



N° 82-003-XIB au catalogue

Rapports sur la santé

Printemps 1998 Volume 9 N° 4

- Médicaments et personnes âgées
- Risques et cardiopathie
- Fumer dès l'adolescence
- Cesser de fumer
- Santé des résidents du Nord



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Des données sous plusieurs formes. . .

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

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet de cette publication ou de statistiques et services connexes doit être adressée à :

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

Vous pouvez également visiter notre site sur le W3 : <http://www.statcan.ca>

Un service d'appel interurbain sans frais est offert, dans toutes les provinces et dans les territoires, **aux utilisateurs qui habitent à l'extérieur des zones de communication locale** des centres régionaux de consultation.

Service national de renseignements	1 800 263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1 800 363-7629
Service national du numéro sans frais pour commander seulement (Canada et États-Unis)	1 800 267-6677

Renseignement sur les commandes/abonnements

Les prix n'incluent pas la taxe de vente

Une **version internet**, n° 82-003-XIF au catalogue paraît trimestriellement au coût de 26 \$ le numéro, 87 \$ par année au Canada. À l'extérieur du Canada, le coût est de 26 \$ US le numéro et 87\$ US par année.

Faites parvenir votre commande à Statistique Canada, Division des opérations et de l'intégration, Gestion de la circulation, 120, avenue Parkdale, Ottawa (Ontario) K1A 0T6 ou téléphonez au **(613) 951-7277 1 800 700-1033**, par télécopieur au **(613) 951-1584** ou **1 800 889-9734** ou via l'Internet : order@statcan.ca. En cas de changement d'adresse, veuillez fournir votre ancienne et votre nouvelle adresse. On peut aussi se procurer les publications de Statistique Canada auprès des agents autorisés, des librairies locales et des bureaux locaux de Statistique Canada.

Normes de service à la clientèle

Afin de maintenir la qualité du service au public, Statistique Canada observe des normes établies en matière de produits et de services statistiques, de diffusion d'information statistique, de services à recouvrement des coûts et de services aux répondants. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec le centre de consultation régional de Statistique Canada le plus près de chez vous.



Statistique Canada
Division des statistiques sur la santé

Rapports sur la santé

Printemps 1998 Volume 9 N° 4

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 1998

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

Avril 1998

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 9, n° 4
Périodicité : trimestrielle
ISSN 1209-1367

Ottawa

Note de reconnaissance

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

SIGNES CONVENTIONNELS

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

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

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



Au sujet des Rapports sur la santé

Rédactrice en chef

Marie P. Beaudet

Rédacteurs

Mary Sue Devereaux

Jason Siroonian

Rédacteurs adjoints

Hélène Aylwin

Claudio Perez

Chargée de production

Renée Bourbonnais

Production et composition

Bernie Edwards

Agnes Jones

Micheline Pilon

Vérification des données

Dan Lucas

Administration

Donna Eastman

Correction d'épreuve des traductions

François Nault

Rédacteurs associés

Owen Adams

Gary Catlin

Arun Chockalingham

Gerry Hill

Elizabeth Lin

Yves Péron

Robert Spasoff

Eugene Vayda

Kathryn Wilkins

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

Gary Catlin, président

Pamela White

Larry Swain

Marie P. Beaudet

Martha Fair

Cyril Nair

Ghislaine Villeneuve

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

Les *Rapports sur la santé* contiennent des *Travaux de recherche*, des *Rapports* et des *Données disponibles*. Les *Travaux de recherche* présentent des analyses approfondies et sont soumis à un examen anonyme par des pairs. Les *Rapports* consistent en des articles descriptifs, souvent fondés sur des publications ou des produits statistiques nouvellement parus. Les *Travaux de recherche* et les *Rapports* sont répertoriés dans Index Medicus et MEDLINE. Les *Données disponibles* sont des résumés de données récentes sur la santé produites par la Division des statistiques sur la santé.

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

Demandes de réimpression

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

Versión électronique

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

Recommandation concernant les citations

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

Exemple :

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

Dans ce numéro

Travaux de recherche

- La polymédication chez les personnes âgées 11
*En 1994-1995, 10 % des Canadiens de 65 à 74 ans et 13 %
des 75 ans et plus usaient de polymédication.*

Wayne J. Millar

- Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute 19
*Moins de 5 % des Canadiens adultes déclare avoir souffert de
maladies cardiaques en 1994-1995, mais une proportion bien
plus grande présente des facteurs de risques qui sont liés aux
problèmes cardio-vasculaires.*

Helen Johansen, Mukund Nargundkar, Cyril Nair,
Greg Taylor et Susie ElSaadany

- L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire 31
*En 1994-1995, environ 4 personnes sur 10 ont déclaré avoir
essayé sans succès d'arrêter de fumer l'année précédente.*

Megan Stephens et Jason Siroonian

- Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune? 39
*Les personnes qui commencent à fumer très tôt à l'adolescence
fument davantage chaque jour et ont moins de chances de cesser de
fumer que les personnes qui commencent à un âge plus avancé.*

Jiajian Chen et Wayne J. Millar

Rapports

- La santé des résidents du Nord 51
*Au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, une plus
grande proportion d'Autochtones que de non-Autochtones
perçoivent leur état de santé comme «passable» ou «mauvais».*

Brent Diverty et Claudio Pérez



Données disponibles 65

Index 71

Pour commander les publications 83

In memoriam

Nous avons le regret d’informer nos lecteurs du décès subit de M. Mukund Nargundkar, de la Division des méthodes d’enquêtes sociales de Statistique Canada, coauteur de l’article « *Courir le risque d’avoir une première maladie cardiaque ou une rechute* », qui paraît dans le présent numéro.

Revue par les pairs

Les personnes suivantes, spécialistes cliniques, méthodologistes et spécialistes de domaines particuliers, ont revu d'un oeil expert les articles destinés au volume 9 de *Rapports sur la santé*. Les rédacteurs de la revue désirent les remercier de l'énergie et du temps qu'elles ont consacrés à ce travail.

Tom Abernathy
Ed Adlaf
Rob Alder
Robin Armstrong
Elizabeth Badley
T. R. Balakrishnan
Norman B. Barwin
Mark H. Beers
Alain Bélanger
Ellen Bobet
Jean-François Boivin
Bruce Brown
Donald C. Brown
Steve Brown
Darrell Buffalo
Lee-Jay Cho
C. William Cole
David Dahm
Christine Derzko
Jean Dumas
Elihu Estey
Gerry Ewert
Eric J. Feuer
Dale Gelesky
Vivek Goel
Kenneth Harris
David M. Heer
Gerry Hill
Marcus Hollander
K.S. Joseph
Kenneth D. Kochanek

Michael Kramer
Réjean Lachapelle
Isra Levy
Donna Lillie
Joan Lindsay
Susan MacKenzie
David R. MacLean
Pran Manga
John McLaughlin
Marshall Medoff
Wayne J. Millar
François Nault
Edward Ng
Mary Jane Norris
Annette O'Connor
Kate O'Connor
Gilles Paradis
Linda Pederson
Yves Péron
Rachel Pollow
Raymond W. Pong
Elizabeth Rea
Brian H. Rowe
Andy Siggner
David Stewart
Heather Tait
Robin Tamblyn
A.G. Tardon
Robert Tarone
Meng Hee Tan
Diane C. Thompson
Elinor Wilson



Travaux de recherche

Cette section présente des recherches et des analyses approfondies effectuées dans les domaines de la statistique sur la santé et de l'état civil.

La polymédication chez les personnes âgées

Résumé

Objectifs

L'auteur examine ici la prévalence de la polymédication chez les Canadiens âgés. L'étude comprend également une analyse des indicateurs de la communication patient-médecin et patient-pharmacien.

Source des données

La présente analyse fait appel aux questions supplémentaires de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 (ENSP) parrainées par Santé Canada.

Techniques d'analyse

Toutes les estimations ont été pondérées afin de rendre compte de la population canadienne à la date de l'enquête. Les taux sommaires par sexe ont été normalisés à l'âge, pour les deux sexes, en fonction de la population étudiée. On a considéré que les personnes qui ont déclaré avoir pris au moins cinq médicaments dans les deux jours précédant les entrevues menées dans le cadre de l'ENSP usaient de polymédication.

Principaux résultats

En 1994-1995, 10 % des Canadiens de 65 à 74 ans et 13 % des 75 ans et plus usaient de polymédication. Avec la progression en âge nous avons constaté une diminution du pourcentage de la population déclarant avoir reçu des renseignements sur certains médicaments de la part de leur médecin ou de leur pharmacien.

Mots-clés

Relations patient-professionnel, maladie chronique, interactions médicamenteuses, utilisation des médicaments, surveillance des médicaments.

Auteur

Wayne J. Millar (613) 951-1631 travaille à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6.

Wayne J. Millar

Même s'ils visent avant tout la protection de la santé, les médicaments peuvent être dangereux, surtout pour les personnes âgées. Les aînés sont sujets à des problèmes de nature médicamenteuse, que ce soit une ordonnance inappropriée, des effets secondaires aux médicaments ou le non-respect des médications prescrites¹⁻⁵. De 10 % à 30 % des patients âgés hospitalisés sont admis pour intoxication médicamenteuse⁶⁻⁷.

L'usage des médicaments chez les aînés est un problème important de qualité des soins et il est lié aux maladies et décès évitables^{8,9}. L'un des aspects de cette question est l'utilisation simultanée de plusieurs médicaments. En 1994-1995, 10 % des Canadiens de 65 à 74 ans et 13 % des 75 ans et plus usaient d'une polymédication, c'est-à-dire qu'ils ont déclaré avoir pris au moins cinq médicaments différents au cours des deux jours précédant l'entrevue menée aux fins de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) (voir *Méthodologie*).

Méthodologie

Source des données

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) est une enquête longitudinale conçue pour recueillir des renseignements chronologiques sur la santé de la population canadienne. En 1994-1995, elle a touché les ménages de l'ensemble des provinces et territoires, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. Le volet institutionnel de l'enquête, exclu de la présente analyse, touchait les résidents à long terme des hôpitaux et des établissements de bénéficiaires internes. Le lecteur trouvera une description plus complète de la conception de l'enquête, de l'échantillon et des procédures d'entrevue dans les rapports déjà publiés¹⁰.

L'échantillon provincial de l'ENSP 1994-1995, excluant la composante institutionnelle, comprenait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer. Après un tri de sélection, 20 725 ménages étaient toujours dans le champ d'enquête.

Une personne bien informée de chaque ménage participant a fourni des renseignements généraux sur les caractéristiques socio-démographiques et la santé de chacun des membres du ménage. Au total, des données se rapportant à 58 439 personnes ont été recueillies. Cette base de données constitue le « Fichier général ».

De plus, une personne a été choisie au hasard dans chacun des 20 725 ménages participants afin de fournir des renseignements détaillés sur sa propre santé. Dans 18 342 de ces ménages, la personne choisie était âgée de 12 ans ou plus. Le taux de réponse aux questions détaillées sur la santé chez les personnes de 12 ans ou plus a atteint 96,1 %, représentant 17 626 personnes. La base de données ainsi constituée, le Fichier santé, comprend les renseignements détaillés sur la santé ainsi que les données du Fichier général ayant rapport à ces personnes. Dans les autres ménages participants, au nombre de 2 383, les personnes choisies au hasard étaient âgées de moins de 12 ans. Les renseignements détaillés sur la santé de ces personnes ont été recueillis dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1994-1995.

Parmi les 17 626 personnes choisies au hasard âgées de 12 ans ou plus, 14 786 personnes étaient des membres admissibles du panel longitudinal de l'ENSP. Ces personnes étaient aussi admissibles au supplément de Santé Canada. Le taux de réponse s'appliquant aux questions parrainées par Santé Canada étaient de 90,6 %. Le « Fichier supplément » englobe la base de données comprenant les renseignements du supplément de Santé Canada ainsi que les données du Fichier général et du Fichier santé ayant rapport à ces personnes.

Parmi les 17 626 personnes choisies au hasard âgées de 12 ans ou plus, les 2 840 personnes restantes ont été parrainées par les administrations provinciales qui ont décidé d'augmenter la taille de l'échantillon dans leur province. Ces personnes ne feront pas l'objet d'un suivi et n'étaient pas admissibles au supplément de Santé Canada.

La taille de l'échantillon du supplément est de 13 400 personnes. Pour cet article, l'échantillon utilisé est de 12 010 personnes âgées

de 20 ans et plus, dont 2 412 sont âgées de 65 ans et plus. Le présent article contient une analyse des données relatives aux questions supplémentaires parrainées par Santé Canada pour les dix provinces.

Techniques d'analyse

Toutes les évaluations ont été pondérées afin de rendre compte de la population canadienne à la date de l'enquête. Les taux sommaires par sexe ont été normalisés à l'âge, pour les deux sexes, en fonction de la population étudiée.

On a demandé aux participants de l'ENSP s'ils avaient pris certains médicaments dans le mois précédant l'enquête. Parmi ces médicaments, on compte : des analgésiques, des tranquillisants, des amaigrisseurs, des antidépresseurs, de la codéine, du Demerol ou de la morphine, des anti-allergènes, des antiasthmatiques, des antitussifs et des antigrippaux, de la pénicilline ou autres antibiotiques, des médicaments pour problèmes cardiaques, des antihypertenseurs, des diurétiques, des stéroïdes, de l'insuline, des médicaments contre le diabète, des médicaments contre l'insomnie, des médicaments contre les problèmes d'estomac, des laxatifs, des hormones pour la ménopause ou pour les symptômes du vieillissement, des médicaments anticonceptionnels et tout autre médicament quel qu'il soit, ou aucun des médicaments énumérés. Les personnes qui ont déclaré avoir pris des médicaments pendant le mois précédent ont été invitées à préciser combien de médicaments elles avaient pris au cours des deux derniers jours. Pour cet article, on considère que le fait d'avoir pris au moins cinq médicaments différents au cours de ces deux journées relève de la polymédication. Les personnes qui ont déclaré ne pas avoir pris le moindre médicament au cours du mois précédent n'ont pas eu à répondre à la question concernant l'utilisation des médicaments dans les deux jours précédents. Nous supposons ici que ces personnes n'ont pas pris de médicament dans les deux jours qui ont précédé l'entrevue.

Limites

L'autodéclaration de l'utilisation des médicaments exige une mémoire précise. Lorsqu'on les interroge, certaines personnes âgées ont parfois une mémoire imprécise, résultant peut-être du fait qu'elles n'ont pas d'emploi à proprement parler ou d'activités régulières qui faciliteraient le maintien de la structure mémorielle. D'autres facteurs peuvent aussi influencer sur la capacité de se souvenir, par exemple la maladie, la consommation d'alcool ou l'utilisation de certains médicaments. On estime que les personnes âgées déclarent prendre chaque jour entre 20 % et 30 % moins de médicaments que ce qu'elles prennent vraiment^{11,12}.

La consommation d'alcool, même faible ou modérée, peut constituer un risque clinique pour les personnes âgées, surtout si celles-ci prennent aussi des médicaments sur ordonnance ou en vente libre¹³. Toutefois, le risque inhérent à l'association médicaments-alcool dépend du contexte, de la quantité de médicaments consommés au cours d'un épisode de consommation d'alcool et du moment où sont pris les médicaments.

Les femmes, bonnes premières pour l'utilisation des médicaments

La proportion, chez les deux sexes, de personnes qui ont déclaré avoir pris des médicaments dans le mois précédant leur entrevue de l'ENSP augmentait généralement avec l'âge. Le gradient est plus marqué chez les hommes que chez les femmes (graphique 1). Toutefois dans la plupart des groupes d'âge, une plus grande proportion de femmes ont déclaré prendre des médicaments. Chez les femmes, le taux est passé de 83 % à 88 % entre 20 à 24 ans et 75 ans et plus. Chez les hommes, la hausse correspondante est de 70 % à 88 %.

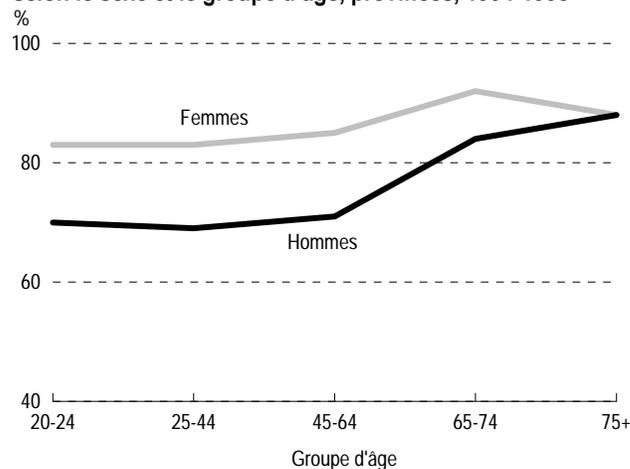
Ajoutons que d'après les études précédentes, les femmes, en général, font davantage appel aux médicaments que les hommes^{14,15}, et une partie de cette différence serait attribuable au fait que les femmes consultent leur médecin plus souvent que les hommes¹⁶. En outre, les médecins sont un peu plus susceptibles de prescrire des médicaments aux femmes^{17,18}.

Les analgésiques en tête de liste

Les cinq types de médicaments les plus fréquemment utilisés par les 65 ans et plus sont les analgésiques, les antihypertenseurs, les médicaments contre les maladies cardiaques, les diurétiques, les remèdes pour les maux d'estomac, et les laxatifs (tableau 1). Même si en général les femmes âgées utilisent proportionnellement plus de médicaments, on a constaté deux exceptions : les hommes âgés utilisent davantage de médicaments contre les maladies cardiaques et le diabète comparativement.

Les gens âgés sont plus sensibles aux médicaments qui agissent sur le système nerveux central^{19,20}. On a constaté que même une seule dose de psychotrope affecte bien davantage les fonctions psychomotrices chez les personnes âgées que chez les jeunes. Par conséquent, on a associé l'usage des médicaments psychotropes à des risques accrus de chute et de fracture de la hanche chez les aînés^{21,22}. Selon l'ENSP 1994-1995, le pourcentage de personnes âgées qui ont utilisé des tranquillisants dans les deux jours précédant leur entrevue (6 % des femmes et 4 % des hommes) est relativement modeste et demeure analogue au taux relevé dans l'Enquête nationale de 1989 sur l'alcool et les autres drogues²³.

Graphique 1
Pourcentage de personnes qui ont pris des médicaments, selon le sexe et le groupe d'âge, provinces, 1994-1995



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

Nota : Les données visent le mois précédant l'interview des personnes interrogées.

Tableau 1
Pourcentage de personnes qui ont pris des médicaments, selon le sexe et le type de médicament, population de 65 ans et plus, provinces, 1994-1995

Type de médicament	Les deux sexes	Hommes	Femmes
		%	
Analgésiques	60	56	62
Antihypertenseurs	30	24	35
Médicaments contre les cardiopathies	22	24	20
Diurétiques	11	7	14
Remèdes contre les maux d'estomac	11	12	11
Laxatifs	10	6	13
Antitussifs/antigrippaux	8	8	8
Antibiotiques	8	7	9
Médicaments contre l'insomnie	8	6	9
Médicaments contre le diabète	7	9	6
Tranquillisants	5	4	6
Antiasthmiques	5	6	5
Anti-allergènes	4	4	5
Antidépresseurs	3	2	4
Codéine/Demerol/morphine	3	2	3
Insuline	3	3	3
Steroïdes	2	2	2
Hormones	7
Amaigrisseurs	--	--	--
Tout autre médicament	15	13	18

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

Nota : Les données touchent le mois précédant l'interview. Les données sont normalisées à l'âge pour les deux sexes en fonction de la population canadienne de 1994-1995.

-- Nombres infimes

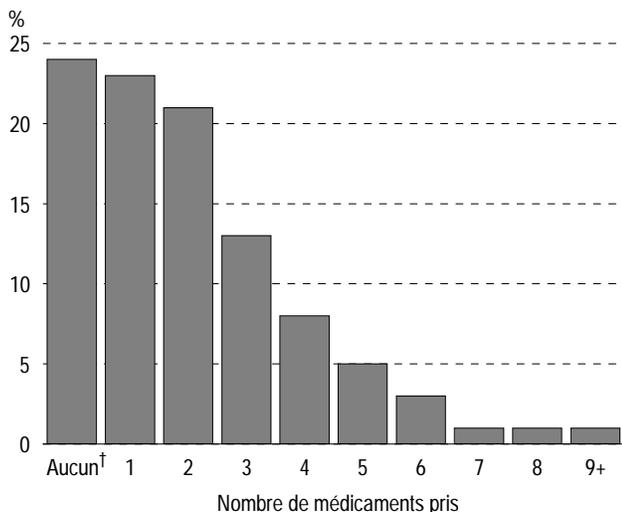
... N'ayant pas lieu de figurer

Maladies chroniques et polymédication

Dans une proportion de près de 25 %, les personnes âgées ont déclaré ne pas avoir pris de médicament dans les deux jours précédant leur entrevue de l'ENSP (graphique 2). Toutefois, il faut noter qu'une proportion importante de personnes âgées font usage de polymédication : 10 % des Canadiens de 65 à 74 ans et 13 % des 75 ans et plus ont pris au moins cinq médicaments dans les deux jours précédant leur entrevue (tableau 2).

De plus, 20 % des personnes âgées sous polymédication consommaient également de l'alcool quotidiennement. L'alcool peut entrer en interaction avec au moins la moitié des médicaments les plus couramment prescrits, et ce facteur peut aggraver les problèmes occasionnés par la polymédication²⁴⁻²⁷.

Graphique 2
Nombre de médicaments pris, population de 65 ans et plus, provinces, 1994-1995



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

Nota : Les données touchent les deux jours précédant l'interview, à l'exception des personnes qui n'ont pas déclaré la quantité de médicaments qu'elles ont prise.

† Les personnes qui ont déclaré ne pas avoir pris de médicament au cours du mois précédent n'ont pas eu à répondre à la question concernant l'usage des médicaments pendant les deux jours précédents. Nous avons supposé que ces personnes n'ont pas pris de médicament dans les deux jours précédant leur interview et elles sont incluses à la catégorie aucune.

La présence de maladies chroniques suppose l'usage de médicaments pour traiter les pathologies, d'où un risque d'interactions médicamenteuses^{6,20}. Comme il fallait s'y attendre, des proportions appréciables de personnes âgées sous polymédication ont été diagnostiquées comme malades chroniques. Chez les hommes de ce groupe, la prévalence de la polymédication était la plus forte dans les cas de maladies cardiaques, de diabète et d'asthme (tableau 3). Chez les femmes, ce sont l'hypertension et l'asthme qui occupent le troisième rang.

Les aînés : habituellement moins bien informés

Pour atténuer les conséquences néfastes de l'utilisation des médicaments, il est important qu'il existe une bonne communication entre les patients et leur médecin ou leur pharmacien à propos des

Tableau 2
Nombre de médicaments pris, selon le sexe et le groupe d'âge, provinces, 1994-1995

	Population	Nombre de médicaments pris				
		Aucun†	1	2	3-4	5+
	en milliers	%				
Les deux sexes	20 517	54	24	12	8	3
20-44	11 321	65	24	7	3	1
45-64	5 953	48	24	15	10	3
65-74	2 066	26	24	22	19	10
75+	1 178	21	22	20	24	13
Hommes	10 004	64	20	8	6	2
20-44	5 639	75	18	5	2	1
45-64	2 966	59	22	11	7	1
65-74	934	32	23	18	18	9
75+	465	24	25	15	23	12
Femmes	10 514	44	28	15	9	4
20-44	5 682	56	31	9	3	1
45-64	2 987	38	26	19	13	5
65-74	1 132	21	25	25	20	10
75+	713	18	21	23	24	14

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

Nota : Les pourcentages de chaque ligne ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100 %. Les données ont trait aux deux jours précédant l'interview. À l'exception des personnes qui n'ont pas déclaré la quantité de médicaments qu'elles ont prise.

† Les personnes qui ont déclaré ne pas avoir pris de médicament au cours du mois précédent n'ont pas eu à répondre à la question concernant l'usage des médicaments pendant les deux jours précédents. Nous avons supposé que ces personnes n'ont pas pris de médicament dans les deux jours précédant leur interview et elles sont incluses à la catégorie aucune.

médicaments. La continuité de ces rapports est de première importance. D'après les recherches menées récemment, le risque de combinaisons médicamenteuses inappropriées augmente avec le nombre de médecins qui prescrivent des

Tableau 3
Nombre de médicaments pris, selon le sexe et la maladie diagnostiquée, population des 65 ans et plus, provinces, 1994-1995

	Popu- lation	Nombre de médicaments pris			
		Aucun [†]	1-2	3-4	5+
	en milliers	%			
Les deux sexes souffrant de :					
Cardiopathie	559	4	26	37	33
Diabète	372	7	30	32	31
Asthme	164	11	33	33	23
Hypertension	946	5	43	31	21
Bronchite chronique	230	15	33	34	19
Arthrite	1 311	14	45	26	16
Maux de dos	586	18	43	25	14
Pas de maladie chronique	591	56	39	5	--
Hommes souffrant de :					
Cardiopathie	264	5	27	36	32
Diabète	193	9	32	29	30
Asthme	74	14	24	34	28
Bronchite chronique	120	14	38	25	23
Hypertension	347	8	41	30	21
Arthrite	480	20	39	26	15
Maux de dos	253	29	37	23	10
Pas de maladie chronique	289	61	35	4	--
Femmes souffrant de :					
Cardiopathie	295	4	25	38	34
Diabète	180	4	29	34	32
Hypertension	599	3	44	33	21
Asthme	89	7	40	32	21
Maux de dos	333	10	49	26	16
Arthrite	832	11	49	25	16
Bronchite chronique	110	16	29	41	14
Pas de maladie chronique	302	50	43	6	--

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

Nota : Les pourcentages de chaque ligne ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre à 100 %. Les données ont trait aux deux jours précédant l'interview. Les données sont normalisées selon l'âge en fonction de la population canadienne de 1994-1995 pour les deux sexes. À l'exception des personnes qui n'ont pas déclaré la quantité de médicaments qu'elles ont prise.

[†] Les personnes qui ont déclaré ne pas avoir pris de médicament au cours du mois précédent n'ont pas eu à répondre à la question sur l'usage des médicaments pendant les deux jours précédents. Nous avons supposé que ces personnes n'ont pas pris de médicament dans les deux jours précédant leur interview et elles sont incluses à la catégorie aucune.

-- Nombres infimes

médicaments. Il serait possible d'éviter les combinaisons médicamenteuses inappropriées en prenant l'habitude de ne consulter qu'un seul médecin en soins primaires de même qu'un seul pharmacien²⁸.

Il ressort des données de l'ENSP que la grande majorité des personnes âgées n'entretiennent des rapports suivis qu'avec un seul médecin et ne font affaire qu'avec une seule pharmacie. Plus de 90 % des 65 ans et plus ont déclaré consulter toujours le même médecin et 90 % fréquenter toujours la même pharmacie.

Parmi les questions figurant à l'ENSP, on demandait aux personnes qui ont obtenu une ordonnance médicamenteuse dans les 12 mois précédant leur entrevue si elles présentaient au médecin ou au pharmacien une liste des médicaments sur ordonnance qu'elles utilisaient. Chez les 65 à 74 ans, 21 % ont déclaré toujours présenter une telle liste à leur médecin (tableau 4) et 29 % des 75 ans et plus ont dit le faire. À titre de comparaison, ils étaient moins nombreux à déclarer toujours présenter une liste à leur pharmacien : c'était le cas de 15 % des 65 à 74 ans et de 20 % des 75 ans et plus. Dans les deux cas, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de déclarer qu'elles fournissent toujours une liste de leurs médicaments.

Tableau 4
Pourcentage de personnes qui présentent toujours une liste des ordonnances à leur médecin ou au pharmacien, selon le groupe d'âge et le sexe, provinces, 1994-1995

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
	%		
Présentent toujours une liste au médecin	14	12	17
20-44	10	9	11
45-64	15	10	19
65-74	21	19	22
75+	29	26	31
Présentent toujours une liste au pharmacien	10	8	11
20-44	7	7	7
45-64	9	6	11
65-74	15	11	18
75+	20	17	22

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

Nota : Fondé sur le nombre de personnes ayant déclaré une ordonnance médicamenteuse dans les 12 mois précédant leur interview.

En grande majorité, les adultes (93 %) qui ont obtenu une ordonnance ont mentionné que le médecin leur avait expliqué comment utiliser le médicament (tableau 5), et ceci valait autant pour les hommes que pour les femmes, quel que soit leur âge. Toutefois, pour ce qui est des autres renseignements liés aux médicaments, à savoir la posologie (quantité et moment), les effets prévus, les effets secondaires possibles, les aliments ou boissons à éviter avec le médicament, les activités à éviter pendant l'utilisation du médicament, le pourcentage des gens qui ont déclaré avoir reçu ces renseignements du médecin diminuait avec l'âge. Il en est de même pour l'information reçue du

pharmacien. Toutefois, les pourcentages sont plus faibles pour certains éléments d'information (tableau 6). Ajoutons que cette différence a été observée dans d'autres recherches²⁹.

On présume que les médecins et les pharmaciens savent quand ils doivent donner des renseignements sur les médicaments. Dans certains cas, les médicaments sont prescrits pour un bon nombre d'années, de sorte que ces personnes connaissent peut-être parfaitement les effets secondaires et les recommandations en matière d'utilisation. Cela peut en partie expliquer le fait que les personnes plus âgées obtiennent moins d'information sur l'utilisation des médicaments. Il est en outre possible

Tableau 5
Certains indicateurs de communication patient-médecin à propos des médicaments, selon le groupe d'âge et le sexe, provinces, 1994-1995

Le médecin a expliqué...	Les deux sexes		
	Hommes	Femmes	%
l'usage du médicament	93	93	93
20-44	93	93	93
45-64	93	93	93
65-74	92	92	91
75+	91	93	89
la posologie	82	83	82
20-44	83	84	82
45-64	84	85	84
65-74	78	78	77
75+	73	70	75
les effets prévus	81	84	79
20-44	83	86	80
45-64	82	86	79
65-74	77	82	73
75+	74	74	74
les effets secondaires possibles	55	56	54
20-44	56	57	55
45-64	57	58	56
65-74	52	55	50
75+	50	47	51
les aliments ou boissons à éviter	55	58	52
20-44	55	59	53
45-64	57	60	54
65-74	51	54	48
75+	45	47	43
les activités à éviter	41	45	38
20-44	44	48	42
45-64	41	45	38
65-74	32	35	30
75+	28	32	26

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

Nota : D'après les personnes qui ont précisé avoir obtenu un médicament sur ordonnance dans les 12 mois précédant leur interview.

Tableau 6
Certains indicateurs de communication patient-pharmacien à propos des médicaments, selon le groupe d'âge et le sexe, provinces, 1994-1995

Le pharmacien a expliqué...	Les deux sexes		
	Hommes	Femmes	%
l'usage du médicament	63	63	63
20-44	62	62	62
45-64	64	64	64
65-74	65	67	63
75+	61	57	64
la posologie	72	73	71
20-44	75	76	75
45-64	71	73	69
65-74	67	67	66
75+	61	58	62
les effets prévus	57	57	56
20-44	57	57	57
45-64	57	58	55
65-74	57	58	56
75+	54	52	56
les effets secondaires possibles	58	56	59
20-44	59	56	61
45-64	58	56	60
65-74	57	58	56
75+	49	45	52
les aliments ou boissons à éviter	61	59	62
20-44	64	62	66
45-64	61	60	61
65-74	55	54	56
75+	52	50	54
les activités à éviter	44	44	44
20-44	48	47	49
45-64	43	44	42
65-74	36	39	34
75+	33	33	33

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

Nota : D'après les répondants qui ont précisé avoir obtenu un médicament sur ordonnance dans les 12 mois précédant leur interview.

que les personnes interrogées se souviennent moins bien de ces détails, à mesure qu'elles vieillissent.

Mot de la fin

Les progrès en technologie de l'information pourraient permettre de surmonter certains des risques que comporte l'utilisation de plusieurs médicaments à la fois. Ainsi, un système contenant de l'information sur les médicaments que prend une personne, ses allergies médicamenteuses et les autres renseignements de santé pertinents, permettrait aux médecins et aux pharmaciens de déceler les problèmes potentiels³⁰. Toutefois, il existe un certain nombre de difficultés logistiques et administratives liées à la mise au point d'un tel système³¹. L'implantation d'un système de surveillance des médicaments sur ordonnance suppose la création d'une base de données centrale qu'il faudrait tenir à jour en permanence et qui devrait répondre rapidement aux besoins des médecins et des pharmaciens, tout en respectant le caractère confidentiel des renseignements concernant les patients²⁸.

Références

- Royal College of Physicians of London, «Medication for the elderly. A Report of the Royal College of Physicians», *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 18(1), 1984, p. 7-17.
- Surgeon General (États-Unis), «Surgeon General's Workshop on Health Promotion and Aging: Summary recommendations of the Medication Working Group», *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 38(35), 1989, p. 605-606.
- C.M. Lindley, M.P. Tully, V. Paramsothy et al., «Inappropriate medication is a major cause of adverse drug reactions in elderly patients», *Age and Ageing*, 21(4), 1992, p. 294-300.
- S.M. Willcox, D.U. Himmelstein et S. Woolhandler, «Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly», *Journal of the American Medical Association*, 272(4), 1994, p. 292-296.
- B.G. Saver et N. Peterfreund, «Insurance, income and access to ambulatory care in King County, Washington», *American Journal of Public Health*, 83(11), 1993, p. 1583-1588.
- J. Williamson et J.M. Chopin, «Adverse reactions to prescribed drugs in the elderly: A multicenter investigation», *Age and Ageing*, 9(2), 1980, p. 73-80.
- P.Y. Popplewell et P.J. Henschke, «Acute admission to a geriatric assessment unit», *Medical Journal of Australia*, 1(8), 1992, p. 343-344.
- L. Nolan et K. O'Malley, «Prescribing for the elderly, I. Sensitivity of the elderly to adverse drug reactions», *Journal of the American Geriatric Society*, 36(2), 1988, p. 142-149.
- A. Fink, A.L. Siu, R.H. Brook et al., «Assuring the quality of health care for older persons: an expert panel's priorities», *Journal of the American Medical Association*, 258(14), 1987, p. 1905-1908.
- J.-L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
- W.J. Gilchrist, Y.C. Lee, J.B. Macdonald et al., «Prospective study of drug reporting by general practitioners for the elderly referred to a geriatric service», *British Medical Journal*, 294(6567), 1987, p. 289-290.
- J.E. Jackson, J.W. Ramsdell, M. Renvall et al., «Reliability of drug histories in a specialized geriatric outpatient clinic», *Journal of General Internal Medicine*, 4(1), 1989, p. 39-43.
- L.E. Forster, R. Pollow et E.P. Stoller, «Alcohol use and potential risk for alcohol-related adverse drug reactions among community-based elderly», *Journal of Community Health*, 18(4), 1993, p. 225-239.
- K. Dunnell et A. Cartwright, *Medicine takers, prescribers and boarders*, London, Routledge and Kegan Paul, 1972.
- F. Whittington, D. Peterson, B. Dale et al., «Sex differences in prescription drug use of older adults», *Journal of Psychoactive Drugs*, 13(2), 1981, p. 175-183.
- W.J. Millar, M.P. Beaudet, J. Chen et al., *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995*, (Statistique Canada, n° 82-567 au catalogue) Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1995.
- L.M. Verbrugge, «Recent trends in sex mortality differentials in the United States», *Women and Health*, 5(3), 1980, p. 17-37.
- A.A. Hohmann, «Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care», *Medical Care*, 27(5), 1989, p. 478-490.
- R.J. Cadieux, «Drug interactions in the elderly. How multiple drug use increases risk exponentially», *Postgraduate Medicine*, 86(8), 1989, p. 179-186.
- M. Hobson, «Medications in older patients», *Western Journal of Medicine*, 157(5), 1992, p. 539-543.
- W.A. Ray, M.R. Griffin, W. Schaffner et al., «Psychotropic drug use and the risk of hip fracture», *New England Journal of Medicine*, 316(7), 1987, p. 363-369.
- R.G. Cumming, P.J. Miller, J.L. Kelsey et al., «Medications and multiple falls in elderly people: The St Louis OASIS Study», *Age and Ageing*, 20(6), 1991, p. 455-461.
- K. Graham, V. Carver et P.J. Brett, «Alcohol and drug use by older women: Results of a national survey», *Canadian Journal on Aging*, 14(4), 1995, p. 769-791.
- M.A. Winkleby, D.E. Jatulis, E. Frank et al., «Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease», *American Journal of Public Health*, 82(6), 1992, p. 816-830.
- J.T. Hartford et T. Samorajski, «Alcoholism in the geriatric population», *Journal of the American Geriatric Society*, 30(1), 1982, p. 18-24.

26. B.E. Stein, «Avoiding drug reactions: Seven steps to writing safe prescriptions», *Geriatrics*, 49(9), 1994, p. 28-36.
27. P.P. Lamy, «Adverse drug effects», *Clinics in Geriatric Medicine*, 6(2), 1990, p. 293-307.
28. R.M. Tamblyn, P.J. McLeod, M. Abrahamowicz et al., «Do too many cooks spoil the broth? Multiple physician involvement in medical management of elderly patients and potentially inappropriate drug combinations», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 154(8), 1996, p. 1177-1184.
29. J.R. Ostrom, E.R. Hammarlund, D.B. Christensen et al., «Medication use in an elderly population», *Medical Care*, 23(2), 1995, p. 157-164.
30. J.R. Bayne, P. Caulfield, R. Kendrick et al., «Pharmacists and their relationship with elderly patients», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 129(1), 1983, p. 35-37.
31. J.A. Bloom, J.W. Frank, M.S. Shafir et al., «Potentially undesirable prescribing and drug use among the elderly. Measurable and remedial», *Canadian Family Physician*, 39, 1993, p. 2337-2345.

Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute

Helen Johansen, Mukund Nargundkar, Cyril Nair, Greg Taylor et Susie ElSaadany

Résumé

Objectifs

Cette analyse présente une estimation de la prévalence autodéclarée des facteurs augmentant le risque de maladie cardiaque chez les Canadiens cardiaques et non-cardiaques. Elle examine également les caractéristiques associées à ces facteurs de risque, afin de définir les groupes cibles des campagnes de prévention primaire et secondaire.

Source des données

Les données proviennent de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995.

Techniques d'analyse

Les méthodes d'analyse de régression bidimensionnelle et multivariée ont été utilisées pour analyser le lien entre quatre facteurs de risque (tabagisme, hypertension, diabète et inactivité) et les caractéristiques démographiques et socioéconomiques chez les personnes cardiaques et non cardiaques de 20 ans et plus.

Résultats principaux

Selon l'ENSP, 4,4 % des personnes de 20 ans et plus disent souffrir d'une maladie cardiaque. Cependant un bien plus grand nombre présente des facteurs de risque. De plus, environ le quart des non-cardiaques et la moitié des cardiaques font état de deux facteurs de risque sinon plus. Toutefois, plusieurs de ces facteurs de risque sont partiellement modifiables. Les groupes les plus exposés comprennent les personnes de plus de 35 ans n'ayant pas terminé leurs études secondaires, celles dont le revenu est inadéquat, celles qui boivent au moins trois verres d'alcool par jour, et les résidents des provinces Atlantiques, du Québec et de l'Ontario.

Mots-clés

Prévention primaire et secondaire, facteurs de risque, tabagisme, hypertension, diabète, inactivité.

Auteurs

Helen Johansen (613) 722-5570 et Cyril Nair travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Ottawa, K1A 0T6 et Mukund Nargundkar était à la Division des méthodes d'enquêtes sociales, Statistique Canada. Greg Taylor et Susie ElSaadany travaillent au Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada.

Au Canada, relativement peu d'adultes, 4,4 % de la population de 20 ans et plus selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 — souffrent d'une maladie cardiaque. Toutefois, un beaucoup plus grand nombre pourraient éventuellement souffrir d'une maladie cardiaque, en raison de leur état de santé ou de leur mode de vie qui présentent des facteurs de risque qui sont associés aux problèmes cardiovasculaires. Pourtant, certains de ces facteurs de risque, notamment le tabagisme, l'hypertension, le diabète et les temps de loisirs sans activité physique, peuvent être modifiés ou contrôlés.

Même si la mortalité due aux maladies cardiaques diminue régulièrement depuis 1960, le nombre de victimes reste élevé. Les maladies cardiovasculaires sont la cause principale de décès au Canada¹. En 1995, elles ont causé 36 % des décès parmi les hommes et 39 % parmi les femmes; la cardiopathie ischémique représentait, à elle seule, 22 % des décès chez les hommes et 20 % chez les femmes. De plus, les maladies de l'appareil circulatoire entraînent plus d'hospitalisations que toute autre maladie et sont une cause de la prévalence

importante d'incapacité². Pour 1994, l'estimation des dépenses annuelles totales occasionnées par les maladies cardiovasculaires au Canada se situe entre 14,1 milliards de dollars et 20,4 milliards³.

Le présent article a utilisé les données de l'ENSP, 1994-1995 afin d'estimer la prévalence des facteurs de risque chez les personnes cardiaques et non-cardiaques (voir *Méthodologie, Limites et Définitions*).

Étant donné le coût personnel et économique des maladies cardiaques et l'augmentation probable du nombre de personnes affectées suite au vieillissement de la population, la prévention primaire et secondaire, est une question de santé publique de première importance. La prévention

secondaire, qui vise à ralentir la progression des maladies cardiaques existantes, est essentielle, car chez les personnes cardiaques le risque de faire une rechute est très élevé.

Près d'un million

En 1994-1995, 4,4 % des membres de ménages de 20 ans et plus, environ 896 000 personnes ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque diagnostiquée par un spécialiste de la santé. Dans l'ensemble, les hommes en sont plus affectés que les femmes (4,7 % contre 4,0 %).

Méthodologie

Source des données

La présente analyse se fonde sur les données de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 pour les 10 provinces⁴. En sont exclues les données de la composante des établissements de soins de longue durée des hôpitaux et des établissements de soins pour bénéficiaires internes, ainsi que les données sur le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.

L'échantillon provincial de l'ENSP 1994-1995, excluant la composante institutionnelle, comprenait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer. Après un tri de sélection, 20 725 ménages étaient toujours dans le champ d'enquête.

Une personne bien informée de chaque ménage participant a fourni des renseignements généraux sur les caractéristiques socio-démographiques et la santé de chacun des membres du ménage. On a recueilli en tout des renseignements sur 58 439 personnes.

De plus, une personne a été choisie au hasard dans chacun des 20 725 ménages afin de fournir des renseignements détaillés sur sa propre santé. Dans 18 342 de ces ménages, la personne choisie était âgée de 12 ans et plus. Le taux de réponse aux questions détaillées sur la santé chez les personnes de 12 ans et plus a atteint 96,1 %, ce qui représente 17 626 personnes. Dans les autres ménages participants, au nombre de 2 383, autres ménages participants, les personnes choisies au hasard étaient âgées de moins de 12 ans. Les renseignements détaillés sur la santé de ces personnes ont été recueillis dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1994-1995.

Pour le présent article, l'analyse a porté sur 15 759 personnes

âgées de 20 ans et plus qui ont répondu aux questions détaillées sur leur santé, et déclaré le type de problème cardiaque dont elles souffraient.

On a demandé aux participants à l'ENSP s'ils souffraient d'un problème de santé chronique diagnostiqué par un spécialiste de la santé. Après lecture d'une liste de problèmes de santé, incluant la maladie cardiaque (voir *Définitions*), 866 personnes de 20 ans et plus ont déclaré qu'un spécialiste de la santé avait diagnostiqué chez elles une maladie cardiaque, contrairement aux 14 893 autres participants.

Techniques d'analyse

Les estimations pondérées de la prévalence des principaux facteurs de risque liés aux maladies cardiaques ont été calculées selon l'âge, le sexe et l'autodéclaration d'une maladie cardiaque. On a recouru à la régression logistique pondérée pour caractériser les populations présentant des facteurs de risque. Les poids appliqués à l'échantillon ont été corrigés de sorte que leur moyenne soit égale à 1. La valeur $p < 0,01$ est choisie pour tenir compte de l'effet du plan d'échantillonnage. Cette méthode permet d'obtenir une estimation moins biaisée des erreurs-types. On a choisi les variables indépendantes selon leur utilité pour la description de la population et l'élaboration des programmes de promotion de la santé. En raison de la petite taille des échantillons, on n'a pas inclus dans les modèles s'appliquant au modèle cardiaque la variable décrivant la consommation d'alcool de trois verres ou plus par jour. Enfin, on a exclu de l'analyse multivariée les personnes pour lesquelles il manquait des données concernant une ou plusieurs variables.

La maladie cardiovasculaire est une affliction des personnes âgées. Six cas sur dix déclarés à l'occasion de l'ENSP concernaient des personnes de 65 ans et plus. Dans ce groupe d'âge, 18,6 % des hommes et 15,2 % des femmes déclaraient être cardiaques.

On a diagnostiqué des problèmes cardiaques chez moins d'un million de Canadiens, mais beaucoup plus nombreux sont ceux qui présentent des facteurs de risque, à savoir le tabagisme, l'hypertension, le diabète et des temps de loisirs sans activité physique. Qui plus est, la plupart des personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie cardiaque signalent ces mêmes facteurs de risque qui, sans changement ou traitement, les exposent à d'autres problèmes cardiaques^{5,6}.

Tabagisme

On a démontré à plusieurs reprises que le tabagisme est un facteur de risque lié à la maladie cardiaque et que l'incidence de la maladie est d'autant plus forte que le tabagisme est important⁷⁻¹¹. Le risque excédentaire de présenter une maladie coronarienne disparaît en partie, deux ou trois ans après avoir cessé de fumer; après 10 à 14 ans, le risque excédentaire se retrouve au niveau observé chez les personnes qui n'ont jamais fumé¹²⁻¹⁵. Chez les personnes présentant une cardiopathie, le fait d'arrêter de fumer diminue le risque de futurs accidents cardiaques¹⁶⁻¹⁸.

Selon l'ENSP de 1994-1995, presque le tiers (31 %) des personnes non cardiaques de 20 ans et plus fument quotidiennement des cigarettes (tableau 1). Dans l'ensemble, les hommes fument un peu plus que les femmes, mais dans le groupe des 34 ans et moins, les femmes fument autant que les hommes.

Même chez les personnes chez qui on a diagnostiqué une maladie cardiaque, une proportion considérable (23 %) fument quotidiennement. Et de ces fumeurs, 42 % consomment plus d'un paquet de cigarettes par jour, c'est-à-dire qu'ils sont nettement plus nombreux à le faire que les fumeurs non cardiaques.

En ce qui concerne le groupe des 35 à 64 ans, plus du tiers des hommes et des femmes dont on a diagnostiqué un trouble cardiaque déclarent qu'ils

fument et environ la moitié des hommes fument plus d'un paquet par jour. Cette consommation élevée de cigarettes en dépit de problèmes cardiovasculaires laisse supposer une grande dépendance à la nicotine¹⁹.

Hypertension

L'hypertension est également un facteur de risque de problèmes cardiaques et augmente les risques de décès dûs à une insuffisance rénale ou à un accident vasculaire cérébral. L'on peut pourtant modifier la pression artérielle, non seulement en prenant des médicaments, mais aussi par des moyens non pharmacologiques, tels la lutte contre l'obésité, le contrôle de l'apport de sodium et de la consommation d'alcool²⁰⁻²¹.

Environ 10 % des Canadiens non cardiaques font de l'hypertension. Lors de l'enquête, ils ont, soit déclaré en avoir été informé par un spécialiste, soit avoir pris un médicament contre l'hypertension au cours du dernier mois. Il est peu surprenant que l'hypertension soit beaucoup plus courante chez les personnes cardiaques comme l'indiquent 48 % d'entre elles. La prévalence de l'hypertension augmente avec l'âge chez les cardiaques ou les non-cardiaques.

À l'instar d'autres enquêtes²²⁻²⁴, l'ENSP indique que les hommes sont moins susceptibles que les femmes de suivre un traitement contre l'hypertension. En fait, parmi ceux qui ont déclaré souffrir à la fois d'une maladie cardiaque et d'hypertension, environ un sur cinq ne prenait pas de médicaments contre l'hypertension. De plus, les hommes et les femmes de 65 ans et plus, qui sont cardiaques et font de l'hypertension sont moins susceptibles de prendre des médicaments que les autres personnages du même âge faisant de l'hypertension mais n'ayant pas de maladie cardiaque. Cela peut s'expliquer de plusieurs façons. Ces personnes prenaient peut-être des médicaments pour leur maladie cardiaque qui ont aussi un effet sur la tension artérielle et ne se rendaient donc pas compte qu'elles prenaient des médicaments contre l'hypertension. Peut-être aussi suivaient-elles un traitement non pharmacologique. Et, bien sûr, il est possible qu'elles n'aient reçu aucun traitement pour l'hypertension.

Tableau 1

Prévalence de certains facteurs de risques, population de 20 ans et plus, selon l'existence d'une maladie cardiaque autodéclarée[†], le sexe et l'âge, provinces, 1994-1995

	Total				Hommes				Femmes			
	Total 20+	20-34	35-64	65+	Total 20+	20-34	35-64	65+	Total 20+	20-34	35-64	65+
en milliers												
Nombre estimatif[†]												
Non-cardiaques	19 653	6 445	10 502	2 705	9 534	3 163	5 234	1 137	10 119	3 282	5 268	1 568
Cardiaques	896	--	315	541	469	--	202	260	427	--	114	280
%												
Tabagisme												
Fumeurs actuels												
Non-cardiaques	31	37	31	15	34	38	35	17	29	37	28	14
Cardiaques	23	--	36	11	26	--	36	15	19	--	35	--
% de fumeurs qui fument au moins un paquet par jour												
Non-cardiaques	35	25	42	24	41	31	49	31	27	20	34	18
Cardiaques	42	--	47	--	48	--	52	--	33	--	--	--
Pression artérielle[§]												
Hypertension												
Non-cardiaques	10	1	10	31	8	1	9	25	12	1	11	35
Cardiaques	48	--	45	52	44	--	42	47	52	--	50	58
Mesurée l'année précédente												
Non-cardiaques	70	64	70	86	62	50	64	86	77	76	75	86
Cardiaques	96	--	94	98	95	--	92	98	98	--	97	98
% d'hypertendus ne prenant pas de médicament												
Non-cardiaques	23	63	29	12	29	--	35	15	20	68	24	10
Cardiaques	22	--	23	22	24	--	19	28	21	--	29	17
Diabète diagnostiqué												
Non-cardiaques	3	1	3	10	3	--	3	11	3	--	3	9
Cardiaques	15	--	12	17	16	--	--	19	13	--	--	16
Inactifs durant les loisirs												
Non-cardiaques	61	58	62	63	58	54	61	58	64	63	64	67
Cardiaques	70	--	62	75	60	--	58	61	81	--	69	86
Au moins deux facteurs de risque^{††}												
Non-cardiaques	27	23	28	35	27	22	29	32	27	24	27	36
Cardiaques	51	--	49	52	46	--	47	45	55	--	53	58

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

† Diagnostiquée par un spécialiste de la santé

‡ Les données étant arrondies, la somme des chiffres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

§ Diagnostiqué ou personne prenant des médicaments contre l'hypertension

†† Tabagisme, hypertension, diabète, inactifs physiquement

-- Nombres infimes

Diabète

Le diabète est fortement associé à la maladie cardiaque^{25,26} et il contribue à la mortalité prématurée, habituellement à la suite d'une crise cardiaque et d'un accident vasculaire cérébral²⁷⁻³⁰. Le diabète supprime chez les femmes une protection relative contre la cardiopathie ischémique : le taux de ces maladies chez les femmes diabétiques est similaire à celui observé chez les hommes non diabétiques³¹.

L'intervention de facteurs de risque multiples est particulièrement importante chez les diabétiques, qui sont plus susceptibles que les non-diabétiques de présenter une lipidémie supérieure à la normale, de faire de l'hypertension et d'être obèses.³²⁻³⁵

En 1994-1995, seulement 3 % des personnes non cardiaques de 20 ans et plus ont déclaré souffrir de

diabète. La maladie est beaucoup plus fréquente chez les personnes cardiaques : 16 % chez les hommes et 13 % chez les femmes. La prévalence du diabète augmente avec l'âge aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Cependant, on estime qu'on ne décèle cliniquement^{34,35} que la moitié environ des cas de diabète tardif, qui se manifeste d'habitude chez des personnes de plus de 45 ans faisant de l'embonpoint, et que les données d'enquête produisent une sous-estimation allant jusqu'à 50 % de la prévalence de la maladie³⁶. De plus, les normes diagnostiques ont été modifiées de façon à abaisser le seuil de glycémie de 7,7 mmol/L (140 mg/dl) à 6,9 mmol/L (126 mg/dl). Au seuil plus élevé, environ 20 % des personnes chez qui on diagnostiquait le diabète

Limites

L'analyse, étant transversale, ne permet pas d'identifier les facteurs qui augmentent le risque de devenir cardiaque. Son but est de décrire la prévalence de facteurs de risque identifiés à l'occasion d'autres études portant sur des personnes qui déclarent souffrir d'une maladie cardiaque et celles qui déclarent en être exemptes.

Les données de l'ENSP sur l'existence d'une maladie cardiaque et d'autres problèmes de santé posent les problèmes inhérents à l'autodéclaration. Plus précisément, l'on ne pouvait pas vérifier auprès d'une source indépendante si les personnes qui déclaraient un diagnostic de maladie cardiaque, de diabète ou d'hypertension présentaient réellement ces problèmes de santé. De surcroît, « maladie cardiaque » est un terme général auquel s'appliquent les codes 390 à 398, 402, 404 et 410 à 429 de la CIM³⁷. Les maladies cardiovasculaires correspondent à une tranche de codes encore plus grande (de 390 à 459). Les problèmes cardiaques des personnes pourraient donc varier du plus bénin, comme la péricardite aiguë (code 420) au beaucoup plus grave, comme l'infarctus aigu du myocarde (code 410). En outre, certaines personnes pourraient ne pas avoir été classées dans la bonne catégorie, parce qu'elles ont mal compris le sens de la question ou qu'elles ne se souvenaient pas d'avoir reçu le diagnostic.

Les données de l'ENSP utilisées pour l'analyse ont été recueillies auprès de personnes résidant dans des ménages. Bien que la proportion de la population placée en établissement de soins soit assez faible³⁸, les caractéristiques de ces personnes pourraient différer de celles des membres des ménages au point d'avoir une

incidence sur les résultats si on les incluait dans l'analyse. Plus précisément, la prévalence des maladies cardiaques et du diabète pourrait être sous-estimée, puisqu'il s'agit de maladies plus courantes chez les personnes qui vivent en établissements de soins³⁸. En outre, même dans la population des ménages, les personnes qui ont participé à l'enquête étaient probablement en meilleure santé que celles qui n'y ont pas participé et plus susceptibles que ces dernières d'adopter un comportement favorable à la santé.

Les variables de l'ENSP ne sont pas conçues pour étudier les facteurs de risque des maladies cardiaques. Ainsi, on n'a pas déterminé le taux de cholestérol ni la tension artérielle, alors que les données sur la taille et le poids ont été fournies par les intéressés. Cependant, les valeurs de l'indice de masse corporelle calculées d'après les données de l'ENSP sont proches des mesures réelles effectuées à l'occasion des enquêtes canadiennes sur la santé cardiovasculaire (de 1986 à 1992)³⁹. Les estimations de la prévalence de l'usage du tabac calculées d'après les données de ces enquêtes sont également similaires aux résultats de l'ENSP⁴⁰. Par contre, les estimations de la prévalence de l'hypertension sont plus élevées, probablement parce qu'elles sont fondées sur des mesures réelles plutôt que sur des valeurs autodéclarées et des renseignements sur le traitement. De même, les estimations de la prévalence du diabète calculées d'après les données des enquêtes sur la santé cardiovasculaire sont légèrement plus élevées que celles calculées d'après les données de l'ENSP⁴⁰.

présentaient déjà des complications. On recommande aujourd'hui qu'à partir de 45 ans, tous les adultes subissent tous les trois ans une analyse de sang en vue de dépister le diabète⁴¹.

Temps de loisirs sans activité physique

On conseille de s'astreindre à un exercice vigoureux pendant au moins 30 minutes par jour pour maintenir un bon état de santé cardio-respiratoire⁴²⁻⁴⁵. En outre, la réadaptation physique permet aux personnes souffrant d'une maladie cardiaque de se rétablir plus rapidement et facilite leur retour à la vie professionnelle, sociale et familiale^{46,47}.

Pourtant, malgré les bienfaits prouvés de l'exercice, la majorité des Canadiens, cardiaques ou non, ne s'adonnent à aucune activité physique durant leurs loisirs. En 1994-1995, 61 % des adultes non cardiaques et 70 % de ceux qui avaient des problèmes cardiaques ont mentionné des loisirs classés dans la catégorie de l'« inactivité ». Une plus grande proportion de femmes que d'hommes se classent dans cette catégorie.

L'activité physique est en relation avec le poids corporel qui est lié à d'autres facteurs augmentant le risque de cardiopathie, comme l'hypertension et le diabète. Donc, la lutte contre l'obésité contribue grandement à réduire ces risques.

En 1994-1995, une proportion importante de

Définitions

On considère comme souffrant d'une *maladie cardiaque*, de *diabète* ou d'*hypertension* les personnes qui ont déclaré personnellement, ou par procuration, qu'« un spécialiste de la santé a diagnostiqué » chez elles le problème de santé en question. Le groupe des personnes faisant de l'hypertension inclut aussi celles qui ont déclaré prendre des médicaments contre ce trouble au cours du dernier mois.

On considère comme étant des *fumeurs* les personnes qui ont déclaré fumer des cigarettes quotidiennement. On considère qu'un paquet contient 25 cigarettes.

Pour calculer si le poids des personnes de 20 à 64 ans (sauf les femmes enceintes) est approprié à leur taille, on a divisé ce poids, exprimé en kilogrammes, par le carré de la taille, exprimée en mètres, pour obtenir l'*Indice de masse corporelle (IMC)*. Une valeur supérieure à 27 indique de l'obésité. Ce chiffre correspond, par exemple, à 138 livres ou plus pour une personne mesurant 5 pieds (63 kg, 1,5 m), à 167 livres ou plus pour une personne de 5,5 pieds (76 kg, 1,7 m), et à 199 livres ou plus pour une personne de 6 pieds (90 kg, 1,8 m).

Pour calculer le niveau d'*activité physique*, on a estimé la dépense énergétique (DE) pour chaque activité entreprise durant les loisirs. Pour calculer la DE, on a multiplié le nombre de fois qu'une personne a déclaré s'adonner à une activité durant une période de 12 mois par la durée moyenne, exprimée en heures, et par le coût énergétique de l'activité (exprimé en kilocalories dépensées par kilogramme de

masse corporelle par heure d'activité). Pour calculer la DE moyenne quotidienne pour cette activité, on a divisé l'estimation par 365. Le calcul a été refait pour chaque activité de loisir déclarée, puis on a additionné les estimations résultantes pour obtenir la DE moyenne quotidienne globale. Les personnes dont la DE estimée est inférieure à 1,5 sont jugées physiquement inactives. Cette valeur représente, par exemple, une demi-heure par jour au plus de marche ou de jardinage de faible intensité. En tant qu'indicateur de l'activité totale, cette mesure présente certaines limitations, puisqu'elle ne tient pas compte de l'activité au travail.

Pour déterminer si le revenu est adéquat, on a tenu compte du revenu du ménage et du nombre de personnes qui composent ce dernier. On considère comme étant *faible* un revenu annuel inférieur à 30 000 \$ pour un ménage de cinq personnes ou plus, inférieur à 20 000 \$ pour un ménage de trois ou quatre personnes et inférieur à 15 000 \$ pour un ménage d'une ou de deux personnes.

On considère comme un *faible niveau de scolarité* le fait de ne pas avoir terminé ses études secondaires.

Les personnes « n'effectuant pas un travail contre rémunération ou en vue d'un bénéfice » ou « ne travaillant pas pour la famille/ne prenant pas soin de la famille contre rémunération ou en vue d'un bénéfice » sont considérées comme étant au *chômage*.

Les personnes qui vivent dans un ménage d'une personne sont considérées comme *vivant seules*.

personnes non cardiaques de 20 à 64 ans, soit 35 % des hommes et 26 % des femmes, faisaient de l'embonpoint. Chez les personnes cardiaques, les chiffres étaient nettement plus élevés, soit 56 % et 42 % respectivement.

Risques multiples

La maladie cardiovasculaire est une maladie multifactorielle, dont le risque augmente de façon exponentielle en fonction du nombre de facteurs de risque existants^{10,48-52}. Même l'intensification modeste de plus d'un facteur augmente le risque⁵³. Par conséquent, les personnes qui présentent au moins deux facteurs de risque sont une cible d'importance pour les campagnes de promotion de la santé.

Plus du quart (27 %) des Canadiens non-cardiaques et la moitié (51 %) de ceux qui le sont ont mentionné au moins deux des quatre facteurs de risque. Dans chaque groupe, la proportion des personnes présentant plusieurs facteurs de risque augmente avec l'âge.

Chez les non-cardiaques, la proportion d'hommes et de femmes présentant plusieurs facteurs de risque est pratiquement la même. En revanche, chez les cardiaques, une proportion plus forte de femmes que d'hommes manifestent des risques multiples, principalement à cause de la forte proportion de femmes inactives et de femmes sachant qu'elles font de l'hypertension.

Tableau 2

Rapports de cotes associant certaines caractéristiques aux facteurs de risque de maladie cardiaque, population de 20 ans et plus n'ayant pas déclaré de maladie cardiaque, provinces, 1994-1995

	Tabagisme		Hypertension		Diabète		Loisirs sans activité physique		Deux facteurs de risque ou plus	
	Rapport des cotes	Intervalle de confiance 99 %	Rapport des cotes	Intervalle de confiance 99 %	Rapport des cotes	Intervalle de confiance 99 %	Rapport des cotes	Intervalle de confiance 99 %	Rapport des cotes	Intervalle de confiance 99 %
Sexe										
Hommes	1,2*	1,1, 1,4	,8*	,7, ,9	1,2	,9, 1,6	,7*	,7, ,8	1,0	,9, 1,1
Femmes†	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Groupe d'âge										
20-34†	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
35-64	,7*	,7, ,8	7,6*	5,5, 10,7	4,3*	2,6, 7,2	1,2	1,0, 1,3	1,2*	1,1, 1,4
65+	,2*	,2, ,3	20,1*	14,0, 28,9	11,6*	6,7, 20,2	1,4*	1,2, 1,7	1,4*	1,2, 1,7
Caractéristiques socioéconomiques‡										
Faible niveau de scolarité	1,7*	1,5, 1,9	1,2	1,0, 1,4	1,3	1,0, 1,8	1,4*	1,3, 1,6	1,8*	1,6, 2,0
Faible revenu	1,6*	1,4, 1,8	1,0	,8, 1,2	1,5*	1,1, 2,0	1,3*	1,1, 1,5	1,4*	1,2, 1,6
Au chômage	1,0	,9, 1,1	1,7*	1,4, 2,1	2,0*	1,4, 2,8	,6*	,6, ,7	,9	,8, 1,0
Vit seul(e)	1,3*	1,1, 1,5	1,4*	1,2, 1,8	,8	,6, 1,2	,8	,7, 1,0	1,2	1,0, 1,4
Consommation d'alcool‡										
3 verres ou plus par jour	2,8*	2,0, 4,0	1,5	,8, 2,6	,6	,2, 2,2	1,2	,9, 1,7	2,4*	1,8, 3,4
Province										
Atlantique	1,4*	1,1, 1,7	1,7*	1,2, 2,4	1,4	,8, 2,6	1,9*	1,5, 2,3	2,0*	1,6, 2,5
Québec	1,4*	1,2, 1,7	1,2	,9, 1,5	1,4	,9, 2,4	1,9*	1,6, 2,2	1,8*	1,5, 2,2
Ontario	1,1	1,0, 1,3	1,2	,9, 1,6	1,5	,9, 2,4	1,6*	1,4, 1,8	1,4*	1,2, 1,7
Prairies	1,1	,9, 1,3	1,2	,9, 1,6	1,6	,9, 2,7	1,2	1,0, 1,4	1,3	1,0, 1,5
Colombie-Britannique†	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...

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

Nota : Les analyses concernant le tabagisme, l'hypertension et le diabète se fondent sur les données recueillies auprès de 14 278 personnes et celles concernant le temps de loisirs sans activité physique et l'existence d'au moins deux facteurs de risque se fondent sur les données recueillies auprès de 13 735 personnes.

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

‡ La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique. Par exemple, la catégorie de référence pour « faible revenu » est « revenu pas faible ».

... N'ayant pas lieu de figurer

* $p < 0,01$

Qui court le risque d'avoir une maladie cardiaque?

Une fois identifiées les caractéristiques des personnes qui ne sont pas cardiaques, mais qui présentent des facteurs de risque importants, l'on pourra cibler les messages des campagnes de promotion de la santé en vue de rejoindre les groupes susceptibles d'en bénéficier le plus.

L'analyse multidimensionnelle démontre que, chez les non-cardiaques, la cote exprimant la probabilité qu'une personne déclare la plupart des facteurs de risque augmente avec l'âge (tableau 2). Seul le tabagisme fait exception à cette règle, car les jeunes sont plus susceptibles de fumer.

La cote exprimant la probabilité de présenter les divers facteurs de risque diffère généralement peu pour les hommes et pour les femmes. Pour les hommes, cette cote est toutefois nettement plus forte quant au risque d'être fumeurs et nettement plus faible quant à celui d'être inactifs.

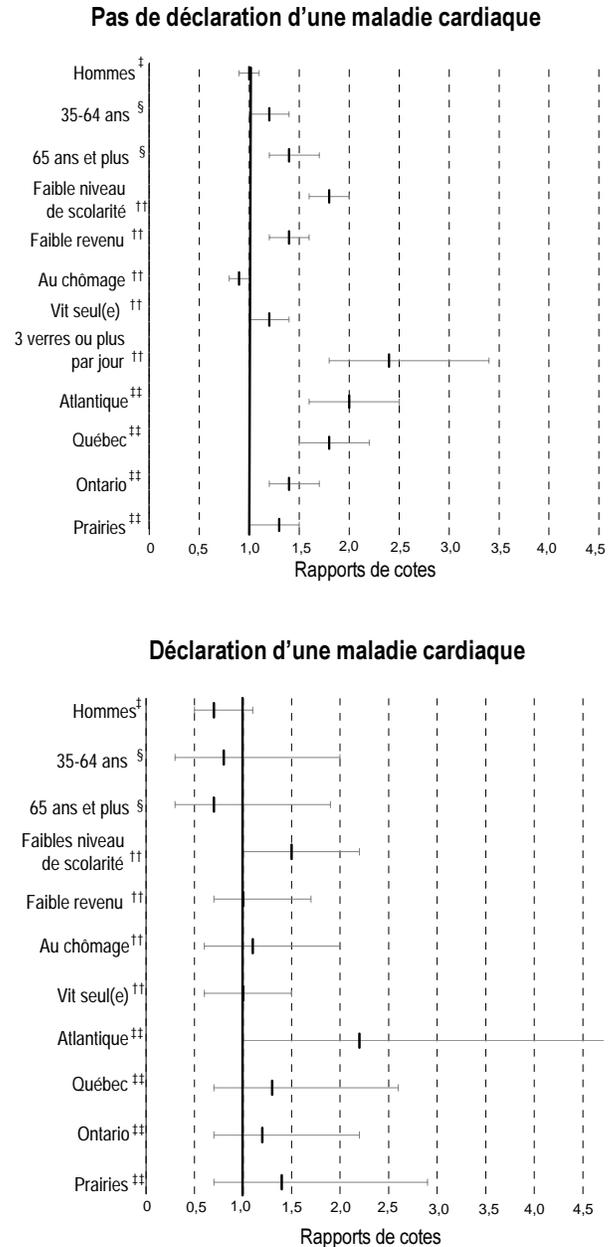
Chez les personnes non cardiaques, les facteurs de risque sont en général associés à une mauvaise situation socioéconomique. Chez les membres des ménages à faible revenu, la cote exprimant la probabilité de présenter trois des quatre facteurs de risque et, par conséquent, des facteurs de risque multiples est nettement plus forte que chez ceux des autres ménages (graphique 1). L'hypertension, qui n'est pas liée de façon significative au revenu, est la seule exception.

Le revenu et le niveau de scolarité sont généralement en corrélation, de sorte qu'il n'est pas surprenant de constater que la cote exprimant le risque de fumer, d'être inactif physiquement et de présenter plusieurs facteurs de risque soit plus élevée pour les personnes dont le niveau de scolarité est faible.

On note une association significative et positive entre le chômage, d'une part, l'hypertension et le diabète, d'autre part, peut-être parce que ces problèmes de santé peuvent avoir des répercussions sur l'emploi. En revanche, on observe une association inverse entre le chômage et des temps de loisirs sans activité physique.

Quant aux personnes qui vivent seules, la cote exprimant le risque de fumer et de faire de

Graphique 1
Intervalles de confiance de 99 % pour les rapports de cotes de présenter au moins deux facteurs de risque[†], population de 20 ans et plus, selon l'autodéclaration d'une maladie cardiaque, provinces, 1994-1995



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

Nota : À cause de la petite taille des échantillons, la variable décrivant la consommation de trois verres d'alcool ou plus par jour n'a pas été incluse dans les modèles appliqués aux personnes cardiaques.

† Tabagisme, hypertension, diabète, inactivité

‡ La catégorie de référence est celle des femmes.

§ La catégorie de référence est celle du groupe des 20 à 34 ans.

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

‡‡ La catégorie de référence est la Colombie-Britannique.

l'hypertension est plus élevée.

Une forte consommation d'alcool, au moins trois verres par jour, est associée de façon significative au tabagisme. Ce niveau de consommation d'alcool est également lié à une cote exprimant le risque plus élevé de présenter plusieurs facteurs de risque.

Après correction pour tenir compte d'autres caractéristiques, comme l'âge, le niveau de scolarité et le revenu, la cote exprimant le risque de présenter la plupart des facteurs de risque a tendance à être plus élevée dans les provinces Atlantiques qu'en Colombie-Britannique. Pour les résidents du Québec, la cote exprimant le risque de fumer, d'avoir des loisirs sans activité physique et de présenter plusieurs facteurs de risque, est nettement élevée.

De même que les résidents de l'Ontario qui ont une cote exprimant le risque nettement plus élevée d'avoir des temps de loisirs sans activité physique et de présenter des facteurs de risque multiples.

Prévention secondaire

Lorsqu'on contrôle les effets d'autres variables, quelques caractéristiques seulement sont associées de façon significative aux facteurs de risque chez les personnes chez qui on a déjà diagnostiqué une maladie cardiaque. Bien que cette observation soit due principalement à la plus petite taille de l'échantillon, elle pourrait aussi refléter des modifications survenues à cause de la maladie cardiaque (par exemple, cesser de fumer ou cesser

Tableau 3

Rapports de cotes associant certaines caractéristiques aux facteurs de risque de maladie cardiaque, population de 20 ans et plus ayant déclaré souffrir d'une maladie cardiaque, provinces, 1994-1995

	Tabagisme		Hypertension		Diabète		Loisirs sans activité physique		Deux facteurs de risque ou plus	
	Rapport des cotes	Intervalle de confiance 99 %	Rapport des cotes	Intervalle de confiance 99 %	Rapport des cotes	Intervalle de confiance 99 %	Rapport des cotes	Intervalle de confiance 99 %	Rapport des cotes	Intervalle de confiance 99 %
Sexe										
Hommes	1,6	1,0, 2,7	,7	,4, 1,0	1,3	,7, 2,2	,4*	,3, ,7	,7	,5, 1,1
Femmes†	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Groupe d'âge										
20-34†	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
35-64	,2*	,1, ,5	11,4*	2,2, 59,3	2,8	,3, 24,5	,6	,2, 1,9	,8	,3, 2,0
65+	,0*	,0, ,1	12,8*	2,5, 66,2	3,2	,4, 27,9	1,2	,4, 3,6	,7	,3, 1,9
Caractéristiques socioéconomiques‡										
Faible niveau de scolarité	1,6	1,0, 2,6	,9	,6, 1,4	1,5	,8, 2,5	1,4	,9, 2,2	1,5	1,0, 2,2
Faible revenu	1,2	,7, 2,1	1,1	,7, 1,8	,9	,5, 1,8	1,1	,7, 2,0	1,0	,7, 1,7
Au chômage	1,0	,6, 2,0	1,8	1,0, 3,2	1,6	,6, 3,8	,6	,3, 1,2	1,1	,6, 2,0
Vit seul(e)	1,1	,6, 2,1	,7	,4, 1,1	1,0	,5, 2,1	1,2	,7, 2,2	1,0	,6, 1,5
Province										
Atlantique	1,1	,4, 3,1	1,5	,7, 3,4	,7	,2, 2,0	2,9*	1,1, 7,4	2,2	1,0, 5,1
Québec	1,2	,5, 2,7	1,0	,5, 2,0	,7	,3, 1,6	2,6*	1,2, 5,5	1,3	,7, 2,6
Ontario	1,0	,5, 2,2	1,2	,7, 2,2	,6	,3, 1,3	1,9	1,0, 3,6	1,2	,7, 2,2
Prairies	1,1	,5, 2,7	1,5	,7, 3,0	,6	,2, 1,5	1,3	,6, 2,7	1,4	,7, 2,9
Colombie-Britannique†	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...

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

Nota : Les analyses concernant le tabagisme, l'hypertension et le diabète se fondent sur les données recueillies auprès de 826 personnes. Celles concernant le temps de loisirs sans activité physique et l'existence d'au moins deux facteurs de risque se fondent sur les données recueillies auprès de 784 personnes. À cause de la petite taille des échantillons, la variable décrivant la consommation de trois verres d'alcool ou plus par jour n'a pas été incluse dans les modèles appliqués aux personnes cardiaques.

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

‡ La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique. Par exemple, la catégorie de référence pour « faible revenu » est « revenu pas faible ».

... N'ayant pas lieu de figurer

* $p < 0,01$

de boire) et de la participation à des programmes de réadaptation.

Chez les personnes cardiaques, l'hypertension est le seul facteur de risque lié de façon significative avec l'âge. La cote exprimant le risque de présenter un facteur de risque est au moins dix fois plus élevée pour les groupes des 35 à 64 ans et des 65 ans et plus que pour celui des 20 à 34 ans (tableau 3). Cependant, à cause du plus petit nombre de personnes, les intervalles de confiance de ces rapports de cote sont très grands. De même, la cote exprimant le risque qu'une personne âgée fume est beaucoup plus faible que pour une personne plus jeune.

Les hommes cardiaques présentent une cote exprimant le risque d'être inactifs physiquement nettement plus faible que leurs homologues féminins. Cependant, la cote de risque de manifester d'autres facteurs de risque ne diffère pas de façon significative selon le sexe.

Le lien entre les facteurs de risque et la situation socioéconomique est faible chez les personnes cardiaques même si la cote exprimant le risque de présenter des facteurs de risque multiples est considérablement plus élevée pour celles dont le niveau de scolarité est faible. Le fait d'avoir un faible revenu et de vivre seul sont des caractéristiques qui ne sont liées de façon significative à aucun facteur de risque.

Enfin, seuls les loisirs sans activité physique sont corrélés à la province de résidence, la cote exprimant le risque augmentant d'Ouest en Est.

Conséquences

Un mode vie sain peut diminuer le risque d'un problème cardiaque ou ralentir l'évolution d'une maladie cardiaque existante. Toutefois, d'après l'Enquête nationale sur la santé de la population, nombre de Canadiens ne prennent pas les mesures appropriées pour se protéger. La plupart sont inactifs physiquement pendant leurs loisirs et une forte proportion d'entre eux fument quotidiennement. En outre, il semblerait que l'hypertension et le diabète ne soient pas toujours décelés et traités comme il convient.

La forte prévalence des facteurs de risque parmi

les personnes de la population chez qui on n'a pas diagnostiqué de maladie cardiaque donne à penser que beaucoup de personnes pourraient finir par manifester ce genre de problème de santé. En outre, chez les personnes cardiaques, les facteurs de risque, comme le tabagisme et les loisirs sans activité physique pourrait être problématique.

La prévalence des facteurs de risque témoigne aussi d'une certaine ignorance de leurs conséquences éventuelles. Par exemple, près de la moitié des Canadiens seulement savent que le tabagisme augmente le risque de présenter une maladie cardiaque³⁹.

En outre, comme nous l'avons mentionné, des enquêtes telles que l'ENSP pourraient mener à une sous-estimation allant jusqu'à 50 % de la proportion de diabétiques. Comme elle ne s'accompagne ordinairement pas de symptômes évidents, l'hypertension peut s'accroître pendant de nombreuses années sans que la personne qui en souffre s'en rende compte.

Néanmoins, le fait que l'on puisse contrôler ces facteurs de risque donne lieu à un certain optimisme. Les campagnes de promotion de la santé pourraient réussir à inciter les membres de la population à modifier leur comportement, donc, à réduire le risque d'incapacité ou d'un décès prématuré. On pourrait donc tenir compte du profil des personnes qui courent un très grand risque d'avoir des problèmes cardiaques, surtout celles présentant des risques multiples, pour concevoir et mettre en place les programmes d'intervention. Généralement, les personnes exposées à des risques multiples sont plus âgées, ont un faible niveau de scolarité et un revenu peu élevé et vivent dans les provinces Atlantiques, au Québec ou en Ontario.

On devrait peut être mettre sur pied des programmes spéciaux pour rejoindre les personnes âgées qui représentent la majorité des personnes cardiaques. Selon l'ENSP, 11 % des personnes de 65 ans et plus atteintes d'une maladie cardiaque fument, 17 % disent faire du diabète, 52 % disent faire de l'hypertension et 75 % ont des loisirs sans activité physique. Cependant, on en sait fort peu sur l'efficacité de la modification des facteurs de risque à titre de prévention secondaire de la maladie

cardiaque chez les personnes âgées⁵⁴, et les données existantes laissent entendre que ces personnes ont beaucoup moins tendance à participer à des programmes de réadaptation que les malades plus jeunes⁵⁵.

Il est possible de réduire le risque de maladie cardiaque ou de prévenir de nouveaux problèmes cardiovasculaires en faisant de l'exercice régulièrement, en maintenant la tension artérielle au niveau normal, en ne fumant pas, en évitant de prendre du poids et, dans le cas des diabétiques ou des personnes qui manifestent une prédisposition à cette maladie, en assurant un suivi vigilant. Cependant, tout ceci n'est réalisable que si les personnes les plus à risque reçoivent le message et prennent des mesures en conséquence.

Références

1. Statistique Canada, *Les principales causes de décès pour différents groupes d'âge au Canada, 1995*, (n° 84-503-XPB, au catalogue), Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1997.
2. Fondation des maladies du coeur du Canada, *Les maladies cardiovasculaires et les accidents cérébro-vasculaires au Canada*, Ottawa, Fondation des maladies du coeur du Canada, 1995.
3. B. Chan, P. Coyte et D. Heick, «Economic impact of cardiovascular disease in Canada», *Canadian Journal Cardiology*, 12(10), 1996, p. 1000-1006.
4. J.-L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population, *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
5. E.L. Fallen, J. Cairns, W. Dafoe et al., «Management of the postmyocardial infarction patient: a consensus report-revision of 1991 CCS guidelines», *Canadian Journal of Cardiology*, 11(6), 1995, p. 477-486.
6. S.C. Smith, «The challenge of risk reduction therapy for cardiovascular disease», *American Family Physician*, 55(2), 1997, p.491-500.
7. R. Doll et D. Petro, «Mortality in relationship to smoking: Twenty years of observation of male British doctors», *British Medical Journal*, 2, 1976, p. 1525-1536.
8. M. Schroll, «Smoking habits in the Glostrup population of men and women born in 1914. Implications for health evaluated from ten-year mortality, incidence of cardiovascular manifestations and pulmonary function, 1964-1974», *Acta Medica Scandinavica*, 208(4), 1980, p. 245-256.
9. A.Z. LaCroix, J. Lang, P. Scherr et al., «Smoking and mortality among older men and women in three communities», *New England Journal of Medicine*, 324(23), 1991, p. 1619-1625.
10. The Pooling Project Research Group, «Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities to the incidence of major coronary events: Final report of the Pooling Project», *Journal of Chronic Disease*, 31(4), 1978, p. 201-306.
11. W.B. Kannel, «Update on the role of cigarette smoking in coronary artery disease», *American Heart Journal*, 101(3), 1981, p. 319-328.
12. Y. Ben-Shlomo, G.D. Smith, M.J. Shipley et al., «What determines mortality risk in male former cigarette smokers?», *American Journal of Public Health*, 84(8), 1994, p. 1235-1242.
13. E. Negri, C. LaVecchia, B. D'Avanzo et al., «Acute myocardial infarction: association with time since stopping smoking in Italy», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48(2), 1994, p. 129-133.
14. I. Kawachi, G.A. Colditz, M.J. Stampfer et al., «Smoking cessation and time course of decreased risks of coronary heart disease in middle-aged women», *Archives of Internal Medicine*, 154(2), 1994, p. 169-175.
15. I. Kawachi, G.A. Colditz, M.J. Stampfer et al., «Smoking cessation in relation to total mortality rates in women. A prospective cohort study», *Annals of Internal Medicine*, 119(10), 1993, p. 992-1000.
16. I. Sato, M. Nishida, K. Okita et al., «Beneficial effect of stopping smoking on future cardiac events in male smokers with previous myocardial infarction», *Japanese Circulation Journal*, 56(3), 1992, p. 217-222.
17. R.W. Peters, M.M. Brooks, L. Todd et al., «Smoking cessation and arrhythmic death: the CAST experience. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) Investigators», *Journal of the American College of Cardiology*, 26(5), 1995, p. 1287-1292.
18. G.S. Omenn, K.W. Anderson, R.A. Kronmal et al., «The temporal pattern of reduction of mortality risk after smoking cessation», *American Journal of Preventive Medicine*, 6(5), 1990, p. 251-257.
19. M. Stephens et J. Siroonian, «L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire», *Rapports sur la santé*, 9(4), 1998, p. 31-38 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
20. H. L. Johansen, «Hypertension in Canada: Risk factor review and recommendations for further work», *Canadian Journal of Public Health*, 74(2), 1983, p. 123-131.
21. A. Chockalingam, D. Abbott, M. Bass et al., «Recommendations of the Canadian Consensus Conference on Non-Pharmacological Approaches to the Management of High Blood Pressure», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 142(12), 1990, p. 1397-1409 (Erratum *Journal de l'Association médicale canadienne*, 143(3), 1990, p. 177).
22. Santé Canada, *Canadian Blood Pressure Survey*, (n° H39-143/1989F au catalogue), Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services, 1989.
23. A. Plasencia, A.M. Ostfeld et S.B. Gruber, «Effects of sex differences in awareness, treatment, and control of high blood pressure», *American Journal of Preventive Medicine*, 4(6), 1988, p. 315-326.
24. M.R. Joffres, P. Hamet, S.W. Rabkin et al., «Prevalence, control and awareness of high blood pressure among Canadian adults», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 146(11), 1992, p. 1997-2005.

25. K. Wilkins, M. Wysocki, C. Morin et al., «Causes multiples de décès», *Rapports sur la santé*, 9(2), 1997, p. 19-29 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
26. R. James, T.K. Young, C.A. Mustard et al., «La santé des diabétiques au Canada», *Rapports sur la santé*, 9(3), 1997, p. 47-52 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
27. R.M. Semenciw, H.I. Morrison, Y. Mao et al., «Major risk factors for cardiovascular mortality in adults: Results from the Nutrition Canada Survey cohort», *International Journal of Epidemiology*, 17(2), 1988, p. 317-324.
28. A. Barceló, «Séries de monographies sur les maladies liées au vieillissement : VIII. Diabète sucré non insulino-dépendant (DSNID)», *Maladies chroniques au Canada*, 17(1), 1996, p. 1-21.
29. M.W. Knuiman, T.A. Welborn, D.E. Whittall, «An analysis of excess mortality rates for persons with non-insulin-dependent diabetes in Western Australia using the Cox proportional hazards regression model», *American Journal of Epidemiology*, 135(6), 1992, p. 638-648.
30. H. Schneiler, M. Lischinski, E. Jutzi, «Survival time after onset of diabetes: 29-year follow-up mortality study in a diabetes cohort from a rural district», *Diabetes Metabolism*, 19(1 de 2), 1993, p. 152-158.
31. E. Barrett-Connor et D. L. Wingard, «Sex differential in ischemic heart disease mortality in diabetics: a prospective population-based study», *American Journal of Epidemiology*, 118(4), 1983, p. 489-496.
32. M.J. Garcia, P.M. McNamara, T. Gordon et al., «Morbidity and mortality in diabetics in the Framingham population. Sixteen-year follow-up study», *Diabetes*, 23(2), 1974, p. 105-111.
33. J. Stamler, O. Vaccaro, J. D. Neaton et al., «Diabetes, other risk factors, and 12-year cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial», *Diabetes Care*, 16(2), 1993, p. 434-444.
34. T.J. Orchard, R.E. LaPorte et J.S. Dorman, «Diabetes», J.M. Last, R.B. Wallace, (sous la direction de), *Public Health and Preventive Medicine*, 13^e édition, Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange, 1992.
35. M.I. Harris, W.C. Hadden, W.C. Knowler et al., «Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance and plasma glucose levels in U.S. population aged 20-74 years», *Diabetes*, 36(4), 1987, p. 523-534.
36. H. King et P. Zimmet, «Trends in the prevalence and incidence of diabetes: Non-insulin-dependent diabetes mellitus», *World Health Statistical Quarterly*, 41(3-4), 1988, p. 190-196.
37. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification 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.
38. P. Tully et C. Mohl, «Résidents âgés des établissements de santé», *Rapports sur la santé*, 7(3), 1995, p. 27-30 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
39. S.M. Macdonald, B.A. Reeder, Y. Chen et al., «Obesity in Canada: A descriptive analysis», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 157, supplément 1, 1997, p. S3-S9.
40. Santé Canada, *Les Canadiens et la santé cardiovasculaire : réduire le risque*, (n° H39-328/1995F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1995.
41. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, «Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus», *Diabetes Care*, 20(7), 1997, p. 1183-1197.
42. Physical activity and cardiovascular health. NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health», *Journal of the American Medical Association*, 276(3), 1996, p. 241-246.
43. S.N. Blair, H.W. Kohl, N.F. Gordon et al., «How much physical activity is good for health?», *Annual Review of Public Health*, 13, 1992, p. 99-126.
44. K. Francis, «Physical activity in the prevention of cardiovascular disease», *Physical Therapy*, 76(5), 1996, p. 456-468.
45. A.Z. LaCroix, S.G. Leveille, J.A. Hecht et al., «Does walking decrease the risk of cardiovascular disease hospitalizations and death in older adults?», *Journal of the American Geriatric Society*, 44(2), 1996, p. 113-120.
46. P. Bernadet, «Benefits of physical activity in the prevention of cardiovascular diseases», *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 25, supplément n° 1, 1995, p. S3-S8.
47. Public health focus: Physical activity and the prevention of coronary heart disease, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42(35), 1993, p. 669-672.
48. A. Keys, «The seven countries study: 13 multiple variables», *Circulation*, 41, supplément n° 4, 1970, p. 1138-1144.
49. A.G. Shaper, J.J. Pocock, M. Walker et al., «Risk factors for ischemic heart disease: The prospective phase of the British Regional Heart Study», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 39(3), 1985, p. 197-209.
50. J.D. Neaton et D. Wentworth, «Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease. Overall findings and differences by age for 316,099 white men. Multiple Risk Factor Intervention Trial», *Archives of Internal Medicine*, 152(1), 1992, p. 56-64.
51. W.B. Kannel, J.D. Neaton, D. Wentworth et al., «Overall and coronary heart disease mortality rates in relation to major risk factors in 325,348 men screened for MRFIT, Multiple Risk Factor Intervention Trial», *American Heart Journal*, 112(4), 1986, p. 825-836.
52. P. Jousilahti, J. Toumilehto, E. Vartiainen et al., «Importance of risk factor clustering in coronary heart disease mortality and incidence in eastern Finland», *Journal of Cardiovascular Risk*, 2(1), 1995, p. 63-70.
53. L. Wilhelmsen, «Synergistic effects of risk factors», *Clinical and Experimental Hypertension, Part A, Theory and Practice*, 12(5), 1990, p. 845-863.
54. M.A. Williams, «Cardiovascular risk factor reduction in elderly patients with cardiac disease», *Physical Therapy*, 76(5), 1996, p. 469-480.
55. J.K. Allen et B.K. Redman, «Cardiac rehabilitation in the elderly: Improving effectiveness», *Rehabilitation Nursing*, 21(4), 1996, p. 182-186.

L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire

Megan Stephens et Jason Siroonian

Résumé

Objectifs

Le présent article fournit un bref aperçu et une mise à jour succincte des tendances en matière de tabagisme au Canada depuis 1966. L'on y présente les caractéristiques des fumeurs quotidiens qui ont réussi à cesser de fumer et ainsi que celles qui ont tenté de cesser de fumer, mais qui n'ont pas réussi.

Source des données

Les données chronologiques sur le tabagisme proviennent de plusieurs enquêtes. Les analyses portant sur les personnes qui ont tenté de cesser de fumer et sur celles qui ont réussi se fondent sur les données du supplément, à l'Enquête nationale sur la santé de la population (l'ENSP) de 1994-1995, parrainé par Santé Canada.

Résultats principaux

À l'inverse de la tendance générale, le taux de tabagisme chez les adolescents a augmenté dans les années 1990. Environ 16 % des fumeurs quotidiens ont déclaré qu'ils avaient récemment arrêté de fumer. La plupart de ces anciens fumeurs quotidiens ont indiqué que leur motivation première avait été le souci de leur santé dans les années à venir. La grande majorité d'entre eux ont signalé qu'ils avaient vécu un sévère état de manque. Ils n'ont eu recours à aucune aide lors de leur tentative d'abandon. Environ quatre fumeurs quotidiens sur dix ont déclaré qu'ils avaient tenté, sans succès, de cesser de fumer au cours des 12 mois ayant précédé leur interview dans le cadre de l'ENSP.

Mots-clés

Prévalence du tabagisme, quantité de cigarettes, tentatives pour cesser de fumer, abandon du tabagisme, méthode pour cesser de fumer, taux d'abandon du tabagisme.

Auteurs

Megan Stephens (613) 951-7243 travaille à Culture, tourisme et Centre des statistiques sur l'éducation, et Jason Siroonian travaille à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

On admet généralement que le tabagisme est une cause de maladies et de décès parmi les plus importantes, quoique évitables.

L'Organisation mondiale de la santé a estimé que 2,1 millions de personnes dans les pays industrialisés mourraient en 1995 de maladies reliées au tabac¹. Au Canada, environ 45 000 décès étaient attribuables en 1991 au tabagisme. On prévoit que ce nombre s'élèvera à près de 47 000 décès en l'an 2000². La création de programmes de santé publique visant à réduire le taux actuel de tabagisme et à éviter l'initiation de nouveaux fumeurs est devenue par conséquent un sujet central de préoccupation pour les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux³.

À l'aide de données provenant de plusieurs enquêtes, le présent article offre un bref aperçu et une mise à jour succincte des tendances en matière de tabagisme au Canada depuis 1966. L'on a utilisé les données tirées des résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

de 1994-1995 afin de présenter de nouveaux renseignements sur les caractéristiques des fumeurs quotidiens qui ont réussi à cesser de fumer et ainsi que sur celles de ceux qui ont tenté de cesser de fumer, mais qui continuent à fumer tous les jours (voir *Méthodologie* et *Définitions*).

Bien qu'il y ait eu plusieurs études sur l'abandon du tabagisme fondées sur des échantillons non

aléatoires ou de petits échantillons,⁴ l'ENSP de 1994-1995 a été l'une des premières enquêtes nationales à étudier en détail les tentatives pour cesser de fumer et leurs réussites. (L'Enquête sur le tabagisme au Canada, parrainée par Santé Canada et menée par Statistique Canada en 1994-1995, comprenait également des questions détaillées sur l'abandon de l'usage du tabac.)

Méthodologie

Source des données

Les données chronologiques sur le tabagisme dans le présent article proviennent des Enquêtes sur les habitudes de fumer des Canadiens (1966 à 1977, 1979, 1981 et 1983)^{5,6}, de l'Enquête santé Canada (1978-1979),⁷ de l'Enquête sociale générale, cycle 1 (1985)⁸, de l'Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (1989)⁹, de l'Enquête sur la promotion de la santé (1990),¹⁰ de l'Enquête sociale générale, cycle 6 (1991)¹¹, et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (1994-1995)¹² (voir l'*annexe*).

L'échantillon provincial de l'ENSP de 1994-1995, excluant la composante institutionnelle, comprenait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer. Après un tri de sélection, 20 725 ménages étaient toujours dans le champ d'enquête.

Une personne bien informée de chaque ménage participant a fourni des renseignements généraux sur les caractéristiques socio-démographiques et la santé de chacun des membres du ménage. Au total, des données se rapportant à 58 439 personnes ont été recueillies. Cette base de données constitue le «Fichier général».

De plus, une personne a été choisie au hasard dans chacun des 20 725 ménages participants afin de fournir des renseignements détaillés sur sa propre santé. Dans 18 342 de ces ménages, la personne choisie était âgée de 12 ans ou plus. Le taux de réponse aux questions détaillées sur la santé chez les personnes de 12 ans ou plus a atteint 96,1 %, représentant 17 626 personnes. La base de données ainsi constituée, le Fichier santé, comprend les renseignements détaillés sur la santé ainsi que les données du Fichier général ayant rapport à ces personnes. Dans les autres ménages participants, au nombre de 2 383, les personnes choisies au hasard étaient âgées de moins de 12 ans. Les renseignements détaillés sur la santé de ces personnes ont été recueillis dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1994-1995.

Parmi les 17 626 personnes choisies au hasard âgées de 12 ans ou plus, 14 786 personnes étaient des membres admissibles du panel longitudinal de l'ENSP. Ces personnes étaient aussi admissibles au supplément de Santé Canada. Le taux de réponse s'appliquant aux questions parrainées par Santé Canada étaient de 90,6 %. Le «Fichier supplément» englobe la base de données comprenant les renseignements du supplément de Santé Canada ainsi que les données du Fichier général et du Fichier santé ayant rapport à ces personnes.

Parmi les 17 626 personnes choisies au hasard âgées de 12 ans ou plus, les 2 840 personnes restantes ont été parrainés par les administrations provinciales qui ont décidé d'augmenter la taille l'échantillon dans leur province. Ces personnes ne feront pas l'objet d'un suivi et n'étaient pas admissibles au supplément de Santé Canada.

Limites

Parce que les estimations de la prévalence du tabagisme ont été établies à partir d'enquêtes différentes, c'est pourquoi les séries chronologiques qui en découlent devraient être considérées avec prudence. La conception, l'ordre des questions et leur formulation, la couverture et le taux de réponse de chaque enquête sont uniques. Les séries chronologiques sont donc exposées à une variabilité qui se rattache peut-être à ces facteurs et non pas simplement à des changements au niveau du tabagisme (voir l'*annexe*).

On peut surestimer les tentatives pour cesser de fumer parce que certaines personnes à l'ENSP sont susceptibles d'avoir fourni ce qu'ils ont perçu comme une réponse socialement souhaitable, c'est-à-dire qu'ils peuvent avoir mentionné qu'ils ont tenté de cesser de fumer quand ce n'était pas le cas.

Le taux global actuel de tabagisme en baisse, à la hausse chez les adolescents

La proportion de Canadiens qui fument a diminué considérablement depuis le milieu des années 1960. En 1966, 45 % des personnes de 15 ans et plus étaient des fumeurs (quotidiens ou occasionnels). Presque trois décennies plus tard, ce pourcentage a chuté à 31 %. D'après les résultats de l'ENSP, il y avait environ 6,9 millions de fumeurs de 15 ans et plus en 1994-1995.

La prévalence du tabagisme a diminué de façon plus marquée chez les hommes que chez les femmes (graphique 1). Par conséquent, l'écart entre la prévalence du tabagisme chez les hommes et chez les femmes s'est rétréci. En 1966, le taux du tabagisme observé chez les hommes dépassait de 22 points de pourcentage le taux observé chez les femmes. En 1994-1995, cet écart s'était réduit à 5 points de pourcentage.

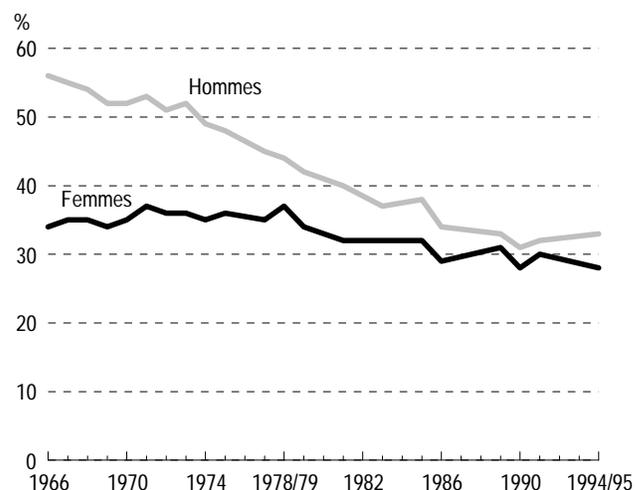
La prévalence du tabagisme chez les adolescents est, dans une certaine mesure un présage du taux futur de tabagisme. En 1990, la prévalence du tabagisme chez les 15 à 19 ans avait chuté à 21 %, le taux le plus faible enregistré pour ce groupe d'âge depuis 1966. L'année suivante, le taux a commencé à s'élever et avait atteint 28 % en 1994-1995. Le taux de tabagisme chez les adolescents a augmenté chez les deux sexes dans les années 1990, mais la tendance était légèrement plus marquée chez les femmes, ce qui a provoqué le renversement de la situation observée à la fin des années 1960 et au début des années 1970, alors que le taux de tabagisme chez les jeunes hommes dépassait le taux observé chez les jeunes femmes (graphique 2).

Plus de fumeurs au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard

En 1994-1995, la consommation quotidienne de cigarette était plus fréquente dans certaines provinces que dans d'autres. La quantité quotidienne de cigarette variait également quelque peu selon les provinces. Au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, un pourcentage élevé de la population fumait quotidiennement (graphique 3). En outre, les fumeurs avaient tendance à fumer un peu plus,

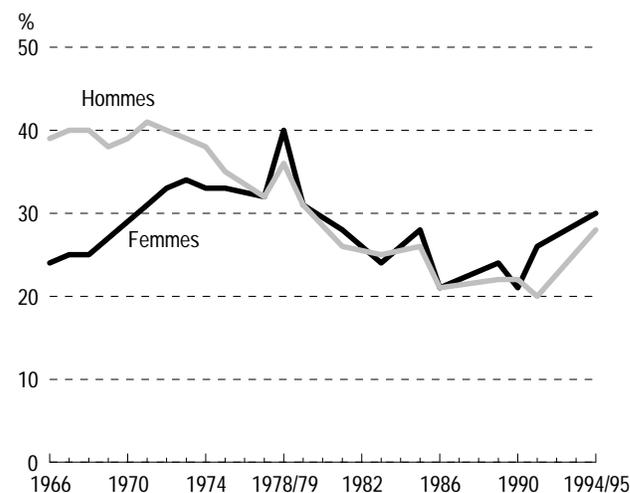
c'est-à-dire 20 cigarettes par jour en moyenne. À l'opposé, la prévalence du tabagisme en Colombie-Britannique était notablement plus faible et on y fumait aussi quotidiennement un nombre moyen de cigarettes moins élevé.

Graphique 1
Prévalence de l'usage actuel du tabac, selon le sexe, population de 15 ans et plus, provinces, 1966 à 1994-1995



Source des données : Différentes enquêtes (voir Méthodologie)

Graphique 2
Prévalence de l'usage actuel du tabac, selon le sexe, population de 15 à 19 ans, provinces, 1966 à 1994-1995



Source des données : Différentes enquêtes (voir Méthodologie)

Bien qu'il soit difficile d'interpréter les tendances des taux provinciaux de tabagisme, certaines d'entre elles sont évidentes. Depuis 1966, le taux de tabagisme au Québec a toujours été supérieur à la moyenne nationale et, la plupart du temps, a été le plus élevé de toutes les provinces. Le taux de tabagisme dans les provinces situées à l'ouest du Québec est généralement inférieur à la moyenne nationale. Et particulièrement en Colombie-Britannique où le taux de tabagisme depuis la fin des années 1970 est l'un des plus faibles au Canada. (Données non présentées.)

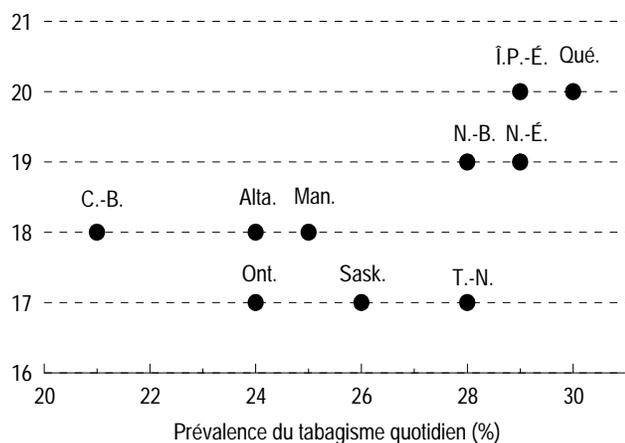
Près d'un Canadien sur quatre était un ex-fumeur quotidien

Les avantages qui découlent de l'abandon du tabagisme ont été abondamment documentés. Selon le Department of Health and Human Services des États-Unis, le risque pour une personne ayant cessé de fumer depuis un an d'être atteinte d'une maladie cardiaque chute de moitié par rapport au risque que court un fumeur¹³. Entre cinq et quinze ans après avoir cessé de fumer, le risque pour elle d'être atteinte d'un cancer du poumon diminue de presque la moitié et celui de mourir d'un cancer est similaire au risque que court une personne qui n'a jamais fumé.¹³

Graphique 3

Prévalence de l'usage quotidien du tabac et la quantité de cigarettes fumées par les fumeurs quotidiens de 15 ans et plus, provinces, 1994-1995

Nombre moyen de cigarettes par jour



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

En 1994-1995 près d'un Canadien sur quatre était un ex-fumeur quotidien. Le taux d'abandon, c'est-à-dire le nombre d'ex-fumeurs quotidiens en proportion du nombre total de personnes qui fument quotidiennement ou qui l'ont déjà fait, était alors de 47 %.

Environ 16 % des fumeurs ont déclaré qu'ils avaient récemment cessé de fumer (tableau 1). Le taux d'abandon récent était plus élevé chez les Canadiens de 65 ans et plus. Lors de l'ENSP de 1994-1995 l'on a demandé aux ex-fumeurs quotidiens leur âge quand ils ont cessé de fumer et non pas la date où ils l'avaient fait, c'est pourquoi les termes « récent » ou « récemment » renvoient à une différence d'âge, et non à une période de temps. Dans le présent article, les personnes ayant récemment cessé de fumer sont d'ex-fumeurs quotidiens qui ont déclaré qu'ils avaient cessé de fumer depuis un à cinq ans, c'est-à-dire que la différence entre leur âge au moment de leur entrevue et leur âge au moment où ils avaient cessé de fumer se situe entre un et cinq inclusivement (voir *Définitions*).

L'état de manque pour la plupart des ex-fumeurs

La plupart (55 %) des ex-fumeurs quotidiens ont indiqué leur motivation première avait été le souci de leur santé dans les années à venir. Cette conclusion est conforme aux résultats d'autres enquêtes. Les données de l'Enquête sur les habitudes de fumer de 1975 montrent que la plupart des fumeurs qui avaient réussi à cesser de fumer (62 % des hommes et 56 % des femmes) ont déclaré qu'ils ont renoncé à l'usage du tabac pour des raisons de santé¹⁴. De même, l'Enquête sur le tabagisme au Canada de 1994-1995 a révélé que la raison la plus souvent citée pour expliquer l'abandon du tabagisme était l'inquiétude au sujet de la santé dans les années à venir (32 %), suivie de l'inquiétude au sujet de la santé actuelle (25 %)¹⁵.

Le recours à des traitements qui contribuent à soulager les symptômes de l'abstinence, comme les timbres de nicotine ou la gomme à mâcher, n'était pas répandu chez les ex-fumeurs. La grande majorité d'entre eux (89 %), ont déclaré qu'ils avaient vécu un sévère état de manque. Cette conclusion est

encore une fois conforme à celles d'études précédentes. D'après l'Enquête sur les habitudes de fumer de 1975, 75 % des hommes n'avaient au recours à « aucune aide » lors de leurs tentatives d'abandon et 77 % des femmes qui en ont fait tout autant ont déclaré eu recours à « aucune aide » lors de leurs tentatives d'abandon¹⁴. Les données provenant de l'Enquête sur le tabagisme au Canada de 1994-1995 indiquent que 89 % de tous les ex-fumeurs ont déclaré qu'ils avaient vécu un sévère état de manque¹⁵. Un survol des études sur l'abandon du tabagisme a confirmé que plus de 80 % des gens qui ont réussi à cesser de fumer l'ont fait par eux-mêmes, sans l'aide d'aucun traitement officiel ou de programme spécial⁴.

Tableau 1
Taux d'abandon récent, selon le sexe et le groupe d'âge, fumeurs quotidiens et ex-fumeurs quotidiens de 15 ans et plus, provinces, en 1994-1995

	Ex-fumeurs récents†	Fumeurs quotidiens	Total	Taux d'abandon récent
	en milliers			%
Total	1 151	5 832	6 983	16
Terre-Neuve	28	117	145	20
Île-du-Prince-Édouard	6	31	37	15
Nouvelle-Écosse	31	208	239	13
Nouveau-Brunswick	35	162	197	18
Québec	307	1 762	2 069	15
Ontario	404	2 043	2 446	17
Manitoba	49	209	258	19
Saskatchewan	43	194	237	18
Alberta	102	510	613	17
Colombie-Britannique	145	596	741	20
Hommes	595	3 046	3 642	16
15-24	--	438	482	--
25-44	310	1 564	1 874	17
45-64	158	841	999	16
65+	84	202	286	29
Femmes	556	2 786	3 341	17
15-24	96	497	593	16
25-44	270	1 403	1 673	16
45-64	127	697	824	15
65+	62	189	251	25

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

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

† Les ex-fumeurs quotidiens qui ont récemment cessé de fumer.

-- Nombres infimes

Quatre fumeurs quotidiens sur dix ont essayé d'arrêter l'année précédant l'entrevue

Bien que les tentatives pour cesser de fumer ne soient pas toujours couronnées de succès, beaucoup de fumeurs signalent qu'ils ont essayé. Environ quatre fumeurs sur dix (41 %) — 2,4 millions — a déclaré

Définitions

Pour classer les fumeurs, on a posé lors de l'Enquête, les questions suivantes :

- Q1. « Actuellement, fumez-vous/fume-t-il/elle la cigarette quotidiennement, occasionnellement ou pas du tout? »
 Q2. « Avez-vous/a-t-il/elle jamais fumé la cigarette? »
 Q3. « Avez-vous/a-t-il/elle déjà fumé la cigarette quotidiennement? »

Les *fumeurs quotidiens* sont ceux qui ont répondu « quotidiennement » à la Q1.

Les *fumeurs occasionnels* sont ceux qui ont répondu « occasionnellement » à la Q1.

Les *fumeurs actuels* sont les fumeurs quotidiens et occasionnels.

Les *ex-fumeurs quotidiens* incluent ceux qui ont répondu « pas du tout » à la Q1, « oui » à la Q2 et « oui » à la Q3.

Pour analyser les récentes tentatives d'abandon du tabac et les réussites en découlant, de nouveaux concepts étaient nécessaires et ils reposaient sur les questions suivantes :

- Q4. « Avez-vous tenté de cesser de fumer au cours des douze derniers mois? »
 Q5. « À quel âge avez-vous cessé de fumer quotidiennement? »

Le *taux de tentatives pour cesser de fumer* correspond au nombre de fumeurs quotidiens qui ont répondu « oui » à la Q4, en proportion du nombre total de fumeurs quotidiens.

Les personnes qui ont récemment cessé de fumer incluent les ex-fumeurs quotidiens dont l'âge déclaré au moment de l'entrevue moins l'âge déclaré pour la Q5 égale un à cinq inclusivement. Parce que le taux de récurrence est élevé, on entend par abandon du tabac le fait d'avoir cessé de fumer depuis au moins un an.

Le *taux d'abandon récent* est le nombre de personnes qui ont récemment cessé de fumer en proportion du nombre total de fumeurs quotidiens et de ceux qui ont récemment cessé de fumer.

qu'il avait tenté, sans succès, de cesser de fumer au cours des 12 mois ayant précédé l'entrevue dans le cadre de l'ENSP (tableau 2).

Le taux de tentatives pour cesser de fumer était plus élevé chez les adolescents et chez les jeunes adultes que chez les fumeurs âgés. Il y avait aussi des différences selon le sexe : une plus grande proportion de jeunes fumeuses a déclaré avoir tenté de cesser de fumer l'année ayant précédé l'entrevue. À 25 ans et plus, les différences selon le sexe étaient moins notables.

Tableau 2
Taux de tentatives pour cesser de fumer, selon le sexe et le groupe d'âge, fumeurs quotidiens de 15 ans et plus, provinces, en 1994-1995

	Ont tenté de cesser de fumer†	Fumeurs quotidiens	Taux de tentatives pour cesser de fumer
		en milliers	%
Total	2 376	5 832	41
Terre-Neuve	48	117	41
Île-du-Prince-Édouard	13	31	42
Nouvelle-Écosse	95	208	46
Nouveau-Brunswick	67	162	41
Québec	626	1 762	36
Ontario	847	2 043	41
Manitoba	85	209	40
Saskatchewan	86	194	45
Alberta	223	510	44
Colombie-Britannique	286	596	48
Hommes	1 162	3 046	38
15-19	91	213	43
20-24	97	226	43
25-44	609	1 564	39
45-64	316	841	38
65+	51	202	25
Femmes	1 214	2 786	44
15-19	143	210	68
20-24	186	287	65
25-44	559	1 403	40
45-64	268	697	39
65+	57	189	30

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

Nota : Les données détaillées ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. On peut sous-estimer le taux de tentatives pour cesser de fumer au Québec et en Alberta à cause des non-réponses à la question supplémentaire au sujet de ces tentatives. On peut également sous-estimer pour la même raison ce taux chez les hommes de 20 à 24 ans et chez les femmes de 25 à 44 ans.

† Les fumeurs quotidiens qui ont déclaré avoir tenté de cesser de fumer durant les 12 mois ayant précédé leur entrevue.

Comme c'était le cas pour le taux d'abandon récent, c'est au Québec que le taux de tentatives était le plus faible alors que le plus élevé s'observait en Colombie-Britannique. Il est intéressant de noter que la Nouvelle-Écosse se classait au deuxième rang pour ce qui est du taux de tentatives pour cesser de fumer, alors qu'on y observe une forte prévalence du tabagisme et un faible taux abandon récent.

Mot de la fin

Le processus menant à l'abandon de la cigarette est assurément complexe. L'auteur de « The Stages of Change Model », par exemple, laisse entendre que le processus comporte cinq étapes : la réflexion préalable, la réflexion, la préparation, l'action et la persévérance⁴. Les données de l'ENSP indiquent que beaucoup de Canadiens ont franchi les quatre premières étapes et en sont actuellement à l'étape de la persévérance. En 1994-1995 près d'un Canadien sur quatre était un ex-fumeur quotidien. Beaucoup de fumeurs canadiens n'ont cependant pas encore réussi à cesser de fumer, mais ont tenté de le faire et en sont probablement aux étapes de la réflexion, de la préparation et/ou de l'action. Quatre fumeurs quotidiens sur dix ont déclaré en 1994-1995 qu'ils avaient tenté de cesser de fumer au cours des douze mois ayant précédé leur entrevue dans le cadre de l'ENSP.

Le présent article donne un aperçu des fumeurs qui ont réussi à cesser de fumer et de ceux qui ont tenté de le faire sans y réussir. Il ne traite cependant pas des nombreux facteurs qui ont une influence sur les décisions amenant les fumeurs à cesser de fumer et sur leurs chances de réussite. Une analyse des résultats de l'ENSP de 1994-1995 montre que la plupart des fumeurs se mettent à fumer à l'adolescence et que cela a une influence sur la quantité de cigarettes qu'ils fument et sur les chances qu'ils ont cesser de fumer plus tard au cours de leur vie (voir le prochain article dans ce numéro, *Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune?*).

Remerciements

Les auteurs remercient Marie Beaudet de son aide au niveau de la programmation.

Références

1. R. Peto, A.D. Lopez, J. Boerham et *al.*, «Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics», *The Lancet*, 339, 1992, p. 1268-1278.
2. L.F. Ellison, Y. Mao et L. Gibbons, «Projected smoking-attributable mortality in Canada, 1991-2000», *Maladies chroniques au Canada*, 16(2), 1995, p. 84-89.
3. Santé Canada, *La lutte contre le tabagisme : un plan directeur pour protéger la santé des Canadiennes et des Canadiens*, (n° H49-100/1995 au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, 1995.
4. L.L. Pedersen, J. Brock, J. McDonald, *Self-quitters and Those who Continue to Smoke: A Review of the Literature* (Ontario Tobacco Research Unit, Literature Review Series No. 6) Toronto: Ontario Tobacco Research Unit, 1996.
5. S. Hackland, D. Thornton et I. Rootman, *Usage du tabac au Canada, 1965-1974*, série de rapports techniques, numéro 1, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1976.
6. T. Stephens, *A Critical Review of Canadian Survey Data on Tobacco Use, Attitudes and Knowledge*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1988.
7. Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*, (n° 82-538F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, 1981.
8. Statistique Canada, *Santé et aide du milieu, 1985*, (n° 11-612 au catalogue, numéro 1) Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, 1987.
9. M. Eliany, N. Giesbrecht, M. Nelson et *al.*, *L'usage de l'alcool et des autres drogues par les Canadiens (1989)*, Rapport technique (Santé et Bien-être social Canada n° H39-251/1992F au catalogue) Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, Canada, 1992.
10. T. Stephens et D. Fowler-Graham, sous la direction, *Enquête promotion de la santé des Canadiens, 1990*, rapport technique, (Santé et Bien-être social Canada, n° H39-263/2-1990F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services, Canada, 1993.
11. Statistique Canada, *L'État de santé des canadiens : rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, (n° 11-612F au catalogue, numéro 8) Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
12. J.-L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p.29-38 (n° 82-003 au catalogue, Statistique Canada).
13. U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*, Rockville, Maryland, U.S. Department of Health and Human Services, 1990.
14. Santé et Bien-être social Canada, *L'usage du tabac au Canada* (Série de rapports techniques, n° 7), Ottawa Santé et Bien-être social Canada, 1997.
15. Santé Canada, *Starting and Quitting Smoking - November 1994* (Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 3, Liste de points saillants, n° 5) Ottawa, Santé Canada, 1995.

Annexe

Enquête sur les habitudes de fumer des Canadiens : 1966 à 1977, 1979, 1981, 1983

L'Enquête sur les habitudes de fumer des Canadiens (EHFC) a été menée chaque année entre 1966 et 1977 et aux deux ans entre 1977 et 1983. Elle était réalisée par Statistique Canada pour le compte du ministère de la Santé et du Bien-être social et effectuée sous forme de supplément à l'Enquête sur la population active de Statistique Canada.

Selon l'année de l'enquête, on interviewait dans le cadre de l'EHFC une population de 21 000 à 40 000 Canadiens de 15 ans et plus. Et était exclues la composante institutionnelle ainsi que les données relatives au Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest, celles concernant les personnes vivant dans les réserves indiennes et les membres des Forces armées. On recueillait des données surtout par entrevue téléphonique et on acceptait des réponses par procuration.

Une bonne partie des données de l'EHFC repose sur des déclarations par personne interposée, plutôt que sur des données autodéclarées. Il est impossible de dire quelle proportion des données provenait d'enquêtés substitués au cours des premières années de l'enquête, mais cette proportion était de 51 % en 1983. La proportion de déclarations par personne interposée était particulièrement élevée dans le cas des 15 à 19 ans. Certains parents qui répondaient à l'EHFC au nom de leurs enfants ne savaient peut-être pas si ces derniers fumaient. Cette enquête peut donc sous-estimer la prévalence de l'usage du tabac chez les adolescents.

Enquête santé Canada, 1978-1979

L'Enquête santé Canada (ESC) a été menée conjointement par Santé et Bien-être social Canada et par Statistique Canada. Et était exclues la composante institutionnelle ainsi que les données relatives au Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest et celles concernant les personnes vivant dans les réserves indiennes et les membres des Forces armées. On a recueilli des données sur l'usage du tabac à l'aide du Questionnaire sur les habitudes de vie et la santé, qui a été rempli par des personnes de 15 ans et plus. La taille totale de l'échantillon était de 20 726 personnes et le taux de réponse a été de 87 %.

Les graphiques présentés dans le présent article soulignent le fait que les données de l'ESC diffèrent beaucoup d'autres données sur le tabagisme recueillies aux environs de 1978-1979. Cette différence peut provenir en partie d'une sous-estimation de la prévalence du tabagisme due à l'utilisation de déclarations par procuration au cours de l'Enquête. Elle reflète peut-être aussi le fait qu'on demandait aux personnes de remplir eux-mêmes le questionnaire de l'ESC plutôt que d'effectuer l'entrevue au téléphone.

Enquête sociale générale (cycle 1), 1985

L'Enquête sociale générale (ESG) de Statistique Canada visait à recueillir de l'information sur la population canadienne excluant la composante institutionnelle ainsi que les données relatives au Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest. On sélectionnait des ménages selon le système d'appel aléatoire et on interviewait par téléphone des personnes de 15 à 64 ans. Les personnes de 65 ans et plus étaient interviewés sur place. La taille totale de l'échantillon était de 11 200 personnes. Le taux de réponse a été de 83 % pour les entrevues téléphoniques et de 87 % pour les entrevues sur place. On n'a pas accepté de déclaration par personne interposée.

Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, 1989

L'Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ENCAAD) a été menée par Statistique Canada au nom de Santé et Bien-être social Canada. Elle s'adressait à la population canadienne excluant la composante institutionnelle ainsi que les données relatives au Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest. Les données ont été recueillies par l'entremise d'entrevues téléphoniques auprès de 11 634 personnes de 15 ans et plus. Le taux de réponse a été de 79 %. On n'a pas accepté de déclaration par personne interposée.

Enquête sur la promotion de la santé, 1990

L'Enquête sur la promotion de la santé a été menée par Statistique Canada et a été parrainée par Santé et Bien-être social Canada. Elle s'adressait à la population canadienne excluant la composante institutionnelles ainsi que les données relatives au Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest. On a utilisé le système d'appel aléatoire pour sélectionner des ménages à partir desquels une sélection de 13 792 personnes de 15 ans et plus a été effectuée. Le taux de réponse a été de 78 %. On n'a pas accepté de déclaration par déclaration par personne interposée.

Enquête sociale générale (cycle 6), 1991

La population visée par l'ESG de 1991 se composait de Canadiens de 15 ans et plus des dix provinces, excluant la composante institutionnelle. On a utilisé le système d'appel aléatoire pour sélectionner 11 924 personnes qui incluait un suréchantillonnage de gens de 65 ans et plus. Le taux de réponse a été de 80 %. On n'a pas accepté de déclaration par personne interposée.

Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune?

Jiajian Chen et Wayne J. Millar

Résumé

Objectifs

Ce document analyse l'incidence chez les personnes de 21 à 39 ans, de l'initiation au tabac faite à un jeune âge sur la consommation de cigarettes et sur la probabilité de cesser de fumer.

Source des données

Les données proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) effectuée en 1994-1995 par Statistique Canada. Les résultats sont basées sur un échantillon de 3 449 personnes de 21 à 39 ans, choisies au hasard et qui fumaient ou avaient déjà fumé quotidiennement.

Techniques d'analyse

La régression logistique a été utilisée pour examiner la relation entre l'âge où l'on commence à fumer et la forte consommation de cigarettes (plus de 20 cigarettes par jour). Les techniques d'analyse de survie ont permis d'examiner la relation entre l'âge où l'on commence à fumer et l'abandon de la cigarette chez les hommes et les femmes. Grâce aux modèles de risques proportionnels de Cox, on a vérifié l'influence que pouvaient avoir certains facteurs, comme l'éducation, le revenu du ménage, la dépression, la tension chronique, l'estime de soi et la quantité de cigarettes fumées.

Résultats principaux

L'analyse a révélé que, chez les 21 à 39 ans, l'initiation au tabac en début d'adolescence implique le fait de fumer davantage de cigarettes par jour et le fait que la probabilité cumulée de cesser de fumer soit moins grande.

Mots-clés

Tabagisme, comportement des adolescents, âge où l'on commence à fumer, dépression, stress psychologique.

Auteurs

Jiajian Chen (613) 951-5059 et Wayne J. Millar (613) 951-1631 travaillent à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6.

Il est depuis longtemps reconnu que l'usage du tabac est un problème de santé publique important et la cause de décès que l'on pourrait le plus facilement éviter¹⁻⁸. L'abandon de la cigarette a des effets bénéfiques sur la santé qui sont presque immédiats^{9,10}. Les facteurs associés à l'initiation au tabac et à l'abandon de la cigarette ont donc des conséquences importantes sur la santé publique.

Des recherches antérieures ont montré que plus on commence à fumer tôt tous les jours, plus on est susceptible de fumer un plus grand nombre de cigarettes et moins il est probable qu'on cesse un jour de fumer¹¹⁻¹³. S'appuyant sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, cet article révèle aussi qu'il existe une association entre l'âge de l'initiation au tabac et la dépendance à la cigarette chez les 21 à 39 ans. On y mesure l'accoutumance au tabac en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour et de la probabilité de cesser de fumer (voir *Méthodologies 1 et 2*).

Méthodologie 1

Source des données

Cette analyse se fonde sur la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) effectuée en 1994-1995 par Statistique Canada dans les 10 provinces. Un volet institutionnel de l'Enquête, soit les résidents de lits de soins de longue durée des hôpitaux et des établissements de soins pour bénéficiaires internes a été exclu de l'analyse, tout comme l'ont été les données relatives au Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest.

L'échantillon provincial de l'ENSP 1994-1995, excluant la composante institutionnelle, comprenait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer. Après un tri de sélection, 20 725 ménages étaient toujours dans le champ d'enquête.

Une personne bien informée de chaque ménage participant a fourni des renseignements généraux sur les caractéristiques socio-démographiques et la santé de chacun des membres du ménage. Au total, des données se rapportant à 58 439 personnes ont été recueillies. Cette base de données constitue le Fichier général.

De plus, une personne a été choisie au hasard dans chacun des 20 725 ménages participants afin de fournir des renseignements détaillés sur sa propre santé. Dans 18 342 de ces ménages, la personne choisie était âgée de 12 ans ou plus. Le taux de réponse aux questions détaillées sur la santé chez les personnes de 12 ans ou plus a atteint 96,1 %, ce qui représente 17 626 personnes. La base de données ainsi constituée, le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé ainsi que les données du Fichier général ayant rapport à ces personnes. Dans les autres ménages participants, au nombre de 2 383, les personnes choisies au hasard étaient âgées de moins de 12 ans. (Les renseignements détaillés sur la santé de ces personnes ont été recueillis dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1994-1995.) Des rapports déjà publiés présentent une description plus détaillée de la conception de l'enquête, de l'échantillon et des techniques d'interview¹⁴.

Pour réduire le biais dû à des renseignements incomplets sur les groupes plus jeunes, la sélection due à une mortalité liée à la consommation de tabac et à des oublis chez les plus âgés, l'étude n'a porté que sur les personnes de 21 à 39 ans. En limitant l'analyse à ce groupe d'âge assez restreint, il se peut qu'on ait également réduit les différences entre les cohortes de naissance pour ce qui est de l'usage du tabac, des attitudes sociétales liées au fait qu'il est acceptable de fumer et du type de cigarettes fumées^{13,15}. L'échantillon était composé de 3 449 personnes (Annexe, tableau A).

On a demandé aux personnes interrogées quel était actuellement leur statut face au tabagisme : *Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais ?* On a demandé à ceux qui fumaient tous les jours à quel âge ils avaient commencé à fumer. On a également demandé à ceux qui fument régulièrement aujourd'hui combien de cigarettes ils fument par jour.

On a posé la question suivante aux personnes qui ne fumaient pas régulièrement chaque jour : *Avez-vous déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque ?* À ceux qui ont répondu «oui» : *Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours ?* S'ils répondaient affirmativement, on leur demandait : *À quel âge avez-vous commencé à fumer tous les jours et combien de cigarettes fumiez-vous habituellement chaque jour ?*

Aux personnes qui fumaient autrefois tous les jours, on a posé la question suivante : *À quel âge avez-vous cessé de fumer tous les jours ?* On a utilisé l'âge où elles ont commencé à fumer tous les jours et celui où elles ont cessé de fumer pour établir le nombre d'années durant lesquelles elles avaient fumé chaque jour. Comme le taux de récurrence est élevé l'année où l'on cesse de fumer, on a établi qu'un fumeur avait cessé de fumer quand il n'avait pas consommé de cigarettes pendant au moins un an^{13,15,16}.

Les fumeurs qui consommaient plus de 20 cigarettes par jour ont été considérés comme de grands fumeurs. L'analyse de la forte consommation de tabac se limite aux personnes qui fument actuellement tous les jours alors que l'analyse de l'abandon de la cigarette comporte également les personnes qui autrefois fumaient tous les jours.

Pour les besoins de cette analyse, les années d'études terminées se divisent en trois catégories : études secondaires non terminées, études secondaires terminées ou études post-secondaires non terminées, et études collégiales ou universitaires terminées.

Le revenu des ménages est réparti en quintiles, en se fondant sur la taille du ménage. Les deux quintiles les plus bas ont été regroupés pour former le groupe considéré comme ayant un revenu insuffisant.

Dans le cadre de l'ENSP, on a recueilli des renseignements sur la santé mentale et sur la santé physique. On a incorporé trois variables psychologiques, soit la tension chronique, l'estime de soi et la dépression (voir *Variables psychologiques*).

L'analyse tient compte de la possibilité qu'interviennent certains facteurs de confusion : le niveau de scolarité, le revenu du ménage et la présence de dépression, de tension chronique et d'une faible estime de soi.

La majorité des fumeurs commencent à l'adolescence

La majorité des fumeurs commencent à fumer quotidiennement à l'adolescence. En 1994-1995, 16 % des personnes âgées de 21 à 39 ans qui à un moment donné, fumaient quotidiennement, ont déclaré qu'elles avaient commencé à le faire à l'âge de 13 ans ou moins; 55 % entre 14 et 17 ans et 15 % à 18 ou 19 ans. Seulement 14 % d'entre elles ont commencé à fumer quotidiennement à l'âge de 20 ans ou plus.

Gros fumeurs

Le fait de commencer à fumer tôt est associé à la forte consommation de tabac plus tard dans la vie, c'est-à-dire, plus de 20 cigarettes par jour (tableau 1). La cote exprimant le risque de devenir un gros fumeur est beaucoup plus élevée pour les personnes qui ont commencé à fumer au début de l'adolescence que pour celles qui ont commencé à fumer à l'âge de 20 ans ou plus.

Un certain nombre d'autres facteurs sont associés à la forte consommation de tabac. Par exemple, la cote exprimant le risque est plus élevée pour les hommes que pour les femmes. Le niveau de scolarité est également important; les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires ont une cote exprimant le risque plus élevée de devenir des gros fumeurs que celles qui ont terminé leurs études collégiales ou universitaires.

En revanche, si la tension chronique est liée de façon significative à la forte consommation de tabac, un épisode dépressif au cours de l'année précédente et une faible estime de soi ne le sont pas.

Cesser de fumer

Il existait également une forte association entre la consommation quotidienne de cigarettes au début de l'adolescence et la faible probabilité de cesser de fumer. Par exemple, seulement 18 % des fumeurs

qui ont commencé à fumer à l'âge de 13 ans ou moins ont cessé de le faire dans les dix années qui ont suivi, comparativement à 42 % de ceux qui ont commencé à fumer à l'âge de 20 ans ou plus (tableau 2). Ces résultats sont semblables à ceux d'une étude locale effectuée aux États-Unis¹³.

Le fait de commencer plus tard à fumer quotidiennement augmente la probabilité cumulée de cesser de fumer chez les deux sexes, malgré certaines différences. Chez les hommes qui ont commencé à fumer quotidiennement alors qu'ils avaient moins de 20 ans, la probabilité de cesser de

Tableau 1
Rapports de cotes des gros fumeurs[†] de 21 à 39 ans qui fument actuellement chaque jour, provinces, 1994-1995

Variable indépendante	Rapport des cotes	Intervalle de confiance 95 %
Âge où on a commencé à fumer		
13 ans ou moins	2,47*	1,65, 3,70
14-17	2,33*	1,63, 3,32
18-19	1,13	,73, 1,75
20-39 ans [‡]	1,00	...
Sexe		
Hommes	1,98*	1,62, 2,41
Femmes [‡]	1,00	...
Études		
Études secondaires non terminées	1,53*	1,16, 2,02
Études secondaires terminées ou études post-secondaires non terminées	1,06	,84, 1,35
Études collégiales ou universitaires terminées [‡]	1,00	...
Épisode dépressif majeur[§]		
Oui	1,30	,93, 1,80
Non [‡]	1,00	...
Fort tension chronique		
Oui	1,28*	1,04, 1,58
Non [‡]	1,00	...
Faible estime de soi		
Oui	,86	,65, 1,15
Non [‡]	1,00	...

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

Nota : L'analyse est fondée sur 2 088 personnes, qui ont fourni des renseignements au sujet de toutes les variables.

[†] Plus de 20 cigarettes par jour

[‡] Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport des cotes est toujours de 1,00.

[§] Au cours des 12 mois précédant l'entrevue dans le cadre de l'ENSP. Malgré l'association positive entre l'épisode dépressif majeur et l'estime de soi, les résultats de l'analyse sont semblables à ceux que l'on présente ici lorsque l'on ne tient pas compte de l'une ou l'autre de ces variables.

... N'ayant pas lieu de figurer

* $p < 0,05$

fumer est assez faible et varie peu selon l'âge d'initiation (graphique 1). Chez les femmes, la probabilité de cesser de fumer est à son plus bas pour celles qui ont commencé à fumer à l'âge de 13 ans ou moins. Les femmes qui ont commencé à fumer à 18 ou 19 ans, la probabilité de cesser de fumer est sensiblement la même que chez les femmes qui ont commencé à fumer à 20 ans ou plus.

Même chez ceux qui fument moins de 20 cigarettes par jour, le fait de commencer à fumer à un jeune âge est associé à une probabilité moins grande de cesser de fumer (données non présentées).

L'association entre l'âge où l'on commence à fumer et l'âge où l'on cesse de le faire perdure, même après qu'on ait vérifié l'intervention possible de certains facteurs, comme le niveau de scolarité, le revenu et état psychologique (tableau 3). Chez les femmes, la probabilité de cesser de fumer est

Méthodologie 2

Techniques d'analyse

La régression logistique a permis d'évaluer si la probabilité de fumer plus de 20 cigarettes par jour était liée à l'âge où l'on avait commencé à fumer, et on a donc fait le redressement en tenant compte du fait que d'autres facteurs ont pu intervenir. Nous avons pour cela eu recours à la technique LOGISTIQUE du SAS¹⁷. Pour éviter le biais dans l'estimation des coefficients de régression logistique et obtenir moins d'erreurs-types biaisées, on a pondéré l'échantillon à l'aide de poids d'échantillonnage ramenés à la moyenne 1.

Pour mesurer l'association entre l'âge où l'on commence à fumer et l'âge où l'on cesse de le faire, on a utilisé la table de survie produit-limite (Kaplan-Meier) pour évaluer dans quelle mesure la probabilité qu'on cesse de fumer dépend du temps écoulé depuis qu'on a commencé à fumer tous les jours. L'abandon de la cigarette a été considéré comme un événement unique dans la vie d'un individu, comme le décès. On a effectué l'analyse de données à l'aide de la technique LIFETEST du SAS¹⁷. La fonction de survie $S(t)$ a été calculée en fonction de la proportion des personnes de la cohorte qui n'ont pas cessé de fumer après t années d'usage du tabac. Le complément de la fonction de survie, $1-S(t)$, correspond à la probabilité cumulée qu'on ait cessé de fumer au moment t . Les personnes qui fumaient toujours au moment de l'enquête ou qui avaient cessé de fumer (tous les jours) depuis moins d'un an ont été traitées comme éléments tronqués, c'est-à-dire qu'on les a conservés dans l'analyse sous la catégorie «résultats inconnus», ce qu'on appelle en statistique une observation tronquée.

On s'est servi du modèle de risques proportionnels de Cox pour modéliser la probabilité de cesser de fumer en fonction de l'âge où l'on commence à fumer. Les autres variables du modèle sont le niveau de scolarité, le revenu du ménage, l'épisode dépressif majeur, la tension chronique, la faible estime de soi et le nombre de cigarettes fumées par jour¹⁸. Étant donné la différence de comportement entre les hommes et les femmes qui font usage du tabac, on a utilisé des modèles distincts pour chaque sexe. L'analyse des données a été effectuée à l'aide de la technique PHREG du SAS¹⁷.

Pour effectuer l'analyse de régression proportionnelle de Cox, il est impossible de ramener à la moyenne 1 les poids de l'échantillon en utilisant la technique PHREG du SAS¹⁷ parce que celle-ci exclut toutes les observations ayant un poids inférieur à 1.

Les erreurs-types calculées à partir des poids d'échantillonnage originaux sont généralement trop petites. Par conséquent, pour obtenir une estimation moins biaisée de l'erreur-type du coefficient de régression, on a multiplié, par un facteur d'extrapolation, l'erreur-type obtenue en rajustant le modèle à l'aide des poids originaux. On a établi que le facteur d'extrapolation correspondait à la racine carrée du rapport entre la taille de la population estimée et la taille de l'échantillon. Ces erreurs-types rajustées ont été utilisées pour calculer les intervalles de confiance¹⁹. Cette technique de rajustement ne tient pas compte d'autres aspects de la conception de l'enquête. Par conséquent, on devrait user de prudence lors de l'interprétation des résultats.

Limites

Sauf pour l'âge où l'on a commencé à fumer, les variables utilisées dans le modèle renvoient aux caractéristiques des personnes interrogées au moment de l'interview. Ces caractéristiques, en particulier psychologiques ont pu différer entre le moment où les personnes ont commencé à fumer et celui où elles ont cessé de le faire. En particulier dans le cas des personnes qui ne fument plus, ces mesures peuvent ne pas rendre compte de leur état de santé mentale à l'époque où elles fumaient.

L'ENSP ne permet pas de déterminer l'âge exact où une personne a commencé à fumer quotidiennement. Il faut parfois plusieurs années pour passer du stade expérimental au stade de la consommation régulière et il peut se produire des changements, la personne pouvant passer de l'expérimentation à l'abandon de la cigarette, à l'usage occasionnel de tabac et à la consommation quotidienne. De plus, ces données se fondent sur ce dont se souviennent les personnes interrogées, et peuvent donc être erronées.

beaucoup plus grande pour celles qui ont commencé à fumer à des âges successivement plus avancés que chez celles qui ont commencé à fumer à 13 ans ou moins. Chez les hommes cependant, cette association est significative seulement pour ceux qui ont commencé à fumer à 20 ans ou plus.

Quand on a divisé la population à l'étude en deux tranches d'âge (les 21 à 29 ans et les 30 à 39 ans), l'influence de l'âge où l'on a commencé à fumer sur l'abandon du tabac était toujours significative (données non présentées).

Scolarité, dépression et tension associées à l'abandon de la cigarette

Chez les hommes comme chez les femmes, on a observé une relation également significative entre le niveau de scolarité et la décision de cesser de fumer. Comparativement aux fumeurs qui n'ont pas

Tableau 2
Probabilité cumulée d'avoir cessé de fumer selon l'âge où l'on commence à le faire et la durée de l'usage quotidien du tabac des 21 à 39 ans qui ont déjà fumé quotidiennement, provinces, 1994-1995

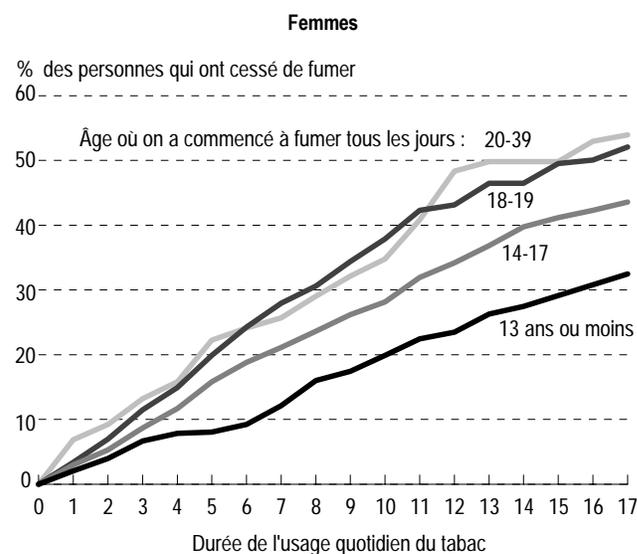
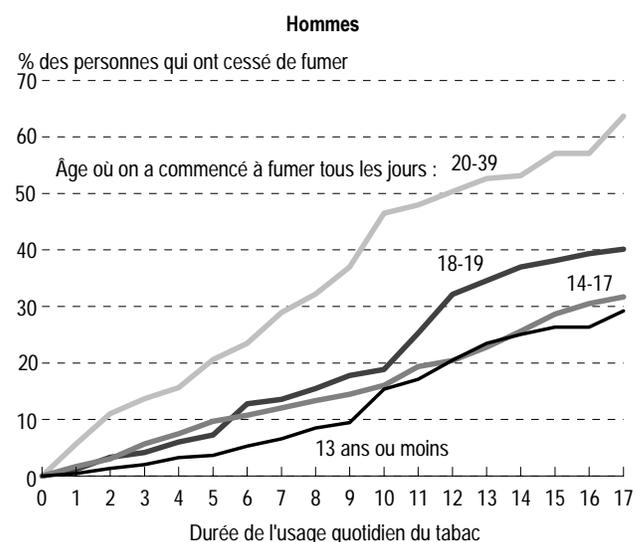
Durée de l'usage quotidien du tabac (années) [†]	Âge où on a commencé à fumer			
	13 ans ou moins	14-17	18-19	20-39
	Probabilité d'avoir cessé de fumer			
1	,01	,02	,02	,06
2	,03	,04	,05	,10
3	,04	,07	,08	,13
4	,06	,10	,10	,16
5	,06	,13	,13	,21
6	,07	,15	,18	,24
7	,09	,17	,20	,28
8	,12	,19	,23	,31
9	,14	,21	,26	,35
10	,18	,22	,28	,42
11	,20	,26	,33	,45
12	,22	,28	,38	,49
13	,25	,30	,40	,51
14	,26	,33	,42	,52
15	,28	,35	,44	,54
16	,29	,37	,45	,55
17	,31	,38	,46	,58

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

† Pour les personnes qui ont cessé de fumer, la durée renvoie à la période s'étendant de l'âge où on a commencé à fumer à l'âge auquel on a cessé.

terminé leur études secondaires, ceux qui ont terminé des études post-secondaires sont plus susceptibles d'avoir cessé de fumer. Chez les femmes, la probabilité de cesser de fumer est également beaucoup plus grande pour celles qui ont obtenu un diplôme d'études secondaires.

Graphique 1
Probabilité cumulée d'avoir cessé de fumer, selon le sexe et l'âge où l'on commence à fumer et la durée de l'usage quotidien du tabac, population de 21 à 39 ans qui ont déjà fumé quotidiennement, provinces, 1994-1995



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

† Pour les personnes qui ont cessé de fumer, la durée renvoie à la période s'étendant de l'âge où on a commencé à fumer à l'âge auquel on a cessé.

Variables psychologiques

Dans le cadre de l'ENSP, on détermine si une personne a vécu un *épisode dépressif majeur* au moyen d'un sous-ensemble de questions tirées du Composite international Diagnostic Interview²⁰⁻²¹. Ces questions portent sur un ensemble de symptômes d'un épisode dépressif qui sont énumérés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III-R)*²². Les personnes qui ont déclaré s'être senties tristes, mélancoliques ou déprimées, ou avoir perdu intérêt dans la plupart des choses qu'elles aiment d'habitude, pendant au moins deux semaines au cours des 12 derniers mois, ont répondu à une série de questions au sujet de cette période :

1. Pendant cette période, combien de temps en général ces sentiments dureraient-ils? (Toute la journée; presque toute la journée; environ la moitié de la journée; moins de la moitié de la journée)
2. Combien de fois avez-vous éprouvé ces sentiments pendant les deux semaines? (Tous les jours; presque tous les jours; moins souvent)
3. Pendant ces deux semaines, avez-vous perdu tout intérêt dans ce qui vous entoure? (Oui; Non)
4. Éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie? (Oui; Non)
5. Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé le même poids? (Pris du poids; perdu du poids; gardé le même poids; suivait un régime)
6. Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous pris ou perdus?
7. Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil? (Oui; Non)
8. Combien de fois cela s'est-il produit? (Chaque nuit; presque chaque nuit; moins souvent)
9. Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer? (Oui; Non)
10. Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez-vous éprouvé de tels sentiments? (Oui; Non)
11. Avez-vous songé à la mort, soit à la vôtre, à celle d'une autre personne ou à la mort en général? (Oui; Non)

On a attribué la valeur 1 à toutes les réponses «oui» aux questions de type «oui/non». Pour ce qui est de la question sur le poids, on a attribué la cote 1 pour une variation de poids d'au moins 10 livres (4,5 kilogrammes). Pour ce qui est de la question sur le sommeil, on a accordé la valeur 1 aux personnes qui avaient eu du mal à s'endormir tous les soirs ou presque tous les soirs. Après avoir coté les réponses, on a transformé les réponses en une estimation

de la probabilité de poser le diagnostic d'un épisode dépressif majeur. Pour les besoins de cet article, on a considéré que la personne avait eu un épisode dépressif majeur quand l'estimation était égale ou supérieure à 0,9, ce qui correspond à une probabilité de 90 % que soit posé le diagnostic d'un épisode dépressif majeur. Pour obtenir une probabilité de 0,9, les personnes devaient obtenir une cote égale ou supérieure à 5.

Pour mesurer la *tension chronique*, on a lu aux personnes participant à l'enquête 11 énoncés et on leur a demandé de dire s'il étaient vrais ou faux²⁰. On a attribué la cote 1 aux réponses « vraies » et établi qu'un total de 4 points ou plus indiquait un état de forte tension chronique. Les énoncés étaient les suivants :

1. Vous tentez d'entreprendre trop de choses en même temps.
2. Vous ressentez trop de pression pour être comme les autres.
3. Les autres s'attendent à trop de votre part.
4. Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.
5. Votre travail à la maison n'est pas apprécié.
6. Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.
7. Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas.
8. L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué
9. Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.
10. Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.
11. Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.

L'estime de soi indique dans quelle mesure une personne a une «image positive» d'elle-même²³. Au moyen d'une échelle à cinq points, variant de «entièrement en désaccord»(cote 0) à «entièrement d'accord» (cote 4), les personnes ont indiqué ce qu'elles pensaient des six énoncés suivants. On a établi qu'un total inférieur à 18 était un indice de faible estime de soi.

1. Vous estimez que vous avez un certain nombre de qualités.
2. Vous estimez qu'en tant que personne, vous valez autant que les autres.
3. Vous pouvez faire les choses aussi bien que la plupart des autres personnes.
4. Vous avez une attitude positive face à vous-même.
5. Dans l'ensemble, vous êtes satisfait(e) de vous-même.
6. Tout compte fait, vous avez tendance à vous considérer comme un(e) raté(e). (Cotation inversée)

Des recherches antérieures ont montré que les personnes qui ont connu un épisode dépressif à un moment ou à un autre de leur vie sont plus susceptibles de fumer^{16,24-28}. Par contre, les tentatives de cesser de fumer peuvent conduire à la manifestation de symptômes de dépression chez certains fumeurs²⁵. Deux variables psychologiques, l'état dépressif et la tension chronique, ont une relation significative avec la probabilité peu élevée de cesser de fumer, chez les femmes seulement. En effet, les femmes qui ont déclaré avoir connu un épisode dépressif majeur l'année précédente et celles chez qui la tension chronique est élevée, sont moins

susceptibles d'avoir cessé de fumer. L'absence de relation significative entre cesser de fumer et l'estime de soi peut être due à la forte association entre l'état dépressif et l'estime de soi.

Certains autres facteurs sont aussi associés à l'abandon de la cigarette pour un sexe mais non pour l'autre dans l'analyse multidimensionnelle. Par exemple, la relation entre le revenu du ménage et la décision de cesser de fumer n'est significative que pour les femmes. Les femmes qui font partie des ménages se situant dans les deux quintiles de revenus les plus élevés sont plus susceptibles d'avoir cessé de fumer que celles qui se situent dans le quintile le

Tableau 3

Rapport des risques d'avoir cessé de fumer, hommes et femmes de 21 à 39 ans qui ont déjà fumé quotidiennement, provinces, 1994-1995

	Hommes		Femmes	
	Rapport des risques	Intervalle de confiance 95 %	Rapport des risques	Intervalle de confiance 95 %
Âge où on a commencé à fumer				
13 ans ou moins†	1,00	...	1,00	...
14-17	1,04	,80, 1,36	1,28*	1,03, 1,59
18-19	1,25	,90, 1,73	1,48*	1,12, 1,95
20-39	2,49*	1,80, 3,44	1,55*	1,14, 2,09
Études				
Études secondaires non terminées†	1,00	...	1,00	...
Études secondaires terminées ou études post-secondaires non terminées	1,19	,91, 1,57	1,63*	1,27, 2,09
Études collégiales ou universitaires terminées	1,56*	1,18, 2,07	2,14*	1,65, 2,77
Revenu du ménage				
Quintiles 1,2 (inadéquat)†	1,00	...	1,00	...
Quintile 3	1,16	,87, 1,56	1,07	,84, 1,35
Quintile 4	1,17	,88, 1,56	1,30*	1,04, 1,62
Quintile 5 (élevé)	1,34	,96, 1,87	1,73*	1,32, 2,25
Épisode dépressif majeur‡				
Oui	,52	,27, 1,00	,51*	,36, ,72
Non†	1,00	...	1,00	...
Forte tension chronique				
Oui	,80	,64, 1,00	,65*	,55, ,78
Non†	1,00	...	1,00	...
Faible estime de soi				
Oui	,95	,68, 1,32	,90	,71, 1,16
Non†	1,00	...	1,00	...
Fumait plus de 20 cigarettes par jour				
Oui	,62*	,51, ,76	,85	,70, 1,02
Non†	1,00	...	1,00	...

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

Nota : L'analyse est fondée sur 1 415 hommes et 1 808 femmes ayant fournis des renseignements au sujet de toutes les variables.

† Renvoie à la catégorie de référence, pour laquelle le rapport des risques est toujours de 1,00.

‡ Au cours des 12 mois précédant l'entrevue dans le cadre de l'ENSP.

... N'ayant pas lieu de figurer

* $p < 0,05$

plus bas. Par contre, le nombre de cigarettes fumées ne réduit fortement la probabilité de cesser de fumer que pour les hommes. Les femmes qui fument beaucoup ne sont pas beaucoup moins susceptibles de cesser de fumer. Cette situation peut être attribuable au fait que les femmes ont tendance à fumer des cigarettes à faible teneur en goudron/nicotine^{29,30}.

Conséquences

L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 a révélé que la majorité des fumeurs commencent à fumer à l'adolescence, ce qui influe sur la quantité de tabac qu'ils fument et leurs chances de cesser de fumer plus tard. D'autres recherches ont donné des résultats semblables^{12,13,15}. Par conséquent, bien qu'il soit, somme toute, préférable de ne jamais commencer à fumer, le fait de repousser, même de quelques années, l'initiation à la cigarette peut avoir des effets salutaires sur la santé tant des individus que du grand public.

Il est important de se demander pourquoi ce délai influe tant la capacité de cesser de fumer. Il se peut que la dépendance physique à la nicotine soit plus grande lorsqu'on commence à fumer jeune. Il se peut aussi que les facteurs psychologiques et/ou sociaux favorisant la dépendance soient plus forts quand on commence à fumer à un jeune âge.

Cette question a pris de l'importance avec l'augmentation récente du tabagisme chez les adolescents. En 1990, 21 % des jeunes de 15 à 19 ans fumaient alors qu'en 1994-1995, ce pourcentage a augmenté à 28 %³¹. Pour la même période, la consommation de tabac a diminué pour les autres groupes d'âge.

L'âge où l'on commence à fumer peut être un indicateur pour les variables qui n'ont pas été examinées dans cette analyse. Commencer à fumer tôt peut s'expliquer par l'influence familiale³². Les études montrent qu'il y a un lien direct entre, d'une part, le tabagisme des enfants, le nombre total de cigarettes qu'ils fument et la teneur en goudron/nicotine des cigarettes qu'ils achètent et, d'autre part, le tabagisme des adultes du ménage^{33,34}. Par leur comportement, les adultes transmettent parfois aux

enfants des messages sur les risques pour la santé et les motivations associées à l'usage du tabac.

De même, la persistance au cours des années de l'habitude de fumer peut indiquer un soutien social plus grand, non seulement à la maison mais aussi au travail. Commencer à fumer tôt peut indiquer un statut socio-économique peu élevé. Mais ces fumeurs peuvent aussi appartenir à des groupes professionnels travaillant dans des milieux de travail où il y a peu de restrictions sur l'usage du tabac³⁵.

La prévention du tabagisme chez les adolescents et l'encouragement des fumeurs à cesser de fumer sont les principaux objectifs des programmes de lutte contre l'usage du tabac au Canada³⁶. On reconnaît de plus en plus que les initiatives anti-tabac seules ont peu de chances de succès et on a adopté des approches multidimensionnelles^{37,38}. Par exemple, on a réduit l'accès aux cigarettes en interdisant la vente des produits du tabac dans les distributrices et en limitant la vente de ces produits aux personnes de plus de 19 ans. Les restrictions sur la publicité des cigarettes, l'augmentation des taxes sur la vente et les règlements sur l'usage du tabac dans les endroits publics transmettent le message que le tabagisme n'est pas souhaitable³⁹. Les données de l'ENSP indiquent aussi que l'inclusion de renseignements sur la gestion du stress et de la dépression dans les programmes de prévention de l'usage du tabac peut contribuer de façon importante à ces programmes.

Parmi les principes qui sous-tendent les efforts qui visent actuellement à réduire l'usage du tabac chez les adolescents, on compte, entre autres choses, l'idée que l'on doit concentrer la prévention sur les moments stratégiques du continuum où s'inscrit la consommation de tabac. Les données de l'ENSP révèlent que le début de l'adolescence correspond à l'un de ces moments et que le fait de retarder, même de quelques années, l'initiation au tabac pourrait avoir des effets positifs à longue échéance.

Références

1. U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Smoking: Cancer. A Report of the Surgeon General*, Washington, D.C., Imprimerie du gouvernement des États-Unis, 1982 (DHHS, n° 82-50179 au catalogue).
2. U.S. Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Smoking: Cardiovascular Disease. A Report of the Surgeon General*, Washington, D.C., Imprimerie du gouvernement des États-Unis, 1983 (DHHS n° 84-5020 au catalogue).
3. U.S. Department of Health and Human Services, *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*, Rockville, Maryland, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1989 (DHHS n° 89-8411 au catalogue).
4. D. Rush, «Respiratory symptoms in a group of American secondary school students: The overwhelming association with cigarette smoking», *International Journal of Epidemiology*, 3(2), 1974, p. 153-165.
5. A. Charlton, «Children's coughs related to parental smoking», *British Medical Journal*, 288(6431), 1984, p. 1647-1649.
6. A.J. Woolcock, J.K. Peak, S.R. Leeder et al., «The development of lung function in Sydney children: Effects of respiratory illness and smoking. A ten-year study», *European Journal of Respiratory Diseases*, 65(132 Suppl), 1984, p. 1-97.
7. F.W. Oechsli, C.C. Seltzer et B.J. Van den Berg, «Adolescent smoking and early respiratory disease: A longitudinal analysis», *Annals of Allergy*, 59(2), 1987, p. 135-140.
8. I.B. Tager, A. Munoz, B. Rosner et al., «Effect of cigarette smoking on the pulmonary function of children and adolescents», *American Review of Respiratory Disease*, 131(5), 1985, p. 752-759.
9. G. Omenn, K.W. Anderson, R.A. Kronmal et al., «The temporal pattern of reduction of mortality risk after smoking cessation», *American Journal of Preventive Medicine*, 6(5), 1990, p. 251-257.
10. B. Hermanson, G.S. Omenn, R.A. Kronmal et al., «Beneficial six-year survival outcomes from smoking cessation in older men and women with coronary artery disease: Results from the CASS registry», *New England Journal of Medicine*, 319(21), 1988, p. 1365-1369.
11. E. Taioli et E.L. Wynder, «Effect of age at which smoking begins on frequency of smoking in adulthood», *New England Journal of Medicine*, 325(13), 1991, p. 968-969.
12. N. Breslau, N. Fenn et E.L. Peterson, «Early smoking initiation and nicotine dependence in a cohort of young adults», *Drug and Alcohol Dependence*, 33(2), 1993, p. 129-137.
13. N. Breslau et E.L. Peterson, «Smoking cessation in young adults: Age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences», *American Journal of Public Health*, 86(2), 1996, p. 214-220.
14. J.-L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
15. R.B. Coombs, S. Li et L.T. Kozlowski, «Age interacts with heaviness of smoking in predicting success in cessation of smoking», *American Journal of Epidemiology*, 135(3), 1992, p. 240-246.
16. R.F. Anda, D.F. Williamson, L.G. Escobedo et al., «Depression and the dynamics of smoking. A national perspective», *Journal of the American Medical Association*, 264(12), 1990, p. 1541-1545.
17. SAS Institute Inc. The Lifetest Procedure. Dans : *SAS/STAT User's Guide. Version 6, Fourth Edition, Volume 2*. Cary, North Carolina: SAS Institute Inc., 1989.
18. D.W. Hosmer et S. Lemeshow, *Applied Logistic Regression*, New York, John Wiley & Sons, 1989.
19. J.Z. Zhao, F. Rajulton et Z.R. Ravanera, «Leaving parental homes in Canada: Effects of family structure, gender, and culture», *Canadian Journal of Sociology*, 20(1), 1995, p. 31-50.
20. M.P. Beaudet, «Dépression», *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 11-25 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
21. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao et al., «Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey», *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8-19.
22. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e édition révisée, Washington D.C., American Psychiatric Association, 1987.
23. M. Rosenberg, *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1965.
24. T.J. Abernathy, L. Massad et L. Romano-Dwyer, «The relationships between smoking and self-esteem», *Adolescence*, 30(120), 1995, p. 899-907.
25. A.H. Glassman, J.E. Helzer, L.S. Covey et al., «Smoking, smoking cessation, and major depression», *Journal of the American Medical Association*, 264(12), 1990, p. 1546-1549.
26. J.A. Bonaguro et E.W. Bonaguro, «Self-concept, stress symptomology, and tobacco use», *Journal of School Health*, 57(2), 1987, p. 56-58.
27. D. Burton, S. Sussman, W.B. Hansen et al., «Image attributions and smoking intentions among seventh grade students», *Journal of Applied Social Psychology*, 19(8), 1989, p. 656-664.
28. N. Breslau, M.M. Kilbey et P. Andreski, «DSM-III-R nicotine dependence in young adults: Prevalence, correlates and associated psychiatric disorders», *Addiction*, 89(6), 1994, p. 743-754.
29. W.J. Millar, *L'état de santé des canadiens : rapport de l'Enquête sociale générale de 1991 : tabagisme* (Statistique Canada, n° 11-612F, n° 8 au catalogue) Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
30. W.J. Millar, *L'usage du tabac au Canada en 1986* (Santé Canada, n° H39-66/1988F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1988.
31. M. Stephens et J. Siroonian, «L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire», *Rapports sur la santé* 9(4), 1998, p. 31-38 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
32. R.S. Hirschman, H. Leventhal et K. Glynn, «The development of smoking behavior: Conceptualization and supportive cross-sectional survey data», *Journal of Applied Social Psychology*, 14(3), 1990, p. 184-206.

33. W.J. Millar, «Household structure and smoking behaviour», *Canadian Journal of Public Health*, 82(2), 1991 p. 83-85.
34. W.J. Millar et L. Hunter, «The relationship between socioeconomic status and household smoking patterns in Canada», *American Journal of Health Promotion*, 5(1), 1990, p. 36-43.
35. W.J. Millar et L.M. Bisch, «Smoking in the workplace, 1986: Labour Force Survey estimates», *Canadian Journal of Public Health*, 80(4), 1989, p. 261-265.
36. Santé Canada, *La lutte contre le tabagisme : un plan directeur pour protéger la santé des Canadiennes et des Canadiens*, (n° H49-1001/1995F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1995.
37. U.S. Department of Health and Human Services, *Strategies to Control Tobacco Use in the United States: A Blueprint for Public Health Action in the 1990's* (NIH n° 92-3316 au catalogue), Washington, D.C., National Cancer Institute, 1991.
38. E. Vartiainen, A. Saukko, M. Paavola et al., «No Smoking class competitions in Finland: Their value in delaying the onset of smoking in adolescence», *Health Promotion International*, 11(3), 1996, p. 189-192.
39. T. Stephens, L.L. Pederson, J.J. Koval et al., *The Relationship of Price and Smoke-Free Bylaws to the Prevalence of Smoking in Canada*, Toronto, Ontario Tobacco Research Unit, 1996.

Annexe

Tableau A
Distribution de certaines caractéristiques, population de 21 à 39 ans qui a déjà fumé quotidiennement, Canada, 1994-1995

	Taille de l'échantillon	Distribution pondérée %
Total	3 449	100,0
Âge où on a commencé à fumer		
13 ans ou moins	575	16,4
14-17	1 889	54,7
18-19	511	15,2
20-39	460	13,5
Non déclaré ou inconnu	14	0,3
Sexe		
Hommes	1 574	49,3
Femmes	1 875	50,7
Études		
Études secondaires non terminées	729	19,2
Études secondaires terminées ou études post-secondaires non terminées	1 718	49,9
Études collégiales ou universitaires terminées	1 000	30,9
Non déclaré ou inconnu	2	0,1
Revenu du ménage		
Quintiles 1 et 2 (inadéquat)	813	19,8
Quintile 3	1 043	29,3
Quintile 4	1 198	35,6
Quintile 5 (élevé)	302	12,1
Non déclaré ou inconnu	93	3,2
Épisode dépressif majeur		
Oui	320	7,5
Non	3 008	88,0
Non déclaré ou inconnu	121	4,5
Forte tension chronique		
Oui	1 104	30,9
Non	2 232	64,7
Non déclaré ou inconnu	113	4,3
Faible estime de soi		
Oui	490	12,8
Non	2 843	82,9
Non déclaré ou inconnu	116	4,4
Fumait plus de 20 cigarettes par jour		
Oui	942	27,1
Non	2 502	72,6
Non déclaré ou inconnu	5	0,3

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

Nota : Comme les chiffres ont été arrondis, la somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 %.



Rapports

Cette section renferme des articles descriptifs portant sur les domaines de la statistique sur la santé et de la statistique de l'état civil.

La santé des résidents du Nord

Brent Diverty et Claudio Pérez

Résumé

Objectifs

Le présent article porte sur les différences entre l'état de santé et les déterminants de la santé des résidents du Nord (Yukon et Territoires du Nord-Ouest) et des résidents des provinces, ainsi qu'entre ceux des résidents autochtones et non autochtones des territoires. Il examine également l'utilisation des services de santé par ces personnes et leur consommation de médicaments.

Source des données

Les données proviennent des composantes territoriale et provinciale de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995. La population ayant fait l'objet de l'analyse est composée de membres de ménages âgés de 12 ans et plus.

Résultats principaux

Comparativement aux résidents du Nord non autochtones, un plus grand nombre d'Autochtones des territoires estiment qu'ils sont en mauvaise santé. Toutefois, ils ont signalé un moins grand nombre de blessures et de problèmes de santé chroniques diagnostiqués. La prévalence de la consommation d'alcool était inférieure chez les Autochtones, mais la proportion de fumeurs était sensiblement plus élevée. Les résidents autochtones des territoires étaient moins nombreux à avoir consulté un omnipraticien au cours de l'année précédente, mais plus nombreux à avoir consulté une infirmière. Enfin, le taux de consommation de médicaments était faible chez les Autochtones.

Mots-clés

Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Indiens d'Amérique du Nord, Inuit, Métis, état de santé, déterminants de la santé, services de santé, prestation de services de santé.

Auteurs

Brent Diverty (613) 951-7329, travaille à la Division des enquêtes spéciales et Claudio Pérez (613) 951-1733, travaille à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6.

Malgré l'éloignement et, partant, un accès plus limité à des installations médicales, l'état de santé des personnes qui habitent au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest diffère très peu de celui des personnes qui habitent dans les provinces. En général, les caractéristiques de l'état de santé des résidents du Nord non autochtones et celles des résidents des provinces sont semblables. Toutefois, le profil de l'état de santé des Autochtones du Nord diffère de celui des résidents du Nord non autochtones; dans certains cas il est plus positif et dans d'autres, moins.

Il est essentiel de comprendre ces différences afin de fournir des services de santé qui soient universels et équitables dans l'ensemble du pays. L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), qui couvre tant les provinces que le Nord du pays, permet d'effectuer ces comparaisons.

Le présent article examine l'état de santé, les déterminants de la santé, les contacts avec les professionnels de la santé et la consommation de médicaments des résidents des territoires à ceux des résidents des provinces (voir *Méthodologie, Définitions 1 et 2, et Limites*). De plus, il étudie

les différences entre les résidents autochtones et non autochtones des territoires, ainsi qu'entre les résidents du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

Les Autochtones des territoires déclarent qu'ils sont en moins bonne santé

La perception que l'on a de son état de santé est un indicateur de la santé auquel on peut se fier³. Les personnes participantes à l'Enquête nationale sur la

santé de la population devaient évaluer leur état de santé. Dans l'ensemble, la proportion des résidents des territoires estimant que leur santé était «très bonne» ou «excellente» était semblable à celle des résidents des provinces. Toutefois, dans les territoires, un pourcentage beaucoup plus faible de personnes autochtones que de personnes non autochtones, 47 % et 69 % respectivement, ont déclaré que leur santé était très bonne ou excellente (tableau 1).

Méthodologie

Source des données

Les données utilisées dans le présent article sont tirées des composantes provinciale et territoriale de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995, la composante territoriale couvrant le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest^{1,2}. La collecte de données pour la composante provinciale a eu lieu de juin 1994 à juin 1995 et, pour la composante territoriale, de novembre 1994 à mars 1995. La population analysée aux fins du présent article est constituée de membres de ménages âgés de 12 ans et plus n'habitant ni dans une base des Forces canadiennes ni en institution. La population visée par la composante provinciale exclut les personnes vivant dans une réserve indienne. Toutefois, ces personnes, ainsi que celles vivant dans un établissement indien, ont été incluses dans la composante territoriale. En raison de problèmes d'ordre logistique, les localités non organisées, très petites ou situées dans des régions éloignées ont été exclues de la composante territoriale.

L'échantillon de population des provinces, excluant la composante institutionnelle, était constitué de 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'Enquête. Après le tri de sélection, la taille de l'échantillon a été ramenée à 20 725 ménages.

De plus, une personne a été choisie au hasard dans chacun des 20 725 ménages participants afin de fournir des renseignements détaillés sur sa propre santé. Dans 18 342 cas, la personne était de 12 ans et plus. Le taux de réponse aux questions détaillées sur l'état de santé a atteint 96,1 %, représentant 17 626 personnes. Dans les autres ménages participants, au nombre de 2 383, les personnes choisies au hasard avait moins de 12 ans.

Au départ, l'échantillon choisi pour les territoires comptait 4 131 ménages. Le taux de réponse des ménages a été de 82,1 %. Après le tri de sélection, la taille de l'échantillon a été ramenée à 2 756 ménages; pour 2 145 d'entre eux, on a choisi au hasard

une personne de 12 ans et plus pour répondre à des questions détaillées sur son état de santé. Sur ce nombre, 94,2 % des personnes interrogées, soit 2 020 personnes, ont répondu aux questions posées.

La taille des échantillons et les chiffres pondérés des variables faisant l'objet de la présente analyse figurent en annexe aux tableaux A et B. Les données sur les territoires ajustées en fonction de l'âge de la population des provinces en 1994-1995 figurent, quant elles, au tableau C. On trouvera plus de détails sur la méthodologie, le plan d'échantillonnage, le questionnaire et le calcul du taux de réponse dans les documents d'accompagnement de l'Enquête².

Techniques d'analyse

Les proportions ont été estimées à l'aide des facteurs de pondération des échantillons de l'Enquête, dont le total correspond à la population cible au moment de la collecte des données. Les écarts de proportions ont été soumis au test de chi carré après avoir normalisé les facteurs de pondération afin qu'ils soient en moyenne de 1. Cette méthode atténue le biais chi carré, mais ne tient pas compte de l'effet du plan d'échantillonnage de l'Enquête. La valeur prédictive a donc été fixée à 0,01. Cette valeur et une réduction de l'efficacité statistique attribuable à la faible taille de certains échantillons sont à l'origine de plusieurs différences importantes, en apparence dans les pourcentages, mais qui ne sont pas statistiquement significatives.

On a cru que certaines des différences relevées entre les populations autochtone et non autochtone des territoires étaient attribuables au jeune âge de la population autochtone. Toutefois, la correction des effets dus à l'âge n'a que légèrement modifié le profil indiqué par les données.

Nombre réduit de problèmes de santé chroniques et de blessures

Bien que les Autochtones des territoires aient jugé que leur santé était moins bonne, à certains égards leur état de santé était aussi bon, voire meilleur, que celui des résidents non autochtones du Nord. Par exemple, un faible pourcentage d'Autochtones ont déclaré avoir un ou plusieurs problèmes de santé chroniques diagnostiqués.

On pourrait croire que la prévalence relativement faible de problèmes de santé chroniques chez les Autochtones est attribuable au jeune âge de la population étudiée. Cependant, même lorsque les résultats ont été ajustés en fonction de la répartition selon l'âge des personnes non autochtones, l'écart entre les deux groupes demeure (le pourcentage d'Autochtones ayant signalé un ou plusieurs problèmes de santé chroniques est passé de 45 % à 46 %).

Ce résultat pourrait être attribuable à des différences culturelles au chapitre de la propension à divulguer des renseignements sur l'état de santé ou à la possibilité qu'un nombre important d'Autochtones souffrent de troubles *non diagnostiqués*. Évidemment, cette différence pourrait également être réelle. Toutefois, il importe de préciser qu'elle n'a été constatée que dans les Territoires du Nord-Ouest; la proportion de personnes autochtones et non autochtones ayant déclaré un ou plusieurs problèmes de santé chroniques était la même au Yukon (tableau 2).

De même, un pourcentage relativement peu élevé de résidents autochtones du Nord, seulement 18 %, ont déclaré qu'ils avaient souffert d'une blessure grave au cours de l'année précédente, pratiquement le même pourcentage que parmi les résidents des provinces, alors que 26 % des résidents du Nord non autochtones ont déclaré qu'ils avaient été gravement blessés. Comme c'est le cas pour les problèmes de santé chroniques, cet écart a été relevé dans les Territoires du Nord-Ouest. Au Yukon, on n'a relevé aucune différence majeure entre le taux de blessure des personnes autochtones et celui des Non-Autochtones.

On n'a constaté aucune différence significative entre les pourcentages des résidents des territoires

Tableau 1
Indicateurs de la santé, résidents des territoires et des provinces[†] âgés de 12 ans et plus, selon le statut d'Autochtone, 1994-1995

	Résidents des territoires			Résidents des provinces
	Total	Autochtones	Non-Autochtones	
		%		
État de santé				
Perception de la santé				
Très bonne/excellente	59	47 [‡]	69	63
Mauvaise/passable	9	12 [‡]	7	10
Un ou plusieurs problèmes de santé chroniques	51	45 [‡]	55	54
Blessure subie au cours des 12 derniers mois	22	18 [‡]	26	17
Incapacité de longue durée limitant les activités	13	13	12	16
Épisode dépressif majeur au cours de 12 derniers mois	4	--	--	5
Déterminants de la santé				
Tabagisme (tous les jours ou à l'occasion)	49 [§]	67 [‡]	34	29
Activité physique pendant les loisirs	24	20 [‡]	28	19
Consommation d'alcool (de façon régulière ou occasionnelle)	70	59 [‡]	78	75
Contact avec des professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois				
Omnipraticien	50 [§]	36 [‡]	60	77
Dentiste	51	46 [‡]	54	56
Spécialiste des yeux	33	34	33	35
Infirmière	27 [§]	41 [‡]	18	7
Autre médecin ^{††}	16	14	18	26
Travailleur social	11	16 [‡]	6	5
Consommation de médicaments au cours du dernier mois				
Tout type de médicament	64	58 [‡]	70	77
Analgésique	55	49 [‡]	59	61
Médicament contre la toux/le rhume	23	21	24	16
Médicament contre les allergies	7	4 [‡]	9	10

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

Nota : Les diverses catégories d'une variable donnée ont été testées en même temps.

[†] Les réserves indiennes ne sont pas comprises dans les données provinciales.
[‡] Les écarts entre les résidents autochtones et non autochtones des territoires sont significatifs lorsque le niveau de confiance atteint 99 %.

[§] Les écarts entre les résidents des territoires et des provinces sont significatifs lorsque le niveau de confiance atteint 99 %.

^{††} Par exemple, un chirurgien, un allergologue, un gynécologue, un psychiatre
-- Nombre infimes

et des provinces, et entre les résidents autochtones et non autochtones du Nord ayant une incapacité ou un handicap de longue durée limitant leurs activités.

De plus, le pourcentage des personnes ayant connu un épisode dépressif majeur était semblable dans les provinces et les territoires.

Définitions 1

Les personnes ayant indiqué que leur origine ethnique était «peuples autochtones d'Amérique du Nord (Indien d'Amérique du Nord, Métis, Inuit/Esquimaux)» ont été considérées comme des Autochtones. Celles qui ont indiqué une autre origine ethnique, y compris les catégories multiples (telles que autochtones/non autochtones) ont été considérées comme des personnes non autochtones. Le nombre de personnes ayant déclaré être à la fois Autochtones et non-Autochtones était très petite.

Pour déterminer la perception qu'avaient les personnes de leur état de santé, on a posé la question suivante : «En général, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise?»

Pour déterminer la prévalence de problèmes de santé chroniques, les participants à l'Enquête devaient répondre à la question suivante : «Un spécialiste de la santé a-t-il diagnostiqué chez vous certains des problèmes de santé de longue durée suivants? allergies alimentaires, autres allergies, asthme, arthrite ou rhumatisme, maux de dos excluant l'arthrite, hypertension, migraine, bronchite chronique ou emphyseme, sinusite, diabète, épilepsie, maladie cardiaque, cancer, ulcères à l'estomac ou à l'intestin, troubles dus à un accident cardio-vasculaire, incontinence urinaire, acné exigeant un traitement sur ordonnance (personnes ayant moins de 30 ans), maladie d'Alzheimer ou autre sénilité, cataracte, glaucome (les trois derniers problèmes de santé n'ont pas été mentionnés aux personnes de moins de 18 ans) ou tout autre problème de santé chronique?» La variable des problèmes de santé chroniques utilisée dans la présente analyse est un indicateur général. On n'y traite pas de problèmes de santé chroniques précis (p. ex. le diabète) en raison de la faible taille des échantillons.

Pour déterminer les incapacités de longue durée limitant les activités, on a posé aux personnes la question suivante : «À cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique, êtes-vous limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou le nombre d'activités exercées : à la maison, à l'école, au travail, dans d'autres activités comme les loisirs ou les déplacements entre la maison et le lieu de travail?»

Pour déterminer si les personnes avaient subi une blessure, on leur a posé la question suivante : «Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous vous êtes blessé(e) suffisamment pour que cette

Le tabagisme est plus répandu dans le Nord

Contrairement à la plupart des autres aspects de l'état de santé mesurés par l'Enquête, l'usage du tabac est beaucoup plus répandu dans le Nord que dans les provinces. En effet, près de la moitié (49 %) des résidents du Nord fument tous les jours ou à

blessure limite vos activités normales?»

On a considéré comme fumeurs, les personnes qui fument tous les jours ou à l'occasion.

Les personnes qui boivent régulièrement (un verre au moins une fois par mois) ou à l'occasion (moins d'un verre par mois) ont été considérées comme des *buveurs*. Il aurait été préférable d'examiner les grands buveurs et les buveurs excessifs, mais cela n'a pas été possible en raison du taux élevé de non-réponse ou de la faible taille des échantillons.

Conformément à la méthodologie de Kessler et al.⁴, l'Enquête évalue les épisodes dépressifs majeurs à partir d'un sous-ensemble de questions tirées du *Composite International Diagnostic Interview*. Ces questions englobent un groupe de symptômes propres à la dépression qui sont énumérés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R). On cote les réponses en fonction d'une échelle puis, au moyen des cotes, on estime la probabilité d'un diagnostic d'un épisode dépressif majeur. Si l'estimation est égale ou supérieure à 0,9, autrement dit, si on est sûr à 90 % que le diagnostic est positif, on considère que la personne a souffert un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois précédents.

Afin de calculer le niveau d'activité physique des personnes interrogées, on estime la dépense d'énergie (DE) pour chaque activité à laquelle elles se livrent durant leurs loisirs. On calcule la DE en multipliant le nombre de fois qu'une personne se livre à une activité particulière au cours d'une période de 12 mois (obtenue en multipliant par quatre les données fournies pour trois mois) par la durée moyenne de l'activité exprimée en minutes et par le coût énergétique de l'activité (exprimé en kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel, par heure d'activité). Pour calculer la dépense d'énergie quotidienne moyenne pour cette activité, on divise l'estimation par 365. On effectue ce calcul pour toutes les activités de loisir déclarées et on additionne les estimations résultantes pour obtenir une DE quotidienne moyenne agrégée. On a considéré comme inactives les personnes pour lesquelles la DE estimée était inférieure à 1,5. Cet indice ne tient pas compte de l'activité physique au travail, qui est un déterminant important de la santé. En plus, il est possible que les questions posées au sujet des activités ne permettent pas de dresser un tableau fidèle de la vie en milieu rural.

l'occasion, comparativement à 29 % des résidents des provinces.

Ces résultats témoignent du pourcentage élevé de fumeurs chez les Autochtones. Les deux tiers des Autochtones des territoires ont déclaré qu'ils fumaient, comparativement au tiers des personnes non autochtones. De plus, comme les Autochtones forment la majorité de la population des Territoires du Nord-Ouest, le tabagisme est plus répandu dans cette région qu'au Yukon (53 % et 38 %, respectivement).

Selon l'Enquête, les Autochtones sont devenus des fumeurs quotidiens à un plus jeune âge que les

personnes non autochtones (en moyenne 15,7 ans et 16,9 ans, respectivement). Toutefois, la consommation quotidienne moyenne de cigarettes (13) des fumeurs autochtones était légèrement inférieure à celle (19) des fumeurs non autochtones.

Loisirs

Les Autochtones du Nord sont tout aussi actifs pendant leurs loisirs que les résidents des provinces: 20 % des résidents autochtones des territoires se livrent à une activité physique pendant leurs loisirs comparativement à 19 % des résidents des provinces. Toutefois, les résidents du Nord non

Tableau 2

Indicateurs de la santé, résidents des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon âgés de 12 ans et plus, selon le statut d'Autochtone, 1994-1995

	Territoires du Nord-Ouest			Yukon		
	Total	Autochtone	Non-Autochtone	Total	Autochtone	Non-Autochtone
	%					
État de santé						
Perception de la santé						
Très bonne/excellente	60	47 [†]	75	58	43 [†]	62
Mauvaise/passable	9	11 [†]	6	10	15 [†]	8
Un ou plusieurs problèmes de santé chroniques	48 [†]	43	53	56	56	56
Blessure subie au cours des 12 derniers mois	21	17 [†]	27	24	23	24
Incapacité de longue durée limitant les activités	12	12	9	15	18	15
Épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois	4	--	--	4	--	--
Déterminants de la santé						
Tabagisme (tous les jours ou à l'occasion)	53 [‡]	70 [†]	34	38	55 [†]	35
Activité physique pendant les loisirs	23	19 [†]	28	27	27	27
Consommation d'alcool (de façon régulière ou occasionnelle)	67 [†]	59 [†]	77	76	61 [†]	80
Contact avec des professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois						
Omnipraticien	43 [†]	33 [†]	54	64	59	66
Dentiste	53 [†]	46 [†]	61	46	45	47
Spécialiste des yeux	34	34	35	32	29	32
Infirmière	32 [†]	43 [†]	20	17	27 [†]	15
Autre médecin [§]	17 [†]	15	22	13	--	--
Travailleur social	12 [†]	--	--	7	--	--
Consommation de médicaments au cours du dernier mois						
Tout type de médicament	58 [†]	54	61	77	76	78
Analgésique	51 [†]	47	55	63	62	65
Médicament contre la toux/le rhume	21 [†]	19	22	27	33	26
Médicament contre les allergies	6	--	--	9	--	--

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

Nota : Les diverses catégories d'une variable donnée ont été testées en même temps.

† Les réserves indiennes ne sont pas comprises dans les données provinciales.

‡ Les écarts entre les résidents autochtones et non autochtones des territoires sont significatifs lorsque le niveau de confiance atteint 99 %.

§ Les écarts entre les résidents des territoires et des provinces sont significatifs lorsque le niveau de confiance atteint 99 %.

†† Par exemple, un chirurgien, un allergologue, un gynécologue, un psychiatre

-- Nombres infimes.

autochtones étaient plus actifs que ces deux groupes; 28 % d'entre eux ont déclaré qu'ils se livraient à une activité physique pendant leurs loisirs.

Consommation d'alcool

Une plus faible proportion d'Autochtones que de Non-Autochtones ont déclaré qu'ils consommaient de l'alcool. Seuls 59 % des Autochtones consommaient de l'alcool de façon régulière ou occasionnelle, comparativement à 78 % des résidents non autochtones des territoires et à 75 % des résidents des provinces. Toutefois, selon d'autres études, lorsqu'ils consomment de l'alcool, un plus

grand nombre d'Autochtones que de Non-Autochtones prennent cinq verres ou plus⁵.

Le pourcentage relativement faible d'Autochtones du Nord qui consomment de l'alcool de façon régulière ou occasionnelle s'explique en partie par les restrictions de vente d'alcool imposées dans les Territoires du Nord-Ouest⁵. Bien que la proportion des résidents du Yukon qui consomment de l'alcool soit similaire au taux des provinces, le pourcentage de consommateurs d'alcool dans les Territoires du Nord-Ouest était parmi les plus faibles du Canada.

Peu de personnes signalent des difficultés d'accès aux services de santé

Dans le Nord, il est particulièrement difficile d'appliquer les principes de l'accès universel aux services de santé et de leur répartition équitable. Malgré cela, seuls 6 % des résidents du Yukon et 7 % des résidents des Territoires du Nord-Ouest ont déclaré qu'ils n'avaient pu obtenir, à un moment donné au cours de l'année précédente, les services ou conseils en matière de santé dont ils avaient besoin. Bien que, ce pourcentage soit supérieur à celui des résidents des provinces (4 %) ayant déclaré qu'ils avaient éprouvé de telles difficultés, la différence n'est pas statistiquement significative. On n'a relevé aucune différence dans le pourcentage de personnes autochtones et non autochtones ayant déclaré qu'elles n'avaient pas obtenu les services requis (données non présentées).

Moins de contacts avec des médecins, davantage avec des infirmières

Bien que la plupart des résidents du Nord aient reçu des services de santé au moment où ils en avaient besoin, les fournisseurs habituels de ces services diffèrent de ceux des provinces. Dans le Nord, à l'exception des zones urbaines, les services de santé sont généralement dispensés dans des postes de soins infirmiers ou des centres de santé plutôt que dans des cabinets de médecins ou des hôpitaux. De plus, l'accès à certains services de santé diffère dans les territoires comparativement aux provinces. Par exemple, des dentistes visitent tous les ans un grand nombre de communautés du Nord au lieu d'offrir leurs services dans une clinique à l'année longue.

Définitions 2

On a évalué les *contacts avec des professionnels de la santé* en posant la question suivante : « Sans compter les séjours dans un établissement de santé, au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone un professionnel de la santé pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux? » La liste des professionnels de la santé comprenait : médecin de famille ou omnipraticien, spécialiste de la vue (p. ex. un ophtalmologiste ou un optométriste), un autre médecin ou un spécialiste (p. ex., un chirurgien, un allergologue, un gynécologue ou un psychiatre); une infirmière, un dentiste ou un orthodontiste, un physiothérapeute, un travailleur social ou un autre conseiller, un psychologue, un orthophoniste, un audiologiste ou un ergothérapeute.

Pour déterminer la *consommation de médicaments*, on a posé la question suivante : « Au cours du dernier mois, avez-vous pris un des médicaments suivants? » Les médicaments énumérés étaient : des analgésiques, tels que l'aspirine ou le Tylenol (y compris les médicaments contre l'arthrite et les anti-inflammatoires); des tranquillisants tels que Valium, des pilules pour maigrir; des anti-dépresseurs; de la codéine, du Demerol ou de la morphine; des médicaments contre les allergies; des médicaments contre l'asthme; des médicaments contre la toux ou le rhume; de la pénicilline ou autres antibiotiques; des médicaments pour le coeur; des médicaments pour la tension artérielle; des diurétiques; des stéroïdes; de l'insuline; des pilules pour contrôler le diabète; des somnifères; médicaments contre les maux d'estomac; des laxatifs; des hormones pour la ménopause et le vieillissement (femmes âgées de 30 ans et plus); des pilules anticonceptionnelles (femmes âgées de moins de 50 ans); et tout autre médicament.

Par ailleurs, on a constaté qu'un certain nombre de personnes gravement malades avaient été transférées dans des établissements de santé situés ailleurs au Canada.

Seulement 50 % des personnes habitant dans les territoires ont déclaré avoir consulté un omnipraticien au cours de l'année précédente, ce qui est bien en deçà des résultats enregistrés dans les provinces (77 %). Cette situation n'est guère surprenante car, en 1993, il n'y avait qu'un médecin pour 695 personnes au Yukon et 1 068 personnes dans les Territoires du Nord-Ouest, comparativement à un médecin pour 476 personnes dans l'ensemble du pays⁶. Par contre, 27 % des résidents du Nord avaient consulté une infirmière au cours de l'année précédente, ce qui est considérablement supérieur au résultat enregistré dans les provinces (7 %). Par ailleurs, un grand nombre d'infirmières et d'infirmiers du Nord ont reçu une formation supplémentaire leur permettant de remplir d'autres fonctions, par exemple de poser un diagnostic et d'administrer un traitement (sous la consigne d'un médecin).

Dans une large mesure, le profil d'utilisation des services de santé par les résidents du Nord est semblable à celui des Autochtones. Selon les résultats de l'Enquête, un pourcentage beaucoup plus faible de résidents autochtones des territoires ont consulté un omnipraticien au cours de l'année précédente comparativement aux résidents du Nord non autochtones (36 % et 60 %, respectivement); mais un pourcentage beaucoup plus grand ont consulté une infirmière (41 % et 18 %, respectivement). De même, un plus petit nombre d'Autochtones du Nord que de Non-Autochtones avaient consulté un dentiste. Ces tendances étaient les plus marquées dans les Territoires du Nord-Ouest.

Consommation de médicaments

Un plus faible pourcentage d'Autochtones du Nord que de Non-Autochtones ont déclaré avoir utilisé des médicaments prescrits ou en vente libre dans le mois précédant leur entrevue (58 % et 70 %, respectivement). Compte tenu de la grande concentration d'Autochtones dans les Territoires du

Limites

Les résidents de localités non organisées, très petites et éloignées représentent 13 % de la population du Yukon et 5 % de la population des Territoires du Nord-Ouest. Si les caractéristiques de ces populations diffèrent sensiblement de celles de la population de l'échantillon, les exclure pourrait biaiser les estimations et plus particulièrement les données sur l'accès aux professionnels de la santé.

Les caractéristiques de l'état de santé des résidents des territoires indiquent une forte concentration d'Autochtones (20 % de la population du Yukon et 54 % de la population des Territoires du Nord-Ouest), alors que le pourcentage d'Autochtones dans la population des provinces est beaucoup plus faible. L'incidence de ce groupe sur les résultats provinciaux est encore atténuée par le fait que l'on a exclu les réserves indiennes des populations provinciales cibles de l'Enquête.

La définition d'Autochtone utilisée aux fins de l'Enquête n'est pas la même que celle utilisée pour le recensement. Par souci d'uniformité avec le traitement de la composante provinciale de l'Enquête, les facteurs de pondération des données sur les territoires ont été étalonnés en fonction de chiffres connus de population (âge/sexe), et on n'a pas de l'effet de l'ethnicité. Par conséquent, les pourcentages d'Autochtones dans les territoires et les provinces mentionnés dans la présente analyse diffèrent de ceux calculés à partir des données du recensement.

Comme c'est le cas pour toutes les données autodéclarées, les résultats de l'Enquête peuvent avoir été faussés par une mémoire défaillante ou une mauvaise interprétation des questions. De plus, en raison de différences culturelles, les populations autochtone et non autochtone ne perçoivent pas de la même façon la pertinence de signaler certains troubles de santé et l'utilisation des services médicaux. Ces facteurs peuvent avoir un effet sur les résultats de l'analyse.

Nord-Ouest, il n'est guère surprenant de constater que la consommation de médicaments était plus faible dans cette région qu'au Yukon (58 % et 77 %, respectivement). En fait, le pourcentage de personnes ayant déclaré avoir consommé des médicaments était plus faible dans les Territoires du Nord-Ouest que dans toutes les autres régions du pays.

Comme c'est le cas dans les provinces, ce sont les analgésiques qui sont le plus souvent utilisés dans le

Nord, suivis des médicaments contre la toux et le rhume, et des médicaments contre les allergies.

Mot de la fin

Dans l'ensemble, en 1994-1995 le profil de l'état de santé des résidents du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest diffère peu de celui des résidents des provinces. Toutefois, on a relevé d'importantes différences entre le profil des résidents autochtones et celui des résidents non autochtones du Nord, mais ces différences n'étaient pas nécessairement à sens unique, comme en témoignent les proportions de buveurs et de fumeurs.

Certaines différences dans l'état de santé des personnes autochtones et non autochtones sont statistiquement significatives, mais pourraient être attribuables à des différences culturelles, dans la propension à signaler des troubles de santé, ou à des écarts dans les taux de diagnostic. Par exemple, le pourcentage relativement faible d'Autochtones ayant déclaré qu'ils avaient un problème de santé chronique pourrait être attribuable à leur faible taux de consultation d'un médecin.

Le présent article donne un aperçu très général de l'état de santé des populations étudiées et de l'utilisation des services dans le Nord. De plus, il fournit des données de base que l'on pourra comparer aux données qui seront recueillies lors de prochaines étapes de l'Enquête nationale sur la santé de la population afin de déterminer les tendances.

Références

1. J.-L. Tambay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. Division des statistiques sur la santé, *Documentation tiré du Fichier maître de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 : Yukon et les Territoires du Nord-Ouest*, Statistique Canada, 1997.
3. G. Kaplan et T. Camacho, «Perceived health and mortality: A nine-year follow up of the human population laboratory cohort», *American Journal of Epidemiology*, 117, 1983, p. 292.
4. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao et al., «Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey», *Archives of General Psychiatry*, 5(1), 1994, p. 8-19.
5. Bureau des statistiques des Territoires du Nord-Ouest, «1996 NWT Alcohol and Drug Survey», Rapport n° 1, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest, Bureau des statistiques des Territoires du Nord-Ouest, 1996.
6. E. Ng, R. Wilkins, J. Pole et al., «À quelle distance se trouve le plus proche médecin?», *Rapports sur la santé*, 8(4), 1997, p. 35-42 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).

Annexe

Tableau A

Taille de l'échantillon et chiffres pondérés utilisés pour les indicateurs de la santé, résidents des territoires et des provinces[†] âgés de 12 ans et plus, selon le statut d'Autochtone, 1994-1995

	Résidents des territoires						Résidents des provinces	
	Total		Autochtone		Non-Autochtone			
	Taille de l'échantillon	Chiffres pondérés	Taille de l'échantillon	Chiffres pondérés	Taille de l'échantillon	Chiffres pondérés	Taille de l'échantillon	Chiffres pondérés
		en milliers		en milliers		en milliers		en milliers
Total	2 020	65,2	637	28,1	1 282	33,0	17 626	23 948,6
État de santé								
Perception de la santé								
Très bonne/excellente	1 195	38,7	284	13,1	838	22,7	10 737	15 106,7
Mauvaise/passable	195	5,9	88	3,3	101	2,3	2 226	2 480,9
Un ou plusieurs problèmes de santé chroniques								
Blessure subie au cours des 12 derniers mois	1 096	33,1	312	12,7	723	18,0	10 112	12 950,9
Incapacité de longue durée limitant les activités	459	14,2	125	4,9	315	8,5	3 000	4 164,7
Épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois	289	8,3	95	3,7	184	4,0	3 383	3 929,1
	91	2,5	--	--	--	--	1 043	1 255,6
Déterminants de la santé								
Tabagisme (chaque jour ou à l'occasion)	909	31,8	415	19,0	454	11,2	5 462	7 022,6
Activité physique pendant les loisirs	513	15,9	131	5,7	354	9,2	3 211	4 448,6
Consommation d'alcool (de façon régulière ou occasionnelle)	1 494	45,6	381	16,6	1 039	25,8	13 245	18 070,9
Contact avec des professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois								
Omnipraticien	1 158	32,7	263	10,2	834	19,8	13 821	18 442,1
Dentiste	966	33,2	287	13,0	628	17,9	9 231	13 443,4
Spécialiste des yeux	659	21,5	212	9,4	424	11,0	6 118	8 383,7
Infirmière	473	17,8	243	11,4	217	5,8	1 399	1 683,2
Autre médecin [‡]	299	10,3	80	3,9	205	5,9	4 509	6 263,5
Travailleur social	194	6,8	99	4,6	91	2,1	978	1 152,8
Consommation de médicaments au cours du dernier mois								
Tout type de médicament	1 429	41,8	402	16,2	963	22,9	13 816	18 340,3
Analgésique	1 193	35,8	342	13,9	797	19,6	11 057	14 610,9
Médicament contre la toux/le rhume	483	15,0	145	6,0	312	7,9	2 662	3 823,8
Médicament contre les allergies	159	4,6	35	1,2	117	3,1	1 760	2 370,1

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

Nota : Comme certaines personnes n'ont pas répondu à certaines questions, la somme des données détaillées ne correspond pas aux totaux indiqués.

† Les réserves indiennes ne sont pas comprises dans les données provinciales.

‡ Par exemple, un chirurgien, un allergologue, un gynécologue, un psychiatre

-- Nombres infimes.

Tableau B

Taille de l'échantillon et chiffres pondérés utilisés pour les indicateurs de la santé, résidents des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon âgés de 12 ans et plus, selon le statut d'Autochtone, 1994-1995

	Territoires du Nord-Ouest						Yukon					
	Total		Autochtone		Non-Autochtone		Total		Autochtone		Non-Autochtone	
	Taille de l'échantillon	Chiffres pondérés	Taille de l'échantillon	Chiffres pondérés	Taille de l'échantillon	Chiffres pondérés	Taille de l'échantillon	Chiffres pondérés	Taille de l'échantillon	Chiffres pondérés	Taille de l'échantillon	Chiffres pondérés
	en milliers		en milliers		en milliers		en milliers		en milliers		en milliers	
Total	740	44,5	410	24,0	265	16,9	1 280	20,8	227	4,1	1 017	16,1
État de santé												
Perception de la santé												
Très bonne/excellente	437	26,7	188	11,4	201	12,7	758	12,1	96	1,7	637	9,9
Mauvaise/passable	69	3,9	53	2,7	13	1,0	126	2,0	35	0,6	88	1,4
Un ou plusieurs problèmes de santé chroniques												
Blessure subie au cours des 12 derniers mois	373	21,4	183	10,4	150	8,9	723	11,7	129	2,3	573	9,0
Incapacité de longue durée limitant les activités	148	9,3	67	4,0	69	4,6	311	4,9	58	0,9	246	3,9
Épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois	91	5,1	57	3,0	26	1,6	198	3,2	38	0,7	158	2,4
	31	1,7	--	--	--	--	60	0,8	--	--	--	--
Déterminants de la santé												
Tabagisme (chaque jour ou à l'occasion)												
Activité physique pendant les loisirs	407	23,8	287	16,7	94	5,7	502	8,0	128	2,2	360	5,6
Consommation d'alcool (de façon régulière ou occasionnelle)	158	10,2	71	4,6	72	4,8	355	5,7	60	1,1	282	4,4
	508	29,9	244	14,1	212	13,0	986	15,7	137	2,5	827	12,8
Contact avec des professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois												
Omnipraticien	327	19,3	132	7,8	152	9,1	831	13,3	131	2,4	682	10,7
Dentiste	381	23,7	184	11,2	158	10,3	585	9,6	103	1,8	470	7,5
Spécialiste des yeux	250	14,9	142	8,2	92	5,8	409	6,5	70	1,2	332	5,2
Infirmière	257	14,3	182	10,3	63	3,5	216	3,5	61	1,1	154	2,4
Autre médecin†	128	7,7	59	3,6	60	3,7	171	2,6	--	--	--	--
Travailleur social	96	5,4	--	--	--	--	98	1,4	--	--	--	--
Consommation de médicaments au cours du dernier mois												
Tout type de médicament	441	25,8	232	13,1	165	10,3	988	16,0	170	3,1	798	12,6
Analgésique	383	22,6	199	11,3	144	9,2	810	13,2	143	2,5	653	10,4
Médicament contre la toux/le rhume	153	9,4	77	4,7	58	3,7	330	5,6	68	1,3	254	4,2
Médicament contre les allergies	45	2,8	--	--	--	--	114	1,8	--	--	--	--

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

Nota : Comme des répondants n'ont pas répondu à certaines questions, la somme des données détaillées ne correspond pas aux totaux indiqués.

† Par exemple, un chirurgien, un allergologue, un gynécologue, un psychiatre

-- Nombres infimes

Tableau C
Indicateurs de la santé ajustés selon l'âge, résidents des territoires et des provinces† âgés de 12 ans et plus, 1994-1995

	Résidents des territoires	Résidents des provinces
%		
État de santé		
Perception de la santé		
Très bonne/excellente	54	63
Mauvaise/passable	13	10
Un ou plusieurs problèmes de santé chroniques	56	54
Blessure subie au cours des 12 derniers mois	20	17
Incapacité de longue durée limitant les activités	17	16
Épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois	3	5
Déterminants de la santé		
Tabagisme (chaque jour ou à l'occasion)	47	29
Activité physique pendant les loisirs	22	19
Consommation d'alcool (de façon régulière ou occasionnelle)	66	75
Contact avec des professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois		
Omnipraticien	51	77
Dentiste	47	56
Spécialiste des yeux	35	35
Infirmière	29	7
Autre médecin‡	17	26
Travailleur social	9	5
Consommation de médicaments au cours du dernier mois		
Tout type de médicament	65	77
Analgésique	55	61
Médicament contre la toux/le rhume	22	16
Médicament contre les allergies	6	10

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

Nota : Les données sur les territoires ont été corrigées pour tenir compte des effets dus à l'âge de la population (hommes et femmes) des provinces en 1994-1995.

† Les réserves indiennes ne sont pas comprises dans les données provinciales.

‡ Par exemple, un chirurgien, un allergologue, un gynécologue, un psychiatre



Données disponibles

Cette section présente des données sommaires sur la santé produites récemment par Statistique Canada.

Mariages et divorces, 1996

Le nombre de couples qui ont convolé en justes noces en 1996 a diminué, mais beaucoup moins que ceux qui ont mis fin officiellement à leur mariage. Au total, 156 692 mariages ont été célébrés au Canada, un chiffre en baisse de 2,2 % par rapport à l'année précédente. Par ailleurs, 71 528 couples ont obtenu le divorce durant la même année, en baisse de 7,9 %.

Le nombre de divorces est le plus bas depuis 1985. Les modifications à la Loi sur le divorce, qui permettaient de prononcer un divorce après une année de séparation au lieu de trois, sont entrées en vigueur en 1986. Ces modifications ont entraîné le nombre toujours inégalé de 96 200 divorces en 1987. Le nombre de divorces a chuté de façon marquée l'année suivante et s'est par la suite stabilisé, oscillant entre 77 000 et 79 000 depuis le début des années 1990.

En 1996, les plus fortes baisses du nombre de divorces ont été observées en Ontario et au Québec. Ainsi, 25 035 couples ontariens ont mis fin officiellement à leur mariage, en baisse de 14,7 % par rapport à 1995; il s'agit du niveau le plus bas depuis 1985. Au Québec, 18 078 couples ont obtenu le divorce en 1996, soit un chiffre en baisse de 10,2 % par rapport à l'année précédente. Ce fléchissement a fait suite à une hausse d'un peu plus de 10 % en 1995.

Le nombre de divorces a légèrement fléchi dans les autres provinces, à l'exception de la Colombie-Britannique (+5 %), et de Terre-Neuve (+8 %). Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ont eux affichés une faible hausse.

Toutes les provinces ont affichés une faible baisse du nombre de mariages, sauf l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick, qui ont enregistré une hausse minime.

Un certain nombre de facteurs pourraient être à l'origine de la diminution de 7,9 % enregistrée en 1996. Étant donné que la fréquence des divorces atteint son niveau maximum après cinq ou six ans de mariage, un de ces facteurs peut être la baisse du nombre de mariages célébrés à l'échelle nationale de 1990 à 1991. Il est toutefois improbable qu'il s'agisse là de la seule raison.

Nombreux sont les couples qui règlent leur séparation sans la confirmer par un divorce officiel. La baisse des divorces en 1996 pourrait donc être compensée, du moins en partie, par une augmentation des séparations officielles.

Quoique ces statistiques ne soient pas disponibles, on a observé une diminution du nombre de divorces financés par l'aide juridique en Ontario. (Cette province a enregistré 35 % des divorces en 1996.)

Selon le rapport annuel de 1997 de la Société du barreau du Haut-Canada sur le régime d'aide juridique de l'Ontario, le nombre de causes de divorce complétées et financées par ce programme est tombé à 5 800 au cours de l'exercice financier de 1996-1997 (d'avril à mars), comparativement à 11 600 l'année précédente. Le coût du divorce pouvant inciter des conjoints à demeurer séparés officiellement, il se pourrait en effet que la diminution du nombre de divorces financés par l'aide juridique ait contribué à la baisse des divorces en Ontario, particulièrement chez les couples à faible revenu.

La stabilité des mariages est estimée en additionnant les taux de divorce par durée de mariage. Selon le taux de divorce de 1996, le pourcentage de mariages terminés par un divorce était de 37 % à l'échelle nationale, en baisse par rapport aux 40 % selon le taux de 1995. Au Québec, le pourcentage de mariages terminés par un divorce était de 46 % selon le taux de 1996, et de 50 % selon le taux de 1995. En Ontario, ce pourcentage est passé de 39 % à 33 % durant la même période.

L'âge moyen des personnes se mariant pour la première fois a quelque peu augmenté, une tendance déjà amorcée depuis le début des années 1970. L'âge moyen était de 29,3 ans pour les hommes (29,0 ans en 1995) et de 27,3 ans pour les femmes (27,1 ans). Parmi l'ensemble des nouveaux mariés en 1996, les personnes divorcées atteignaient 21,8 %, en hausse par rapport à 1995 (21,0 %).

Le taux de nuptialité (le nombre de mariages pour 1 000 habitants) a fléchi, passant de 5,4 en 1995 à 5,2 en 1996 (par rapport au sommet de 7,0 en 1988). Au Québec et dans les Territoires du Nord-Ouest, ce taux est d'environ la moitié de ce qu'il est dans le reste du pays.

Pour plus de renseignements, communiquez avec François Nault au (613) 951-1764, Division des statistiques sur la santé. Données stockées dans CANSIM : matrice 7.

Couplage d'enregistrements des entreprises de biotechnologie 1991, 1993 et 1995

Des données provenant d'un projet de couplage d'enregistrements réalisé à partir de renseignements sur les entreprises de biotechnologie au Canada sont maintenant disponibles pour les années 1991, 1993 et 1995. Ce projet a été effectué pour le compte de la Direction générale des bio-industries d'Industrie Canada.

Les renseignements accumulés comprenaient, entre autres, des données sur les finances, les exportations, la main-d'oeuvre et la fabrication. Ils étaient également divisés par type de biotechnologie, par province et par taille d'entreprise.

Pour plus de renseignements, communiquez avec John Jaworski au (613) 954-1035, Direction générale des bio-industries d'Industrie Canada ou avec Tony Labillois au (613) 951-1478, Division des petites entreprises et des enquêtes spéciales.

Estimations postcensitaires de la population

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

Estimations postcensitaires préliminaires de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, 1^{er} juillet 1997

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

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

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

Index par sujet

Volumes 5 à 9

A

Abus conjugaux

Voir Violence conjugale

Accessibilité aux services de santé

À quelle distance se trouve le médecin le plus proche? E. Ng, R. Wilkins, J. Pole, *et al.*, 8(4), 1997, p. 21-34.

Accidents

Les accidents au Canada, 1988 et 1993. W.J. Millar, 7(2), 1995, p. 7-17.

Accident vasculaire cérébral

Correction des facteurs de risque dans la prévention de l'accident cérébrovasculaire : principaux essais cliniques sur l'hypertension. N.E. Borhani, 6(1), 1994, p. 76-86.

La dyslipidémie et les facteurs métaboliques dans la genèse de la crise cardiaque et de l'accident cérébrovasculaire. L. Horlick, 6(1), 1994, p. 94-99.

Épidémiologie des accidents cérébrovasculaires. B.A. Reeder, 6(1), 1994, p. 9-12.

Épidémiologie des accidents cérébrovasculaires : méthodes et tendances. J.F. Kurtzke, 6(1), 1994, p. 13-21.

Épidémiologie des accidents cérébrovasculaires au Canada. A. Petrasovits et C. Nair, 6(1), 1994, p. 39-44.

Épidémiologie des accidents cérébrovasculaires chez les Japonais à Hawaï au cours d'un suivi de 24 années : The Honolulu Heart Program. K. Yano, J.S. Popper, A. Kagan *et al.*, 6(1), 1994, p. 28-38.

Les facteurs alimentaires, liés aux accidents cérébro-vasculaires et aux principales maladies cardio-vasculaires : comparaison épidémiologique à l'échelle internationale pour la prévention par le régime alimentaire. Y. Yamori, Y. Nara, S. Mizushima *et al.*, 6(1), 1994, p. 22-27.

Mortalité cérébrovasculaire et facteurs de risque connexes en Finlande: tendances des 20 dernières années. C. Sarti, E. Vartiainen, J. Torppa *et al.*, 6(1), 1994, p. 196-206.

Plan du projet de prévention clinique des accidents cérébrovasculaires de la Saskatchewan. B.A. Reeder, V. Ramsden, A. Shuaib *et al.*, 6(1), 1994, p. 166-170.

Pratique clinique préventive. L.B. Goldstein, 6(1), 1994, p. 139-141.

La prévention de l'accident cérébrovasculaire en présence de fibrillation auriculaire : une mise à jour. R.G. Hart, 6(1), 1994, p. 126-131.

La prévention des accidents cérébrovasculaires : facteurs à considérer aux fins de l'élaboration d'une politique en matière de santé. C. Lenfant et E.J. Roccella, 6(1), 1994, p. 216-223.

Prévention des accidents cérébrovasculaires : incidence sur la politique en matière de santé. A. Chockalingam, 6(1), 1994, p. 207-210.

Prévention des accidents cérébrovasculaires dans la collectivité : amélioration de la nutrition au Japon. Y. Yamori et R. Horie, 6(1), 1994, p. 181-188.

Prévention des accidents cérébrovasculaires au niveau communautaire: un défi pour le Portugal. M.O. Carrageta, L. Negrao et F. de Padua, 6(1), 1994, p. 189-195.

Prévention primaire des accidents cérébrovasculaires. A. Chockalingam, 6(1), 1994, p. 73-75.

Prévention secondaire de l'accident cérébrovasculaire. A. Shuaib, 6(1), 1994, p. 111-113.

Projet P.O.R.T. : prévention secondaire et tertiaire des accidents cérébrovasculaires. L.B. Goldstein et D.B. Matchar, 6(1), 1994, p. 154-159.

Promouvoir le renoncement au tabac : la prévention des accidents cérébrovasculaires. E. Wilson, 6(1), 1994, p. 100-105.

Relation entre le taux de cholestérol et les accidents cérébrovasculaires. D. R. Jacobs, 6(1), 1994, p. 87-93.

Le rôle de l'exercice physique dans la prévention des accidents cérébrovasculaires. G.F. Fletcher, 6(1), 1994, p. 106-110.

La surveillance des accidents cérébrovasculaires. S.J. Phillips, 6(1), 1994, p. 55-57.

La surveillance des accidents cérébrovasculaires : un aperçu. A.T. Wielgosz, 6(1), 1994, p. 58-61.

Surveillance des accidents cérébrovasculaires au Canada. N.E. Mayo, A. Chockalingam, B.A. Reeder *et al.*, 6(1), 1994, p. 62-72.

Survol des progrès en prévention des accidents cérébrovasculaires. H.J.M. Barnett, 6(1), 1994, p. 132-138.

Adolescent(e)

Voir Jeunesse

Aînés

Voir aussi Vieillesse

La polymédication chez les personnes âgées, W.J. Millar, 9(4), 1998, p. 11-18.

Les centres de soins de jour pour adultes en Colombie-Britannique : caractéristiques des clients, raisons de l'aiguillage et raisons de l'omission de se présenter. G.M. Gutman, S. Milstein, J. Killam et al., 5(3), 1993, p. 321-333.

Les centres de soins de jour pour adultes en Colombie-Britannique : modèles, caractéristiques et services. G.M. Gutman, S. Milstein, J. Killam et al., 5(2), 1993, p. 189-207.

Le réseau de soins prolongés pour les aînés en Colombie-Britannique : attitudes et opinions. N.L. McAllister et M. Hollander, 5(4), 1993, p. 409-418.

Résidents âgés des établissements de santé. P. Tully et C. Mohl, 7(3), 1995, p. 27-30.

Alcool

Alcoolisme - Présentation d'un indice composite pour mesurer la gravité des problèmes liés à l'alcoolisme. R. Riley et M. Adrian, 5(4), 1993, p. 383-398.

Anévrismes de l'aorte abdominale

Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différence selon le sexe. G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, 9(1), 1997, p. 9-18.

Tendances de la mortalité et de la morbidité hospitalière dues à des anévrismes de l'aorte abdominale. W.J. Millar, C.W. Cole et G.B. Hill, 7(1), 1995, p. 21-30.

Avortements

Voir aussi Avortements spontanés

Un aperçu des avortements thérapeutiques au Canada en 1992. S. Wadhwa, 6(2), 1994, p. 279-286.

Avortements du deuxième trimestre : tendances et complications médicales. S. Wadhwa, 6(4), 1994, p. 441-455.

État matrimonial et avortement. S. Wadhwa et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 19-27.

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. S. Wadhwa et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 9-17.

Issue des grossesses. S. Wadhwa et W.J. Millar, 8(1), 1996, p. 7-16.

Avortements spontanés

Voir aussi Avortements

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. S. Wadhwa et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 9-17.

Issue des grossesses. S. Wadhwa et W.J. Millar, 8(1), 1996, p. 7-16.

B

Base de données

Faits saillants sur la Base de données nationale sur les médecins (BDNM). J. Strachan, L. Flor et P. Moïse, 6(2), 1994, p. 295-299.

Historique de la statistique de l'état civil au Canada: première partie - de 1605 à 1945. M. Fair, 6(3), 1994, p. 355-375.

Le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes. P. Copeston, S. Fenton et C. Kjellstrand, 6(4), 1994, p. 457-468.

Blessures

Voir Accidents

Blessures sportives

Facteurs liés au port du casque à vélo. W.J. Millar et I.B. Pless, 9(2), 1997, p. 33-42.

C

Cancer

Le cancer infantile chez des cohortes de naissance dont on connaît les concentrations en strontium-90. D.J. Hole, C.R. Gillis et D. Sumner, 5(1), 1993, p. 39-43.

Contrôle de la qualité des données internationales sur l'incidence du cancer. S.L. Whelan, 5(1), 1993, p. 73-79.

Étude épidémiologique du cancer du foie effectuée à l'aide d'un registre du cancer fondé sur la population de Khon Kaen en Thaïlande. S. Sriamporn, 5(1), 1993, p. 51-58.

Étude de l'intégralité de la déclaration des cas de cancer selon la taille de l'hôpital et la source de référence - Surveillance, Epidemiology and End Results Program (Program SEER). C. Zippin et D. Lum, 5(1), 1993, p. 87-90.

Étude portant sur une grappe de cas de leucémie infantile. M. Deschamps et P. Band, 5(1), 1993, p. 81-85.

Incidence du cancer et mortalité due au cancer, 1997. Le Comité directeur des statistiques canadiennes sur le cancer et al., 8(4), 1997, p. 43-54.

Incidence du cancer selon le groupe ethnique dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) 1969-1988. L.A. Gaudette, R.-N. Gao, S. Freitag et al., 5(1), 1993, p. 23-32.

Incidence du cancer dans la région métropolitaine de Melbourne chez les membres du corps des pompiers, 1980-1989. G. Giles, M. Staples et J. Berry, 5(1), 1993, p. 33-38.

Mesure de l'incidence du cancer de la peau. A. Kricger, B.K. Armstrong et D.M. Parkin, 5(1), 1993, p. 63-66.

Modèle pour l'estimation du coût et du fardeau associés au diagnostic et au traitement du cancer du sein au Canada. B.P. Will, J.-M. Berthelot, C. Houle et al., 5(4), 1993, p. 399-408.

Précision des renseignements sur le lieu de résidence au niveau des municipalités dans le Registre du cancer de l'Ontario : Résultats d'une étude pilote. L.D. Marrett et E. Weir, 5(1), 1993, p. 11-16.

Le point sur la mortalité par cancer du sein, 1995. L.A. Gaudette, R.-N. Gau, M. Wysocki et al., 9(1), 1997, p. 33-36.

Le projet relatif aux cas signalés par les hôpitaux seulement. E.J. Holowaty et D. Dale, 5(1), 1993, p. 91-95.

Le registre du cancer peut-il servir à appuyer un programme communautaire de lutte contre le cancer? A. Nemecek, H. Schipper et C. Trylinski, 5(1), 1993, p. 17-21.

Qui ne se fait pas mammographier? J.F. Gentleman et J. Lee, 9(1), 1997, p. 19-29.

Risques professionnels associés au cancer en Alberta. S. Fincham, A. MacMillan, D. Turner et al., 5(1), 1993, p. 67-72.

Le système international d'échange de données sur les patients atteints de cancer (SIEDPAC). V.F. Guinee, 5(1), 1993, p. 97-103.

Tableau épidémiologique des affections malignes chez l'enfant en Slovaquie, 1968-1987. I. Plesko, E. Kramárová et A. Obsitniková, 5(1), 1993, p. 59-62.

Taux comparatifs de mortalité par cancer de l'estomac dans les régions rurales et urbaines de la voïévodie de Wroclaw et en Pologne, 1980-1989. J. Kornafel, W. Chmielarczyk, M. Wawrzkiwicz et al., 5(1), 1993, p. 45-49.

Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer. L.A. Gaudette, C. Silberberger, C.A. Altmayer et al., 8(2), 1996, p. 31-40.

Tendances relatives à l'incidence de la leucémie infantile entre 1961 et 1985 et à l'exposition des parents aux rayonnements. J. Bell, 5(1), 1993, p. 111-115.

Tendances relatives à l'utilisation de la mammographie, 1981 à 1994. L.A. Gaudette, C.A. Altmayer, K.M.P. Nobrega et al., 8(3), 1996, p. 19-30.

Tendances de la survie au cancer dans le sud-est des Pays-Bas depuis 1975 : l'expérience du registre du cancer d'Eindhoven. J.W. Coebergh, M.A. Crommelin, L.H. van der Heijden et al., 5(1), 1993, p. 105-110.

Utilisation des données d'un registre du cancer pour l'évaluation du traitement du cancer de l'ovaire dans les hôpitaux. D.J. Hole et C.R. Gillis, 5(1), 1993, p. 117-119.

Causes de décès

Voir aussi Mortalité

Causes de décès : différences entre les sexes. K. Wilkins, 7(2), 1995, p. 39-50.

Causes multiples de décès. K. Wilkins, M. Wysocki, C. Morin, et al., 9(2), 1997, p. 21-32.

Césariennes

Diminution du taux de césariennes : la tendance va-t-elle se poursuivre? W.J. Millar, C. Nair et S. Wadhera, 8(1), 1996, p. 17-24.

Risques de la maternité à un âge avancé. Y.C. MacNab, J. Macdonald et T.A. Tuk, 9(2), 1997, p. 43-53.

Chirurgie

Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différence selon le sexe. G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, 9(1), 1997, p. 9-18.

Fractures de la hanche: mortalité, morbidité et traitement chirurgical. W.J. Millar et G.B. Hill, 6(3), 1994, p. 323-337.

Taux élevés et faibles des interventions chirurgicales dans différentes divisions de recensement au Canada. J.F. Gentleman, G.F. Parsons, M.N. Walsh et al., 6(4), 1994, p. 403-440.

Tendances en matière d'hospitalisation, de 1982-1983 à 1992-1993. J. Randhawa et R. Riley, 7(1), 1995, p. 45-53.

Classification

Classification des actes médicaux au Canada - vers quoi se dirige-t-on? E. Taylor et J. Murray, 5(3), 1993, p. 303-314.

Collecte de données

Voir aussi Enquête sur la santé

Causes multiples de décès. K. Wilkins, M. Wysocki, C. Morin et al., 9(2), 1997, p. 21-32.

Contrôle de la qualité des données internationales sur l'incidence du cancer. S.L. Whelan, 5(1), 1993, p. 73-79.

Le système international d'échange de données sur les patients atteints de cancer (SIEDPAC). V.F. Guinée, 5(1), 1993, p. 97-103.

Utilisation des codes postaux et des adresses dans l'analyse des données sur la santé. R. Wilkins, 5(2), 1993, p. 157-177.

Utilisation des données d'un registre du cancer pour l'évaluation du traitement du cancer de l'ovaire dans les hôpitaux. D.J. Hole et C.R. Gillis, 5(1), 1993, p. 117-119.

Consommation de médicaments

Voir Usage de médicaments

Consultation externe

Voir aussi Soins de santé

La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995. P. Tully et É. Saint-Pierre, 8(4), 1997, p. 35-42.

Coroners et médecins légistes

Commentaires sur le rôle du coroner en Ontario: interroger la mort pour protéger la vie. K. Wilkins, 6(3), 1994, p. 353.

Le rôle du coroner en Ontario: interroger la mort pour protéger la vie. J. Young et J.M. Wagner, 6(3), 1994, p. 339-347.

D

Décès

Voir aussi Causes de mortalité

Les besoins en données interprovinciales pour des indicateurs locaux de la santé: l'expérience de la Colombie-Britannique. K.F. Burr, B. McKee, L.T. Foster et al., 7(2), 1995, p. 19-27.

Décès 1993. F. Nault et K. Wilkins, 7(1), 1995, p. 55-67.

Diminution des écarts de mortalité, de 1978 à 1995. F. Nault, 9(1), 1997, p. 37-43.

Mortalité cérébrovasculaire et facteurs de risque connexes en Finlande: tendances des 20 dernières années. C. Sarti, E. Vartiainen, J. Torppa et al., 6(1), 1994, p. 196-206.

Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995. F. Nault, 9(3), 1998, p. 43-51.

Profil mensuels et quotidiens des décès. R. Trudeau, 9(1), 1997, p. 45-53.

Un survol de la mortalité au Canada en 1992. F. Nault et D. Ford, 6(2), 1994, p. 287-294.

Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer. L.A. Gaudette, C. Silberberger, C.A. Altmayer et al., 8(2), 1996, p. 31-40.

Tendances de la mortalité et de la morbidité hospitalière dues à des anévrismes de l'aorte abdominale. W.J. Millar, C.W. Cole et G.B. Hill, 7(1), 1995, p. 21-30.

Démence

Démence chez les personnes âgées. G. Hill, W. Forbes, J.-M. Berthelot et al., 8(2), 1996, p. 7-11.

Démographie

Impact des nouvelles estimations de la population sur la statistique de la santé et de l'état civil. R. Bender, 7(1), 1995, p. 7-20.

Dépendance

Voir aussi Soutien social

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, 8(3), 1996, p. 31-41.

L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991. E. Ng, 8(1), 1996, p. 25-33.

Problèmes de santé chronique, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. K. Wilkins et E. Park, 8(3), 1996, p. 7-17.

Dépression

Voir aussi Santé mentale

Dépression. M.P. Beaudet, 7(4), 1996, p. 11-25.

La dépression : un trouble partiellement traité? B. Diverty et M.P. Beaudet, 8(4), 1997, p. 9-19.

Diabète sucré

La santé des diabétiques au Canada. R. James, T. K. Young, C. A. Mustard et al., 9(3), 1998, p. 53-9.

Divorce

Différences d'âge dans les couples mariés et qui divorcent. J.F. Gentleman et E. Park, 6(2), 1994, p. 225-240.

Divorces des années 1990. J.F. Gentleman et E. Park, 9(2), 1997, p. 57-62.

Dossiers médicaux

Voir Collecte de données
Enquêtes sur la santé

Douleur

La douleur chronique. W.J. Millar, 7(4), 1996, p. 51-58.

E

Enfants

Voir aussi Jeunesse

Le cancer infantile chez des cohortes de naissance dont on connaît les concentrations en strontium-90. D.J. Hole, C.R. Gillis et D. Sumner, 5(1), 1993, p. 39-43.

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants (ELNE). G. Montigny, 5(3), 1993, p. 317-320.

Étude portant sur une grappe de cas de leucémie infantile. M. Deschamps et P. Band, 5(1), 1993, p. 81-85.

Tableau épidémiologique des affections malignes chez l'enfant en Slovaquie, 1968-1987. I. Plesko, E. Kramárová et A. Obsitníková, 5(1), 1993, p. 59-62.

Tendances relatives à l'incidence de la leucémie infantile entre 1961 et 1985 et à l'exposition des parents aux rayonnements. J. Bell, 5(1), 1993, p. 111-115.

Enquêtes sur la santé

Voir aussi Collecte de données

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants (ELNE). G. Montigny, 5(3), 1993, p. 317-320.

Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population. J.-L. Tambay et G. Catlin, 7(1), 1995, p. 31-42.

Équipement de sécurité

Facteurs liés au port du casque à vélo. W.J. Millar et I.B. Pless, 9(2), 1997, p. 33-42.

Espérance de vie

Voir aussi Tables de mortalité

Indicateurs du statut de la santé

Démence chez les personnes âgées. G.B. Hill, W. Forbes, J.-M. Berthelot et al., 8(2), 1996, p. 7-11.

Diminution des écarts de mortalité, de 1978 à 1995. F. Nault, 9(1), 1997, p. 37-43.

L'éradication de la maladie : pas toujours une bénédiction. W.J. Millar et G.B. Hill, 7(3), 1995, p. 7-14.

Espérance de vie ajustée sur la santé. M.C. Wolfson, 8(1), 1996, p. 43-49.

L'espérance de vie des Canadiens. W.J. Millar, 7(3), 1995, p. 23-26.

Établissements de soins de santé

Voir aussi Hôpitaux

Maisons d'hébergement pour femmes violentées. R. Trudeau, 7(3), 1995, p. 31-35.

Profil des maisons d'hébergement et refuges pour victimes de violence familiale. G. MacDonald et L. Touchette, 5(2), 1993, p. 131-142.

Résidents âgés des établissements de santé. P. Tully et C. Mohl, 7(3), 1995, p. 27-30.

Exercice

Le rôle de l'exercice physique dans la prévention des accidents cérébrovasculaires. G.F. Fletcher, 6(1), 1994, p. 106-110.

F

Fractures de la hanche

Fractures de la hanche: mortalité, morbidité et traitement chirurgical. W.J. Millar et G.B. Hill, 6(3), 1994, p. 323-337.

G

Grossesse

Voir aussi Naissances

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. S. Wadhwa et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 9-17.

Issue des grossesses. S. Wadhwa et W.J. Millar, 8(1), 1996, p. 7-16.

H

Hôpitaux

Voir aussi Établissements de soins de santé

À quelle distance se trouve le plus proche hôpital? Le calcul des distances à l'aide du Fichier de conversion des codes postaux de Statistique Canada. E. Ng, R. Wilkins et A. Perras, 5(2), 1993, p. 179-188.

La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995. P. Tully et É. Saint-Pierre, 8(4), 1997, p. 35-42.

Hospitalisation

Caractéristiques des utilisateurs des services hospitaliers. K. Wilkins et E. Park, 9(3), 1998, p. 29-39.

Qui va à l'hôpital? Étude des gros consommateurs de soins hospitaliers. H. Johansen, C. Nair et J. Bond, 6(2), 1994, p. 253-277.

La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. J. Chen, E. Ng et R. Wilkins, 7(4), 1996, p. 37-50.

Statistiques sur la santé mentale de 1982-1983 à 1993-1994. J. Randhawa et R. Riley, 7(4), 1996, p. 59-65.

Tendances en matière d'hospitalisation, de 1982-1983 à 1992-1993. J. Randhawa et R. Riley, 7(1), 1995, p. 45-53.

Tendances de la mortalité et de la morbidité hospitalière dues à des anévrismes de l'aorte abdominale. W.J. Millar, C.W. Cole et G.B. Hill, 7(1), 1995, p. 21-30.

Hypertension

Facteurs de risque de l'hypertension selon l'Enquête santé Canada. M. Tomiak et J.F. Gentleman, 5(4), 1993, p. 419-428.

I

Immigrants

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, 8(3), 1996, p. 31-41.

La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. J. Chen, E. Ng et R. Wilkins, 7(4), 1996, p. 37-50.

La tuberculose, 1994. K. Wilkins, 8(1), 1996, p. 35-41.

Indicateurs du statut de la santé

Voir aussi Espérance de vie
Tables de mortalité

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, 8(3), 1996, p. 31-41.

Espérance de vie ajustée sur la santé. M.C. Wolfson, 8(1), 1996, p. 43-49.

Impact des nouvelles estimations de la population sur la statistique de la santé et de l'état civil. R. Bender, 7(1), 1995, p. 7-20.

Indice de l'état de santé : mesurer les écarts dans l'état de santé en Ontario, selon la situation socioéconomique. R. Roberge, J.-M. Berthelot et M.C. Wolfson, 7(2), 1995, p. 29-37.

La santé : une question d'attitude. S. Hood, M.P. Beaudet et G. Catlin, 7(4), 1996, p. 27-36.

Statut social et risques pour la santé des adultes canadiens : 1985 et 1991. W.J. Millar et T. Stephens, 5(2), 1993, p. 143-156.

J

Jeunesse

Voir aussi Enfants

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. S. Wadhwa et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 9-17.

L

Limitations d'activités

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, 8(3), 1996, p. 31-41.

L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991. E. Ng, 8(1), 1996, p. 25-33.

Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. K. Wilkins et E. Park, 8(3), 1996, p. 7-17.

M

Maisons de santé

Voir Établissements de soins de santé

Maladies du système circulatoire

Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute. Johansen H, Nargunkar M, Nair C et al., 1998; 9(4): 19-30.

L'aspirine administrée dans les cas d'atteinte carotidienne asymptomatique. R. Côté, 6(1), 1994, p. 114-120.

Causes multiples de décès. K. Wilkins, M. Wysocki, C. Morin et al., 9(2), 1997, p. 21-32.

Les facteurs alimentaires, liés aux accidents cérébrovasculaires et aux principales maladies cardiovasculaires : comparaison épidémiologique à l'échelle internationale pour la prévention par le régime alimentaire. Y. Yamori, Y. Nara, S. Mizushima et al., 6(1), 1994, p. 22-27.

Fondement théorique des mesures d'intervention communautaire de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires. D.R. MacLean, 6(1), 1994, p. 174-180.

Ischémie cérébrale transitoire : prévalence dans la communauté et sensibilisation. J.F. Toole, 6(1), 1994, p. 121-125.

Le retard de croissance intra-utérin augmente le risque de maladies cardiovasculaires. C.N. Martyn et D.J.P. Barker, 6(1), 1994, p. 45-53.

Trouver le juste équilibre. D.R. MacLean, 6(1), 1994, p. 171-173.

Mammographie

Qui ne se fait pas mammographier? J.F. Gentleman et J. Lee, 9(1), 1997, p. 19-29.

Tendances relatives à l'utilisation de la mammographie, 1981 à 1994. L.A. Gaudette, C.A. Altmayer, K.M.P. Nobrega et al., 8(3), 1996, p. 19-30.

Mariage

Différences d'âge dans les couples mariés et qui divorcent. J.F. Gentleman et E. Park, 6(2), 1994, p. 225-240.

Vingt ans de mariage. F. Nault, 8(2), 1996, p. 41-49.

Médecins

Faits saillants sur la Base de données nationale sur les médecins (BDNM). J. Strachan, L. Flor et P. Moïse, 6(2), 1994, p. 295-299.

À quelle distance se trouve le médecin le plus proche? E. Ng, R. Wilkins, J. Pole et al., 8(4), 1997, p. 21-34.

Ménopause

Caractéristiques des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive. M.P. Beaudet, W. Walop et C. Le Petit, 9(2), 1997, p. 9-19.

Morbidité

Voir Hospitalisation

Mortalité

Voir Décès

N

Naissances

Voir aussi Grossesse

La base de données canadienne sur les naissances : un nouvel outil de recherche pour étudier l'issue de la grossesse. M. Fair et M. Cyr, 5(3), 1993, p. 281-290.

Caractéristiques démographiques des mères et taux d'insuffisance pondérale à la naissance au Canada, 1961 à 1990. E. Ng et R. Wilkins, 6(2), 1994, p. 241-252.

Changements des tendances de la fécondité, 1974 à 1994. D. Ford et F. Nault, 8(3), 1996, p. 43-51.

Risques de la maternité à un âge avancé. Y.C. MacNab, J. Macdonald et T.A. Tuk, 9(2), 1997, p. 43-53.

Néoplasme

Voir Cancer

Nutrition

Les facteurs alimentaires liés aux accidents cérébrovasculaires et aux principales maladies cardiovasculaires : comparaison épidémiologique à l'échelle internationale pour la prévention par le régime alimentaire. Y. Yamori, Y. Nara, S. Mizushima et al., 6(1), 1994, p. 22-27.

Prévention des accidents cérébrovasculaires dans la collectivité : amélioration de la nutrition au Japon. Y. Yamori et R. Horie, 6(1), 1994, p. 181-188.

P

Personnel infirmier

L'étude OXCHECK : perspective des infirmières. C. O'Neill, 6(1), 1994, p. 160-165.

Infirmiers autorisés, 1995. R. Trudeau, 8(2), 1996, p. 23-30.

Peuples autochtones

Incidence du cancer selon le groupe ethnique dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) 1969-1988. L.A. Gaudette, R.-N. Gao, S. Freitag et al., 5(1), 1993, p. 23-32.

La santé des résidents du Nord. B. Diverty et C. Pérez, 9(4), 1998, p. 51-61.

La tuberculose, 1994. K. Wilkins, 8(1), 1996, p. 35-41.

L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991. E. Ng, 8(1), 1996, p. 25-33.

Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer. L.A. Gaudette, C. Silberberger, C.A. Altmayer et al., 8(2), 1996, p. 31-40.

Planification de la santé

Voir aussi Planification de santé
Soins de santé régionale

La réforme de la santé en Saskatchewan. G. Bell, 6(1), 1994, p. 211-215.

Planification de santé régionale

Voir Planification de soins de santé
Soins de santé

Les besoins en données interprovinciales pour des indicateurs locaux de la santé : l'expérience de la Colombie-Britannique. K.F. Burr, B. McKee, L.T. Foster et al., 7(2), 1995, p. 19-27.

Fondement théorique des mesures d'intervention communautaire de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires. D.R. MacLean, 6(1), 1994, p. 174-180.

Le registre du cancer peut-il servir à appuyer un programme communautaire de lutte contre le cancer? A. Nemecek, H. Schipper et C. Trylinski, 5(1), 1993, p. 17-21.

Poids faible à la naissance

Les besoins en données interprovinciales pour des indicateurs locaux de la santé : l'expérience de la Colombie-Britannique. K.F. Burr, B. McKee, L.T. Foster et al., 7(2), 1995, p. 19-27.

Changements des tendances de la fécondité, 1974 à 1994. D. Ford et F. Nault, 8(3), 1996, p. 43-51.

Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995. F. Nault, 9(3), 1998, p. 43-51.

Risques de la maternité à un âge avancé. Y.C. MacNab, J. Macdonald et T.A. Tuk, 9(2), 1997, p. 43-53.

Problèmes de santé chroniques

La douleur chronique. W.J. Millar, 7(4), 1996, p. 51-58.

Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. K. Wilkins et E. Park, 8(3), 1996, p. 7-17.

La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. J. Chen, E. Ng et R. Wilkins, 7(4), 1996, p. 37-50.

Profession

Voir Statut socioéconomique

Promotion de la santé

Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité. W.J. Millar, 8(2), 1996, p. 13-22.

Psychiatrie

Voir Santé mentale

R

Résidents du grand nord

La santé des résidents du Nord. B. Diverty et C. Pérez, 9(4), 1998, p. 51-61.

Revenu

Voir Statut socioéconomique

S

Santé mentale

Voir aussi Dépression
Stress, psychologique

Statistiques sur la santé mentale de 1982-1983 à 1993-1994. J. Randhawa et R. Riley, 7(4), 1996, p. 59-65.

Santé préventive

Accroître la pratique préventive. S. Stachenko, 6(1), 1994, p. 1-7.

Correction des facteurs de risque dans la prévention de l'accident cérébrovasculaire : principaux essais cliniques sur l'hypertension. N.E. Borhani, 6(1), 1994, p. 76-86.

Facteurs liés au port du casque à vélo. W.J. Millar et I.B. Pless, 9(2), 1997, p. 33-42.

Plan du projet de prévention clinique des accidents cérébrovasculaires de la Saskatchewan. B.A. Reeder, V. Ramsden, A. Shuaib et al., 6(1), 1994, p. 166-170.

Pratique clinique préventive. L.B. Goldstein, 6(1), 1994, p. 139-141.

La pratique de la prévention. R.W. Elford, P. Jennett, N. Bell et al., 6(1), 1994, p. 142-153.

La prévention des accidents cérébrovasculaires : facteurs à considérer aux fins de l'élaboration d'une politique en matière de santé. C. Lenfant et E.J. Roccella, 6(1), 1994, p. 216-223.

Prévention des accidents cérébrovasculaires : incidence sur la politique en matière de santé. A. Chockalingam, 6(1), 1994, p. 207-210.

La prévention de l'accident cérébrovasculaire en présence de fibrillation auriculaire : une mise à jour. R.G. Hart, 6(1), 1994, p. 126-131.

Prévention des accidents cérébrovasculaires dans la collectivité : amélioration de la nutrition au Japon. Y. Yamori et R. Horie, 6(1), 1994, p. 181-188.

Prévention des accidents cérébrovasculaires au niveau communautaire : un défi pour le Portugal. M.O. Carrageta, L. Negrao et F. de Padua, 6(1), 1994, p. 189-195.

Prévention primaire des accidents cérébro-vasculaires. A. Chockalingam, 6(1), 1994, p. 73-75.

Prévention secondaire de l'accident cérébrovasculaire. A. Shuaib, 6(1), 1994, p. 111-113.

Prévention secondaire et tertiaire des accidents cérébrovasculaires. L.B. Goldstein et D.B. Matchar, 6(1), 1994, p. 154-159.

Survol des progrès en prévention des accidents cérébrovasculaires. H.J.M. Barnett, 6(1), 1994, p. 132-138.

Santé professionnelle

Mise à jour d'une étude épidémiologique sur les travailleurs d'une usine d'affinage hydrométallurgique du nickel à Fort Saskatchewan en Alberta. R.D. Egedahl, M. Carpenter et R. Homik, 5(3), 1993, p. 291-302.

Risques professionnels associés au cancer en Alberta. S. Fincham, A. MacMillan, D. Turner et al., 5(1), 1993, p. 67-72.

Soins de santé

Voir aussi Établissements de soins de santé

Hôpitaux

Hospitalisation

Médecins

Planification de la santé

Planification de santé régionale

Personnel infirmier

Aperçu des systèmes de santé du Canada et de certains pays de l'OCDE. C. Nair et R. Karim, 5(3), 1993, p. 259-279.

Caractéristiques des utilisateurs des services hospitaliers. K. Wilkins et E. Park, 9(3), 1998, p. 29-39

La dépression : un trouble partiellement traité? B. Diverty et M.P. Beaudet, 8(4), 1997, p. 9-19.

La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995. P. Tully et E. Saint-Pierre, 8(4), 1997, p. 35-42.

Statistiques sur la santé mentale de 1982-1983 à 1993-1994. J. Randhawa et R. Riley, 7(4), 1996, p. 59-65.

Soutien social

Voir aussi Dépendance

Les centres de soins de jour pour adultes en Colombie-Britannique : caractéristiques des clients, raisons de l'aiguillage et raisons de l'omission de se présenter. G.M. Gutman, S. Milstein, J. Killam et al., 5(3), 1993, p. 321-333.

Les centres de soins de jour pour adultes en Colombie-Britannique : modèles, caractéristiques et services. G.M. Gutman, S. Milstein, J. Killam et al., 1993, 5(2), p. 189-207.

Le réseau de soins prolongés pour les aînés en Colombie-Britannique : attitudes et opinions. N.L. McAllister et M. Hollander, 5(4), 1993, p. 409-418.

Statistiques de l'état civil

Voir aussi Décès
Démographie
Divorce
Mariage
Naissances

Historique de la statistique de l'état civil au Canada: première partie - de 1605 à 1945. M. Fair, 6(3), 1994, p. 355-375.

Statut socioéconomique

Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité. W.J. Millar, 8(2), 1996, p. 13-22.

Indice de l'état de santé : mesurer les écarts dans l'état de santé en Ontario, selon la situation socioéconomique. R. Roberge, J.-M. Berthelot et M.C. Wolfson, 7(2), 1995, p. 29-37.

Statut social et risques pour la santé des adultes canadiens : 1985 et 1991. W.J. Millar et T. Stephens, 5(2), 1993, p. 143-156.

Stress, psychologique

Voir aussi Santé mentale

La santé : une question d'attitude. S. Hood, M.P. Beaudet et G. Catlin, 7(4), 1996, p. 27-36.

T

Tabagisme

Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune? J. Chen et W.J. Millar, 9(4), 1998, p. 39-48.

Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité. W.J. Millar, 8(2), 1996, p. 13-22.

L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire. M. Stephens et J. Siroonian, 9(4), 1998, p. 31-38.

Promouvoir le renoncement au tabac : la prévention des accidents cérébrovasculaires. E. Wilson, 6(1), 1994, p. 100-105.

Rapport sommaire de l'Atelier sur la surveillance de l'usage du tabac. C. Mills, T. Stephens et K. Wilkins, 6(3), 1994, p. 377-387.

Tables de mortalité

Voir aussi Espérance de vie
Indicateurs du statut de la santé

Incidence de la méthode d'estimation et de la correction de la population sur les estimations tirées des tables de mortalité canadiennes. E. Ng et J.F. Gentleman, 7(3), 1995, p. 15-22.

Tendances saisonnières

Profils mensuels et quotidiens des décès. R. Trudeau, 9(1), 1997, p. 45-53.

Tuberculose

Incidence de la tuberculose au Canada en 1992. K. Wilkins, 6(2), 1994, p. 301-309.

La tuberculose, 1994. K. Wilkins, 8(1), 1996, p. 35-41.

U

Usage de médicaments

Caractéristiques des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive. M.P. Beaudet, W. Walop et C. Le Petit, 9(3), 1997, p. 9-19.

Dépression. M.P. Beaudet, 7(4), 1996, p. 11-25.

La douleur chronique. W.J. Millar, 7(4), 1996, p. 51-58.

La polymédication chez les personnes âgées. W.J. Millar, 9(4), 1998, p. 11-18.

L'aspirine administrée dans les cas d'atteinte carotidienne asymptomatique. R. Côté, 6(1), 1994, p. 114-120.

V

Vieillesse

Voir aussi Aînés

Démence chez les personnes âgées. G.B. Hill, W. Forbes, J.-M. Berthelot et al., 8(2), 1996, p. 7-11.

L'éradication de la maladie : pas toujours une bénédiction. W.J. Millar et G.B. Hill, 7(3), 1995, p. 7-14.

Espérance de vie ajustée sur la santé. M.C. Wolfson, 8(1), 1996, p. 43-49.

Violence conjugale

Maisons d'hébergement pour femmes violentées. R. Trudeau, 7(3), 1995, p. 31-35.

Profil des maisons d'hébergement et refuges pour victimes de violence familiale. G. MacDonald et L. Touchette, 5(2), 1993, p. 131-142.



Pour commander les publications

Cette section présente un inventaire des produits et services d'information de la Division des statistiques sur la santé comprenant les publications (sur papier, disquette, microfiche ou l'internet), les fichiers de microdonnées et les totalisations spéciales.



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

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

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

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix†		
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)
Rapports sur la santé · par année · l'exemplaire	82-003-XPB	Papier	116 \$	116 \$	116 \$
			35 \$	35 \$	35 \$
	82-003-XIF	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Indicateurs sur la santé	82-221-XDB	Disquette	250 \$	250 \$	250 \$
Naissances					
Naissances et décès‡	84-210-XPB	Papier	35 \$	35 \$	35 \$
	84-210-XMB	Microfiche	25 \$	25 \$	25 \$
	84-210-XIB	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, de 1974 à 1993	82-568-XPB	Papier	32 \$	39 \$	45 \$
Statistiques choisies sur la natalité et la fécondité, Canada, de 1921 à 1991	82-553-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001-XPB	Papier	30 \$	30 \$	30 \$
Cancer					
Le cancer au Canada‡	82-218-XPB	Papier	25 \$	30 \$	35 \$
L'incidence du cancer au Canada, de 1969 à 1993	82-566-XPB	Papier	42 \$	42 \$	42 \$
Statistiques canadiennes sur le cancer	82F0008-XIF	Internet		Sans frais	
Décès					
Causes de décès	84-208-XPB	Papier	62 \$	62 \$	62 \$
Causes principales de décès	84-503-XPB	Papier	30 \$	30 \$	30 \$
Naissances et décès‡	84-210-XPB	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
	84-210-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
	84-210-XIB	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Mortalité : Liste sommaire des causes	84-209-XPB	Papier	31 \$	31 \$	31 \$
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001-XPB	Papier	30 \$	30 \$	30 \$
Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, de 1921 à 1990	82-548-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Statistiques choisies sur la mortalité infantile et statistiques connexes, Canada, de 1921 à 1990	82-549-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$

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

‡ Publication révolue (numéro antérieur seulement).

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix†		
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)
Divorce					
Divorces‡	84-213-XPB	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
	84-213-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Hôpitaux					
Indicateurs des hôpitaux‡	83-246-XPB	Papier	60 \$	72 \$	84 \$
	83-246-XMB	Microfiche	45 \$	54 \$	63 \$
Hospitalisation					
La morbidité hospitalière et interventions chirurgicales‡	82-216-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
	82-216-XMB	Microfiche	35 \$	42 \$	49 \$
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Espérance de vie					
Tables de mortalité, Canada et provinces, de 1990 à 1992	84-537-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
	84-537-XDB	Disquette	40 \$	40 \$	40 \$
Mariage					
Mariages‡	84-212-XPB	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
	84-212-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Certains renseignements sur les mariages contractés, de 1921 à 1990	82-552-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Le déclin du mariage au Canada de 1981 à 1991	84-536-XPB	Papier	36 \$	44 \$	51 \$
Hygiène mentale					
La statistique de l'hygiène mentale‡	83-245-XPB	Papier	15 \$	18 \$	21 \$
Enquête nationale sur la santé de la population					
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995	82-567-XPB	Papier	10 \$	12 \$	14 \$
Personnel infirmier					
Personnel infirmier au Canada, 1995 : infirmier(ères) autorisé(e)s‡	83-243-XPB	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
	83-243-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Établissements de soins de santé					
Établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes‡	83-237-XPB	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
	83-237-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Avortements thérapeutiques					
Statistiques choisies sur les avortements thérapeutiques, de 1970 à 1991	82-550-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Avortements thérapeutiques	82-219-XPB	Papier	31 \$	31 \$	31 \$
	82-219-XMB	Microfiche	26 \$	26 \$	26 \$

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

‡ Publication révolue (numéro antérieur seulement).



Fichiers de microdonnées

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

Services personnalisés à la clientèle
 Division des statistiques sur la santé
 Statistique Canada
 Ottawa, Ontario
 K1A 0T6
 Téléphone : (613) 951-1746
 Télécopieur : (613) 951-0972

Fichiers de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1991-1995	Numéro du produit	Version	Prix†			
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)	
Composante des : ménages	· ASCII	82F0001XDB95001	Disquette	1 300 \$	1 300 \$	1 300 \$
	· ASCII et Ivision	82F0001XCB95001	CD-ROM	1 600 \$	1 600 \$	1 600 \$
Composante des : établissements de soins spéciaux	· ASCII	82M0010XDB	Disquette	500 \$	500 \$	500 \$



Totalisations spéciales

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

Les demandes de totalisations spéciales doivent être adressées aux :

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

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