4	7	0,1	2	0,0
65 ans et plus	122	3,1	6	0,2	3	0,1	2	0,1

Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité

Nota : Une intervention des forces de l'ordre comportant la décharge d'une arme à feu a été la cause de 15 décès en 1979, de 9 décès en 1990 et de 4 décès en 2002.

Tableau C
Nombre et taux annuels moyens de décès par arme à feu, selon la manière ou l'intention et selon la province ou le territoire, 2000 à 2002

	Total		Homicide		Suicide		Décès accidentel		Intention indéterminée	
	Décès pour 100 000 habitants		Décès pour 100 000 habitants		Décès pour 100 000 habitants		Décès pour 100 000 habitants		Décès pour 100 000 habitants	
	Nombre	habitants	Nombre	habitants	Nombre	habitants	Nombre	habitants	Nombre	habitants
Canada	844,7[†]	2,7	147,0[†]	0,5	656,3[†]	2,1	26,3[†]	0,1	10,0[†]	0,0
Terre-Neuve-et-Labrador	12,0	2,2	1,3	0,2	8,7	1,6	1,7	0,3	0,0	0,0
Île-du-Prince-Édouard	4,3	3,1	0,0	0,0	4,3	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Nouvelle-Écosse	30,0	3,2	3,3	0,4	26,0	2,8	0,3	0,0	0,0	0,0
Nouveau-Brunswick	35,3	4,7	3,3	0,4	31,0	4,1	0,7	0,1	0,3	0,0
Québec	253,7	3,4	44,3	0,6	198,0	2,7	7,7	0,1	3,0	0,0
Ontario	198,7	1,7	50,0	0,4	139,0	1,2	2,3	0,0	5,3	0,0
Manitoba	30,7	2,7	2,3	0,2	23,3	2,0	4,3	0,4	0,3	0,0
Saskatchewan	39,0	3,8	3,7	0,4	33,0	3,2	1,7	0,2	0,3	0,0
Alberta	119,7	3,9	17,3	0,6	99,3	3,2	1,7	0,1	0,3	0,0
Colombie-Britannique	108,3	2,6	21,0	0,5	81,3	2,0	5,3	0,1	0,3	0,0
Yukon	3,0	9,9	0,0	0,0	3,0	9,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Territoires du Nord-Ouest	4,7	11,3	0,3	0,8	3,7	8,9	0,7	1,6	0,0	0,0
Nunavut	5,3	17,8	0,0	0,0	5,0	17,8	0,0	0,0	0,0	0,0

Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité

† Les données ayant été arrondies, la somme des chiffres peut ne pas correspondre au total indiqué.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



CONSULTATION DES MÉDECINS ET DES INFIRMIÈRES

par Gisèle Carrière

La *Loi canadienne sur la santé* garantit l'accès universel aux soins de santé. Néanmoins, le genre de services auxquels ont recours les Canadiens varie. En raison de modifications apportées à la prestation des soins de santé, les lieux où sont consultés les professionnels de la santé, surtout les infirmières, ont changé.

La plupart ont un médecin de famille

En 2003, environ 86 % des Canadiens de 12 ans et plus, ce qui représente à peu près 23 millions de personnes, ont déclaré qu'ils avaient un médecin de famille. Même s'ils n'en avaient pas, un peu plus des trois quarts (77 %) ont dit qu'ils avaient consulté un médecin ou un omnipraticien au moins une fois l'année qui a précédé l'enquête. En outre, 11 % ont déclaré avoir consulté une infirmière.

Comme il fallait s'y attendre, les personnes âgées étaient plus susceptibles que les jeunes d'avoir vu ou consulté par téléphone un médecin ou un omnipraticien. Par contre, avoir consulté une infirmière au moins une fois était un événement plus probable au début de l'âge adulte.

Une plus forte proportion de femmes que d'hommes de presque tous âges ont consulté au moins une fois un médecin, un omnipraticien ou encore une infirmière. La consultation d'une infirmière chez les personnes âgées était toutefois l'exception. Bien que les femmes de 65 ans et plus aient été plus susceptibles que leurs homologues masculins d'avoir consulté un médecin ou un omnipraticien, la proportion de personnes de ce groupe d'âge ayant consulté une infirmière au moins une fois ne variait pas selon le sexe (données non présentées).

Les résidents du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Québec étaient moins susceptibles que l'ensemble des Canadiens d'avoir consulté un

Pourcentage de la population de 12 ans et plus ayant consulté un médecin, un omnipraticien ou une infirmière au moins une fois au cours des 12 mois précédents

	A consulté un médecin [†] ou un omnipraticien		A consulté une infirmière	
	milliers	%	milliers	%
Canada	20 433	77	2 881	11
Hommes	9 331	72*	1 141	9*
Femmes [‡]	11 102	83	1 740	13

Total, 12 ans et plus[†]

12 à 19 ans	2 292	70*	383	12*
20 à 34 ans	4 541	72*	879	14*
35 à 44 ans	3 992	76*	502	9*
45 à 64 ans	6 295	80*	699	9*
65 ans et plus	3 312	88*	419	11

Total, niveau de scolarité[†]

Pas de diplôme d'études secondaires	5 215	76*	748	11
Diplôme d'études secondaires	3 582	76*	456	10*
Études postsecondaires partielles	1 540	77	234	12
Diplôme d'études postsecondaires	9 676	79*	1 393	11*

Lieu de résidence

Région urbaine	16 680	78*	2 290	11*
Région rurale [‡]	3 753	75	591	12

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

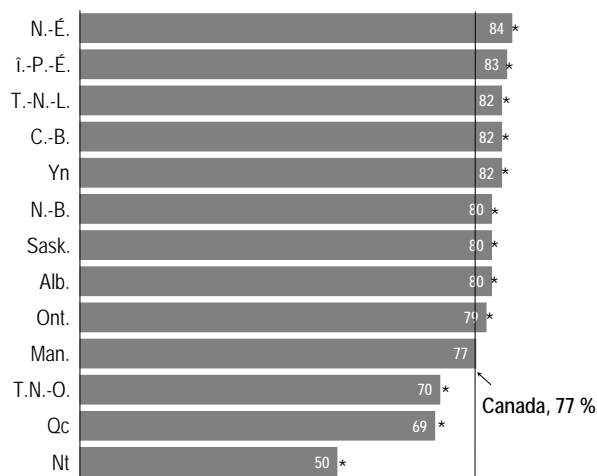
† Inclut la consultation des pédiatres pour les jeunes de moins de 18 ans.

‡ Groupe de référence.

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

médecin ou un omnipraticien. À cet égard, les résidents des Territoires du Nord-Ouest et du Québec disaient aussi avoir un médecin de famille dans une proportion moindre que l'ensemble des Canadiens (données non présentées). Par contre, dans les territoires et au Québec, une plus forte proportion de résidents avaient consulté une infirmière au moins une fois, ce qui pourrait témoigner d'un recours plus fréquent aux infirmières pour obtenir des soins de santé de première ligne.

Pourcentage de la population de 12 ans et plus ayant consulté un médecin† ou un omnipraticien au moins une fois au cours des 12 mois précédents

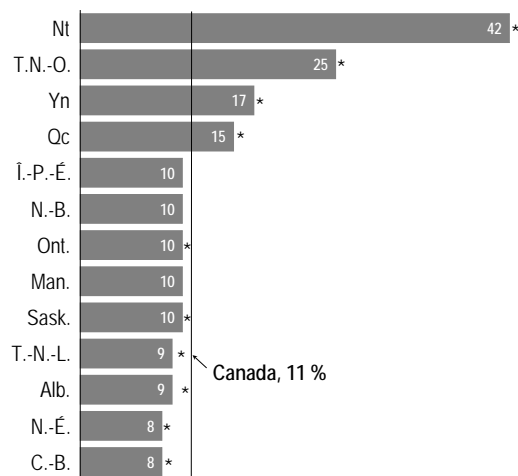


Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

† Inclut la consultation des pédiatres pour les jeunes de moins de 18 ans.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ($p < 0,05$).

Pourcentage de la population de 12 ans et plus ayant consulté une infirmière au moins une fois au cours des 12 mois précédents



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

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ($p < 0,05$).

Différences selon le revenu

La probabilité d'avoir consulté un médecin ou un omnipraticien variait peu selon le revenu du ménage, et ce, bien qu'il ait été un peu plus courant de déclarer au moins une consultation avec ces professionnels

chez les personnes appartenant à la catégorie supérieure de revenu, tandis que cela était moins courant chez celles appartenant à la catégorie inférieure (tableau A). De même, les personnes titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires étaient plus susceptibles d'avoir consulté un médecin que l'ensemble des Canadiens.

Pourcentage de la population de 12 ans et plus ayant consulté une infirmière aux cours des 12 mois précédents, selon l'endroit le plus fréquent où a eu lieu la plus récente consultation

	2000-2001		2003	
		%		%
Canada	Domicile	2	Téléphone	2*
Terre-Neuve-et-Labrador	Domicile	2	Service des consultations externes, hôpital	2
Île-du-Prince-Édouard	Cabinet d'un médecin	2	Cabinet d'un médecin	3
Nouvelle-Écosse	Domicile	2	Service des consultations externes, hôpital	2*
Nouveau-Brunswick	Domicile	2	Téléphone	2
Québec	Centre de santé communautaire	4	Centre de santé communautaire	5
Ontario	Domicile	2	Téléphone	3*
Manitoba	Domicile	2	Téléphone	2 ^E
Saskatchewan	Domicile	2	Domicile	2
Alberta	Centre de santé communautaire	2	Téléphone	2*
Colombie-Britannique	Domicile	1	Domicile	1
Yukon	Centre de santé communautaire	10	Centre de santé communautaire	7 ^E
Territoires du Nord-Ouest	Centre de santé communautaire	19	Centre de santé communautaire	10* ^E
Nunavut	Centre de santé communautaire	38	Centre de santé communautaire	30 ^E

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le même lieu en 2000-2001 ($p < 0,05$).

^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

Ces résultats étonnent quelque peu, étant donné la relation bien connue entre un faible statut socioéconomique et un mauvais état de santé. Cependant, les données ne reflètent que la proportion de personnes ayant consulté un médecin au moins une fois l'année précédente, et non le volume ou la fréquence des consultations. Les visites annuelles chez le médecin pour un examen et un dépistage préventif sont probablement à l'origine des proportions légèrement plus élevées de consultations d'un médecin observées parmi les personnes plus scolarisées et mieux nanties. Par contre, les visites chez une infirmière étaient un peu plus fréquentes chez les personnes appartenant à un ménage à faible revenu que chez celles vivant dans un ménage à revenu élevé.

Services de téléassistance

Le lieu où les personnes reçoivent des soins dépend, dans une certaine mesure, de l'endroit où elles vivent. Par exemple, au Québec, les infirmières et d'autres professionnels employés par les cliniques communautaires fournissent des services de soins de santé de première ligne. Ailleurs, les résidents du Nord reçoivent une grande partie des soins de santé de base dans les postes infirmiers. Certaines régions offrent notamment des services de « triage téléphonique » de façon ininterrompue jour et nuit,

afin que les résidents puissent parler à une infirmière et recevoir des conseils par téléphone¹.

Dans l'ensemble, 11 % des Canadiens de 12 ans et plus (près de 2,9 millions de personnes) ont consulté une infirmière au moins une fois en 2003. Quoique ces consultations se soient tenues dans différents endroits, les plus récentes étaient plus susceptibles de s'être déroulées au téléphone. Or tout juste deux ans plus tôt, les données de l'ESCC de 2001 révélaient que la plus récente consultation d'une infirmière avait plus vraisemblablement eu lieu à domicile. Ce changement d'attitude au profit des consultations par téléphone tient essentiellement à la mise en place, en Ontario et en Alberta, de services de téléassistance destinés à faciliter l'accès aux services de soins de santé.

En Nouvelle-Écosse, l'endroit où a le plus fréquemment eu lieu la dernière consultation d'une

Questions

L'information sur la *consultation des médecins ou des omnipraticiens* est fondée sur les réponses à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotionnels ou mentaux un médecin de famille (y compris les pédiatres si la personne est âgée de moins de 18 ans) ou un omnipraticien? ». Une question quasi identique a été posée au sujet de la *consultation des infirmières*. Aux personnes qui ont dit avoir consulté un médecin ou une infirmière, on a demandé où avait eu lieu la consultation la plus récente.

Source des données

L'information sur la consultation des médecins (y compris les pédiatres), les omnipraticiens et les infirmières est tirée de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003². L'information sur la consultation des infirmières a également été tirée de l'ESCC de 2000-2001. L'ESCC est une enquête-santé générale couvrant la population à domicile de 12 ans et plus. Sont exclus du champ d'observation de l'enquête les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. En 2000-2001, le taux de réponse était de 84,7 % et en 2003, de 80,6 %. Les tailles respectives d'échantillon étaient de 131 535 et de 135 573.

La variance des estimations, ainsi que des écarts entre les estimations, a été calculée selon la méthode du *bootstrap*, laquelle tient compte du plan de sondage complexe des enquêtes^{3,4}.

Les données ont été pondérées pour estimer le nombre et la proportion de Canadiens qui avaient consulté un médecin ou une infirmière au moins une fois au cours des 12 mois précédents. Les estimations ne sont pas représentatives du nombre total de consultations qui ont eu lieu.

infirmière est passé du domicile en 2001 au service des consultations externes d'un hôpital en 2003. Les Territoires du Nord-Ouest ont quant à eux été témoins d'une diminution de près de moitié de la proportion de consultations d'une infirmière dans les centres de santé communautaire, bien qu'il s'agisse de l'endroit où a le plus souvent eu lieu la toute dernière consultation à cet égard.

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

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2003.
2. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
4. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.

Tableau A

Pourcentage de la population ayant consulté un médecin, un omnipraticien ou une infirmière au moins une fois au cours des 12 mois précédents, selon le revenu du ménage, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2003

	A consulté un médecin [†] ou un omnipraticien		A consulté une infirmière	
	milliers	%	milliers	%
Canada [†]	17 066	77	2 427	11
Inférieur	470	75*	79	13*
Moyen-inférieur	1 049	77	182	13*
Moyen	3 360	77	482	11
Moyen-supérieur	5 841	77	820	11
Supérieur	6 346	78*	864	11

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

[†] Inclut la consultation des pédiatres pour les jeunes de moins de 18 ans.

[‡] Groupe de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ($p < 0,05$).

PROBLÈMES D'AUDITION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

par Wayne J. Millar

Selon les données nationales tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003, environ 3 % des personnes de 12 ans et plus vivant à domicile souffraient d'une forme ou l'autre de difficulté d'audition.

Puisque les problèmes d'audition ont tendance à augmenter avec l'âge, ceux-ci touchent les personnes âgées de façon disproportionnée. Bien que les personnes âgées forment à peine 14 % de la population à domicile de 12 ans et plus, elles représentent 55 % des personnes ayant des problèmes d'audition (données non présentées). Environ 11 % des personnes de 65 ans et plus, soit environ 402 000 personnes âgées, avaient un problème d'audition. Chez celles de 65 à 69 ans, la proportion était de 5 %, tandis que chez celles de 80 ans et plus, elle était de 23 %.

Problèmes plus fréquents chez les hommes

En 2003, dans presque tous les groupes d'âge, la proportion d'hommes souffrant d'une difficulté d'audition était plus élevée que la proportion de femmes.

Pourcentage de personnes âgées ayant déclaré des problèmes d'audition, selon l'âge et le sexe

	Total %	Corrigé %	Non corrigé %
Ensemble des personnes âgées	11	7	3
65 à 69 ans	5 [†]	4 [†]	1 ^{1E}
70 à 74 ans	8 [†]	5 [†]	3 ^E
75 à 79 ans	11	8	3 ^E
80 ans et plus	23 [†]	16 [†]	7 [†]
Hommes	12*	9*	4
65 à 69 ans	6 [†]	5 ^{1E}	2 ^{1E}
70 à 74 ans	11	7	5 ^E
75 à 79 ans	13	10 ^E	3 ^E
80 ans et plus	29 [†]	22 [†]	7 ^{1E}
Femmes	9*	6*	3
65 à 69 ans	4 [†]	3 ^{1E}	F
70 à 74 ans	6 [†]	4 ^{1E}	2 ^E
75 à 79 ans	9	7 ^E	3 ^E
80 ans et plus	20*	13 [†]	7 ^{1E}

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

Nota : Les données ayant été arrondies, la somme des totaux partiels peut ne pas correspondre au total indiqué.

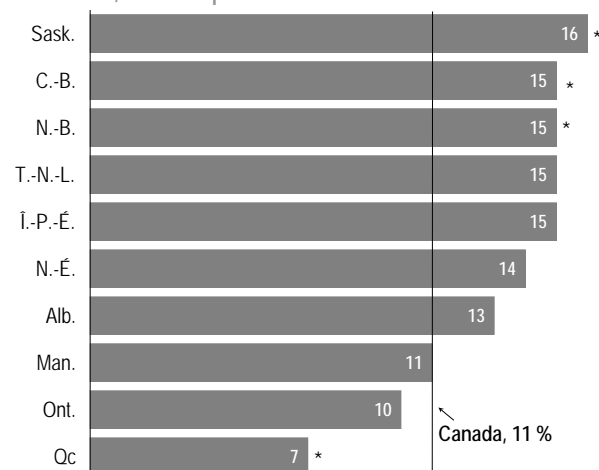
* Valeur significativement différente de l'estimation pour l'ensemble des personnes âgées ($p < 0,05$).

† Valeur significativement différente de l'estimation pour le total du groupe sexe-âge ($p < 0,05$).

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (données supprimées en raison de la très forte variabilité d'échantillonnage).

Pourcentage de personnes âgées ayant déclaré des problèmes d'audition, selon la province



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

* Valeur significativement différente de l'estimation pour l'ensemble des personnes âgées ($p < 0,05$).

La proportion de personnes âgées atteintes d'un problème d'audition ne varie généralement pas en fonction du revenu du ménage ni du niveau de scolarité (données non présentées). Ces résultats laissent entendre que les facteurs liés à l'âge jouent un rôle plus important dans la perte d'audition que les facteurs socioéconomiques.

Au Québec, la proportion de personnes âgées ayant des problèmes d'audition (7 %) est significativement plus faible que la moyenne nationale de 11 %; en revanche, en Saskatchewan (16 %), en Colombie-Britannique (15 %) et au Nouveau-Brunswick (15 %), elle est significativement plus élevée.

Problèmes corrigés ou non corrigés

La plupart des personnes âgées ayant des problèmes d'audition ont dit que ces difficultés avaient été corrigées. Cependant, 3 % ont déclaré des problèmes non corrigés, c'est-à-dire des problèmes qui n'avaient pas encore été corrigés ou qui ne pouvaient l'être. Dans l'ensemble et pour chaque groupe d'âge, la prévalence des problèmes d'audition

non corrigés est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. La proportion de problèmes non corrigés est bien entendu plus faible chez les personnes de 65 à 69 ans que chez celles de 80 ans et plus.

Comparativement au taux national, la prévalence des problèmes d'audition non corrigés est significativement plus élevée chez les résidents du Nouveau-Brunswick (données non présentées).

Faible recul des problèmes d'audition

De 1994-1995 à 2003, la proportion de personnes âgées ayant des problèmes d'audition est passée de 18 % à 11 %. Cette diminution touche tous les groupes d'âge avancé, tant de façon globale que pour chacun des deux sexes. En 1994-1995, 15 % des femmes ont déclaré avoir des problèmes d'audition, comparativement à 9 % en 2003. Les proportions correspondantes chez les hommes sont de 22 % et de 13 %. La diminution des taux de perte d'audition déclarée pourrait être imputable à une baisse réelle de la prévalence ou à une amélioration de la qualité des appareils auditifs.

Pourcentage de personnes âgées ayant des problèmes d'audition, selon le sexe et le groupe d'âge – tendances

	ENSP 1994- 1995	ENSP 1996- 1997	ENSP 1998- 1999	ESCC 2000- 2001	ESCC 2003
Ensemble des personnes âgées	18	14	14	14	11*
65 à 69 ans	11	8	6	8	5*
70 à 74 ans	13	10	13	12	8*
75 à 79 ans	21	15	15	15	11*
80 ans et plus	33	29	28	27	23*
Hommes	22	18	18	18	13*
65 à 69 ans	14	9	8	11	6*
70 à 74 ans	17	15	18	17	11*
75 à 79 ans	25	23	20	21	13
80 ans et plus	38	32	30	31	29
Femmes	15	12	12	11	9*
65 à 69 ans	9	7	5	5	4*
70 à 74 ans	10	7	8	9	6*
75 à 79 ans	17	10	11	10	9*
80 ans et plus	29	27	27	24	20*

Sources des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2001-2002 et 2003
* Valeur significativement différente de l'estimation pour 1994-1995 ($p < 0,05$).

Questions

Les estimations de la prévalence des *problèmes d'audition chez les personnes âgées* sont fondées sur les données provenant des questions suivantes de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

- « Habituellement, pouvez-vous suivre une conversation dans un groupe d'au moins trois personnes *sans vous servir d'une prothèse auditive?* »

Si la réponse est « non », la question suivante est posée :

- « Habituellement, pouvez-vous suivre une conversation dans un groupe d'au moins trois personnes *avec l'aide d'une prothèse auditive?* »

Aux personnes qui répondent « non », on demande alors si elles « peuvent entendre quoi que ce soit ». À celles qui répondent « oui », on demande si elles peuvent tenir une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse *sans se servir d'une prothèse auditive*. À celles qui ne le peuvent pas, on demande alors si elles peuvent le faire *avec l'aide d'une prothèse auditive*.

Les *problèmes auditifs corrigés* sont : les problèmes auditifs dans un contexte de groupe, corrigés; les problèmes auditifs dans un contexte de groupe et individuel, corrigés; et les problèmes auditifs dans un contexte de groupe et individuel, corrigés dans un contexte individuel. Les *problèmes auditifs non corrigés* regroupent les problèmes auditifs dans un contexte de groupe, non corrigés. Enfin, *n'entend pas*, est une catégorie distincte. Ces groupes ne sont pas mutuellement exclusifs. Par exemple, la catégorie « corrigés » inclut des personnes qui avaient de la difficulté à entendre aussi bien dans le contexte de groupe que dans le contexte individuel, mais la « correction » s'applique uniquement aux problèmes dans le contexte individuel.

Les *consultations d'un médecin* sont fondées sur la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux un médecin de famille ou un omnipraticien? »

L'*autoévaluation de l'état de santé* est fondée sur les réponses des personnes âgées à la question : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, passable ou mauvaise? »

L'*autoévaluation de la santé mentale* est évaluée d'après les réponses à la question : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est excellente, très bonne, bonne, passable ou médiocre? »

Pour évaluer l'*état émotionnel*, on a posé la question suivante : « Vous décririez-vous comme étant habituellement heureux(se) et intéressé(e) à vivre? plutôt heureux(se)? plutôt malheureux(se)? malheureux(se)? peu intéressé(e) à vivre? si malheureux(se) que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue? ». Pour les besoins de la présente analyse, les personnes âgées classées dans les trois dernières catégories ont été considérées comme étant « malheureuses ».

Visites chez le médecin

Les examens médicaux annuels offrent une bonne occasion de surveiller la fonction auditive, particulièrement chez les personnes âgées. Étant donné la prévalence élevée des problèmes d'audition chez ces personnes et l'efficacité confirmée de l'intervention, les recommandations courantes prônent le dépistage des pertes d'audition¹. Par conséquent, les visites régulières chez le médecin devraient augmenter la probabilité que la fonction auditive soit évaluée. Bien que l'ESCC ne fournisse pas de renseignements spécifiques sur les tests d'audition, des questions sont posées sur la consultation des médecins.

Environ 88 % des personnes âgées souffrant d'un problème d'audition avaient consulté un médecin l'année précédente. Le taux de consultation ne varie pas selon que le problème a été corrigé ou non, ni selon le sexe. Tant chez les hommes que chez les femmes, le groupe d'âge le plus avancé est celui pour

lequel le taux de consultation est le plus élevé (données non présentées).

Santé émotionnelle ou mentale

Les personnes âgées qui ont des problèmes d'audition ne sont ni plus ni moins susceptibles que celles ne souffrant pas de ce genre de problème d'avoir une perception négative de leur santé. Cependant, l'autoévaluation de l'état émotionnel faite par les personnes âgées qui ont des problèmes d'audition diffère significativement de celle faite par leurs homologues n'ayant pas ce genre de problème. Ainsi, 6 % des personnes âgées ayant des problèmes d'audition ont dit se sentir tristes, tandis que cela n'était le cas que de 3 % de celles n'ayant pas ce genre de problème (données corrigées selon l'âge). L'autoévaluation de la santé mentale est également liée à l'existence de problèmes d'audition. À cet égard, environ 9 % des personnes âgées qui

Incapacités auditives

L'Enquête sur la participation et la limitation des activités (EPLA) réalisée par Statistique Canada est une enquête postcensitaire conçue pour recueillir des renseignements sur les personnes dont les activités quotidiennes sont limitées à cause d'une affection ou d'un problème de santé. Dans l'EPLA, l'incapacité auditive est définie comme étant « de la difficulté à entendre ce qui se dit dans une conversation avec une autre personne, dans une conversation avec trois autres personnes ou plus, ou dans une conversation téléphonique »². Comme les définitions ne sont pas les mêmes, les estimations de la prévalence des « incapacités auditives » fondées sur l'EPLA diffèrent des estimations de la prévalence des « problèmes d'audition » fondées sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Selon l'EPLA, 16 % des personnes de 65 ans et plus avaient une incapacité liée à l'audition en 2001. Selon l'ESCC de 2003, 11 % des personnes de 65 ans et plus ont déclaré avoir un problème d'audition. La différence de trois ans entre les dates des enquêtes pourrait aussi contribuer à l'écart entre les estimations.

Sources des données

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est une enquête générale ayant pour champ d'observation la population à domicile de 12 ans et plus³. Ce champ n'inclut pas les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. Les données du cycle 2.1 ont été recueillies de janvier à décembre 2003. Des estimations supplémentaires de la perte d'audition ont été calculées d'après les données de l'ESCC de 2000-2001 et des cycles de 1994-1995, 1996-1997 et de 1998-1999 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP).

Caractéristiques des échantillons, population à domicile de 65 ans et plus, certaines enquêtes

Enquête	Taux de réponse %	Échantillon
ESCC, 2003	80,6	7 653
ESCC, 2000-2001	84,7	24 134
ENSP, 1998-1999	88,2	2 851
ENSP, 1996-1997	79,0	13 363
ENSP, 1994-1995	88,7	3 143

déploraient une perte d'audition ont déclaré que leur santé mentale était passable ou mauvaise comparativement à 5 % de celles n'ayant pas de difficulté auditive. À l'extrémité opposée du continuum de santé mentale, 53 % des personnes âgées ayant des problèmes d'audition ont dit que leur santé mentale était excellente ou très bonne, comparativement à 63 % de celles n'ayant pas d'incapacité auditive. Ces résultats rappellent ceux d'autres études selon lesquels la qualité de la vie des personnes âgées qui vivent dans la collectivité est significativement associée à l'altération des fonctions sensorielles⁴⁻⁷.

Vieillesse et perte d'audition

Une diminution progressive de l'audition est souvent considérée comme une conséquence inévitable du vieillissement normal. Cependant, la perte d'audition est insidieuse. Elle peut évoluer lentement et progressivement, si bien que la personne n'est peut-être même pas consciente d'une altération, ou des conséquences de cette dernière⁸. Par conséquent, les estimations de la perte auditive fondées sur l'autodéclaration sont vraisemblablement plus faibles que celles que produiraient des mesures plus objectives de la fonction auditive. En outre, de nombreuses personnes âgées hésitent à admettre que leur capacité auditive diminue⁹. Par conséquent, les estimations de la prévalence des problèmes d'audition chez les personnes âgées présentées ici sont vraisemblablement des indicateurs prudents.

Wayne J. Millar (613-951-1631; Wayne.Millar@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Références

1. C. Patterson, « Prévention de la déficience auditive chez les personnes âgées », *Guide canadien de médecine clinique préventive, Groupe d'étude sur l'examen médical périodique*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services, 1994.
2. L. Cossette et E. Duclos, *Profil de l'incapacité au Canada en 2001*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2002 (Statistique Canada, n° 89-577-XIF au catalogue).
3. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
4. C. Carabellese, I. Appollonio, R. Rozzini *et al.*, « Sensory impairment and quality of life in a community elderly population », *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(4), 1993, p. 401-407.
5. D.S. Dalton, K.J. Cruickshanks, B.E. Klein *et al.*, « The impact of hearing loss on quality of life in older adults », *The Gerontologist*, 43(5), 2003, p. 661-668.
6. M.J. Scherer et D.R. Frisina, « Characteristics associated with marginal hearing loss and subjective well-being among a sample of older adults », *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 35(4), 1998, p. 420-426.
7. C.D. Mulrow, C. Aguilar, J.E. Endicott *et al.*, « Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals », *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(1), 1990, p. 45-50.
8. S. Arlinger, « Negative consequences of uncorrected hearing loss—a review », *International Journal of Audiology*, 42(supplément 1), 2003, p. 2S17-20.
9. J. Jerger, R. Chmiel, N. Wilson *et al.*, « Hearing impairment in older adults: new concepts », *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(8), 1995, p. 928-935.

The image features a vertical abstract graphic on the left side, composed of various geometric shapes and lines in shades of gray and white. A prominent white shape at the top left resembles a stylized face or mask with rectangular features. Below it, there are curved lines and a large, stylized white letter 'e' or '9' shape. The background of the graphic is dark gray, and the overall style is modern and minimalist.

Index par sujet

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Index par sujet, volumes 12 à 16

A

Accessibilité aux services de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Accidents

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

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

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

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

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

Adolescent(e)

Voir Jeunesse

Aînés

Voir aussi Vieillesse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alcool

Cheminement vers l'abandon du tabac. M. Shields, 16(3), 2005, p. 23-43.

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

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

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

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

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

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

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

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

La santé : à prendre ou à laisser! dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

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

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

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

Allaitement

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

Arthrite

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

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

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

Assurance-maladie

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

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

Visites chez le dentiste. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 43-47.

Asthme

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

Avortements

Voir aussi Avortements spontanés

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

Avortements spontanés

Voir aussi Avortements

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

B

Blessures

Voir Accidents

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

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

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

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

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

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

C

Cancer

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

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

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

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

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

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

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

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

Causes de décès

Voir aussi Décès

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

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

Maladie de Creutzfeldt-Jakob. P.L. Ramage-Morin, 15(4), 2004, p. 51-54.

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

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

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

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

Chirurgie

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

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

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

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

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

Collecte de données

Voir aussi Dossiers médicaux

Enquêtes sur la santé

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

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

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

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

Comportement de l'adolescent(e)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comportement de l'enfant

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

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

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

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

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

Comportement sexuel

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

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

Conducteurs

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

Consommation de drogues

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

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

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

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

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

Consommation de médicaments

Voir Usage de médicaments

Consultation externe

Voir Soins de santé

Couplage de dossiers médicaux

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

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

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

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

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

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

D

Décès

Voir aussi Causes de décès

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dépendance

Voir aussi Soutien social

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

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

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

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

Dépistage de masse

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

Dépression

Voir aussi Santé mentale
Stress, psychologique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Diabète sucré

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

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

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

Dossiers médicaux

Voir Collecte de données
Enquêtes sur la santé

Douleur

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

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

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

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

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

E

Emploi

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

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

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

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

Enfants

Voir aussi Jeunesse

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

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

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

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

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

Exposition à la fumée secondaire – qui est à risque? C.E. Pérez, 16(1), 2004, p. 9-18.

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

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

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

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

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

Enquêtes sur la santé

Voir aussi Collecte de données
Dossiers médicaux

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

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

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

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

Espérance de vie

Voir aussi Indicateurs de l'état de santé

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

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

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

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

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

Établissements de soins de santé

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

Exercice

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La santé : à prendre ou à laisser dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

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

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

F

Fractures

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

G

Grossesse

Voir aussi Naissances

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

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

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

H

Hospitalisation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hystérectomie

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

I

Immigrants

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

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

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

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

Indicateurs de l'état de santé

Voir aussi Espérance de vie

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

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

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

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

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

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto. F. Hou et J. Chen, 14(2), 2003, p. 21-36.

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

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

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

Infections transmises sexuellement

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

J

Jeunesse

Voir aussi Comportement de l'adolescent(e)
Comportement de l'enfant
Enfants

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

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

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

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

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

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

Exposition à la fumée secondaire – qui est à risque? C.E. Pérez, 16(1), 2004, p. 9-18.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L

Limitations d'activités

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

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

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

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

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

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

M

Maisons de santé

Voir Établissements de soins de santé

Maladie d'Alzheimer

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

Maladies du système circulatoire

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

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

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

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

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

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

Médecins

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

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

Migraine

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

Mortalité

Voir Décès

N**Naissances**

Voir aussi Grossesse

Poids faible à la naissance

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

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

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

Néoplasme

Voir Cancer

Nutrition

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

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

Consommation de fruits et de légumes. C.E. Pérez, 13(3), 2002, p. 25-34.

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

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

Insécurité alimentaire. I. Ledrou et J. Gervais, 16(3), 2005, p. 55-59.

L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens. J. Che et J. Chen, 12(4), 2001, p. 11-24.

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

La santé : à prendre ou à laisser! dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

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

P**Perte d'audition**

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

Peuples autochtones

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

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

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

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

Poids

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

Cheminement vers l'abandon du tabac. M. Shields, 16(3), 2005, p. 23-43.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La santé : à prendre ou à laisser! dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

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

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

Problèmes de santé chroniques

Voir aussi Arthrite

Asthme

Cancer

Dépression

Diabète sucré

Maladie d'Alzheimer

Maladies du système circulatoire

Migraine

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

Cheminement vers l'abandon du tabac. M. Shields, 16(3), 2005, p. 23-43.

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

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

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

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

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto. F. Hou et J. Chen, 14(2), 2003, p. 21-36.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Stress, santé et bienfaits du soutien social. M. Shields, 15(1), 2004, p. 9-41.

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

R

Résidents du Grand Nord

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

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

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

Insécurité alimentaire. I. Ledrou et J. Gervais, 16(3), 2005, p. 55-59.

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

Revenu

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto. F. Hou et J. Chen, 14(2), 2003, p. 21-36.

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

S

Santé fonctionnelle

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

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

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

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

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

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

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

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

Santé mentale

Voir aussi Dépression
Stress, psychologique

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

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto. F. Hou et J. Chen, 14(2), 2003, p. 21-36.

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

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

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

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

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

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

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

Travail par quarts et santé. M. Shields, 13(4), 2002, p. 11-36.

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

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

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

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

Santé préventive

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

Consommation de fruits et de légumes. C.E. Pérez, 13(3), 2002, p. 25-34.

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

La santé : à prendre ou à laisser! dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

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

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

Santé professionnelle

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

Travail par quarts et santé. M. Shields, 13(4), 2002, p. 11-36.

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

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

Santé régionale

Voir aussi Soins de santé

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

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

Insécurité alimentaire. I. Ledrou et J. Gervais, 16(3), 2005, p. 55-59.

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

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

Soins à domicile

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

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

Soins de santé

Voir aussi Établissements de soins de santé

Hospitalisation

Médecins

Santé régionale

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

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

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

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

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

Dépenses des ménages en soins de santé. R. Chaplin et L. Earle, 12(1), 2000, p. 61-70.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Soins dentaires

Dépenses des ménages en soins de santé. R. Chaplin et L. Earle, 12(1), 2000, p. 61-70.

Visites chez le dentiste. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 43-47.

Soins non traditionnels

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

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

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

Soutien social

Voir aussi Dépendance

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

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

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

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

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

Stress, santé et bienfaits du soutien social. M. Shields, 15(1), 2004, p. 9-41.

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

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

Statistiques de l'état civil

Voir aussi Décès

Espérance de vie

Naissances

Taux de survie

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

Maladie de Creutzfeldt-Jakob. P.L. Ramage-Morin, 15(4), 2004, p. 51-54.

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

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

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

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

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

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

Stress, psychologique

Voir aussi Santé mentale

Cheminement vers l'abandon du tabac. M. Shields, 16(3), 2005, p. 23-43.

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

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

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

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

Stress, santé et bienfaits du soutien social. M. Shields, 15(1), 2004, p. 9-41.

Travail par quarts et santé. M. Shields, 13(4), 2002, p. 11-36.

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

Suicide

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

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

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

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



Taux de survie

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

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

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

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

U

Usage de médicaments

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

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

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

Usage du tabac

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

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

Cheminement vers l'abandon du tabac. M. Shields, 16(3), 2005, p. 23-43.

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

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

Exposition à la fumée secondaire – qui est à risque? C.E. Pérez, 16(1), 2004, p. 9-18.

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

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

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

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

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

La santé : à prendre ou à laisser! dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

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

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

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

V

Vieillesse

Voir aussi Aînés

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

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

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

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

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

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

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

Violence familiale

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

Vision

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



Pour commander les publications

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

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca





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

Division des finances
 Statistique Canada
 Immeuble R.-H.-Coats, 6^e étage
 120, avenue Parkdale
 Ottawa (Ontario), K1A 0T6
 Téléphone (Canada et États-Unis) : 1 800 267-6677
 Télécopieur (Canada et États-Unis) : 1 877 287-4369
 Courriel : infostats@statcan.ca

Ou visiter notre site Web : www.statcan.ca

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) ^{†‡}
Guide de la statistique sur la santé			
L'information sur la santé en direct de Statistique Canada <i>(Ce guide vous permet d'accéder rapidement à de l'information reliée à la santé dans le site Web de Statistique Canada. Disponible en format html et ne peut être téléchargé.)</i>	82-573-GIF	Internet	Gratuit
Avortements provoqués			
Statistiques sur les avortements provoqués	82-223-XIF	Internet	Gratuit
Cancer			
Statistiques sur le cancer (Incidence du cancer au Canada; Statistiques sur la survie au cancer; Manuels du Registre canadien du cancer; La filière du cancer, bulletin des registres du cancer au Canada)	84-601-XIF	Internet	Gratuit
Enquête nationale sur la santé de la population			
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995	82-567-XPB 82-567-XIB	Papier Internet	10 \$ 8 \$
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997	82-567-XPB 82-567-XIB	Papier Internet	35 \$ 26 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$
Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$
Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – établissements de soins de santé	82M0010GPF	Papier	50 \$
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes			
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être	82-617-XIF	Internet	Gratuit
Contenu optionnel et autres tableaux connexes, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	82-577-XIF	Internet	Gratuit
Profiles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	82-576-XIF	Internet	Gratuit
Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001	82-575-XIF	Internet	Gratuit
Espérance de vie			
Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 1995-1997	84-537-XIF	Internet	15 \$
Établissements de soins			
Établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1998-1999 <i>(Disponible sous forme de totalisations spéciales en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle.)</i>			

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

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

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) [†]
État civil			
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001XPB	Papier	22 \$
Causes de décès	84-208-XIF	Internet	Gratuit
Mortalité, liste sommaire des causes	84F0209XPB	Papier	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes, 1997	84F0209XIB	Internet	Gratuit
Naissances	84F0210XPB	Papier	20 \$
Décès	84F0211XIF	Internet	Gratuit
Mariages	84F0212XPB	Papier	22 \$
Divorces	84F0213XPB	Papier	20 \$
Causes principales de décès	84F0503XPB	Papier	20 \$
Recueil de statistiques de l'état civil, 1996	84-214-XPF	Papier	45 \$
	84-214-XIF	Internet	33 \$
Autre			
Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada	84F0013XIF	Internet	Gratuit
Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) (Pour obtenir le FCCP+, les clients doivent d'abord acheter le FCCP.)	82F0086XDB	Disquette	Gratuit
Hospitalisation			
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562-XPB	Papier	40 \$
Indicateurs de la santé			
Indicateurs de la santé	82-221-XIF	Internet	Gratuit
Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires	82-401-XIF	Internet	Gratuit
Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement	82-402-XIF	Internet	Gratuit
Maladies cardiovasculaires			
Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada	82F0076XIF	Internet	Gratuit
Maladies et lésions professionnelles			
Dépistage des maladies et lésions professionnelles au Canada : mortalité par cause chez les travailleurs, 1965-1991	84-546-XCB	CD-ROM	500 \$
Rapports analytiques			
Rapports sur la santé			
· par année	82-003-XPF	Papier	63 \$
· l'exemplaire			22 \$
· par année	82-003-XIF	Internet	48 \$
· l'exemplaire			17 \$
La santé de la population canadienne - Rapport annuel 2004	82-003-SIF	Internet	Gratuit
	82-003-SPF	Papier	22 \$
Rapport statistique sur la santé de la population canadienne	82-570-XIF	Internet	Gratuit
Usage du tabac			
Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 2001	82F0077XIF	Internet	Gratuit

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

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



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

Les demandes de totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division de la statistique de la santé

Statistique Canada

Ottawa (Ontario)

K1A 0T6

Téléphone : (613) 951-1746

Télécopieur : (613) 951-0792

Courriel : HD-DS@statcan.ca

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

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



Fichiers de microdonnées

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

Services personnalisés à la clientèle

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

Enquête nationale sur la santé de la population

Cycle 4, 2000-2001

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

Cycle 3, 1998-1999

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

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Cycle 2, 1996-1997

Composante des ménages	Données transversales, fichier texte ASCII, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	500 \$
------------------------	---	------------	--------	--------

Composante des établissements de soins de santé	Données transversales, fichier texte ASCII	82M0010XCB	CD-ROM	250 \$
			Les clients qui achètent la composante des ménages des fichiers de microdonnées 1996-1997 recevront gratuitement la composante des établissements de soins de santé	

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Cycle 1, 1994-1995

Composante des ménages	Données, fureteur Beyond 20/20 – fichier texte ASCII, Guide de l'utilisateur	82F0001XCB	CD-ROM	300 \$
------------------------	--	------------	--------	--------

Composante des établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	75 \$
---	---------------------	------------	-----------	-------

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Numéro du produit

Version

Prix (\$CAN)[†]

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

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

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



ENQUÊTES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS)

Cette enquête fournit des renseignements détaillés sur l'accès aux services de soins de santé (services de premier contact 24 heures sur 24, sept jours sur sept (24/7) et services spécialisés. Ces données sont disponibles au niveau national.

Enquête conjointe Canada-États-Unis sur la santé (ECES)

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

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

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

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

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

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Cycle 1.1 : Cette enquête fournit des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 133 régions sociosanitaires réparties partout au Canada et dans les territoires.

Cycle 1.2 : Santé mentale et bien-être : cette enquête fournit des estimations transversales des déterminants de la santé mentale, de l'état de santé mentale et de l'utilisation des services de santé mentale, au niveau provincial.

Cycle 2.1 : Le deuxième cycle de l'ESCC fournit des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 134 régions sociosanitaires réparties partout au Canada.

Pour plus de renseignements sur ces enquêtes, veuillez visiter notre site Web
http://www.statcan.ca/francais/concepts/hs/index_f.htm

Le Canada en statistiques

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

Pour plus de renseignements sur ces tableaux, veuillez visiter notre site Web
http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/health_f.htm

Le programme des centres de données de recherche

Le programme des centres de données de recherche (CDR) s'inscrit dans une initiative de Statistique Canada, du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et de consortiums d'universités visant à renforcer la capacité de recherche sociale du Canada et à soutenir le milieu de la recherche sur les politiques.

Les CDR permettent aux chercheurs d'accéder aux microdonnées d'enquêtes sur les ménages et sur la population. Les centres comptent des employés de Statistique Canada. Ils sont exploités en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique et sont administrés conformément à toutes les règles de confidentialité. Ils ne sont accessibles qu'aux chercheurs dont les propositions ont été approuvées et qui ont prêté serment en qualité de personnes réputées être employées de Statistique Canada.

On trouve des CDR à travers le pays. Ainsi, les chercheurs n'ont pas à se déplacer vers Ottawa pour avoir accès aux microdonnées de Statistique Canada. Pour plus de renseignements, communiquez avec Gustave Goldmann au (613) 951-1472, Directeur du programme des centres de données de recherche.

Pour plus de renseignements sur ce programme, veuillez visiter notre site Web

http://www.statcan.ca/francais/rdc/index_f.htm