



N° 82-003-XIF au catalogue

Rapports sur la santé

Printemps 2000
Vol. 11, n° 4

- Santé des adultes
- Soins à domicile
- Contraceptifs oraux
- Institutionnalisation des aînés



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

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

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

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

Renseignements sur les commandes et les abonnements

Le produit n° 82-003-XPB au catalogue est publié trimestriellement en version imprimée standard et est offert au prix de 35 \$ CA l'exemplaire et de 116 \$ CA pour un abonnement annuel. Les frais de livraison supplémentaires suivants s'appliquent aux envois à l'extérieur du Canada :

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

Ce produit est aussi disponible sous forme électronique dans le site Internet de Statistique Canada, sous le n° 82-003-XIF au catalogue, et est offert au prix de 26 \$ CA l'exemplaire et de 87 \$ CA pour un abonnement annuel. Les utilisateurs peuvent obtenir des exemplaires ou s'abonner en visitant notre site Web à www.statcan.ca et en choisissant la rubrique Produits et services.

Les prix ne comprennent pas les taxes de ventes.

La version imprimée peut être commandée par

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

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

Normes de service à la clientèle

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



Statistique Canada
Division des statistiques sur la santé

Rapports sur la santé

Printemps 2000 volume 11, n° 4

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2000

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.

Mai 2000

N° 82-003-XPB au catalogue, vol. 11, n° 4
ISSN 0840-6529

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 11, n° 4
ISSN 1209-1375

Périodicité : trimestrielle

Ottawa

Note de reconnaissance

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

SIGNES CONVENTIONNELS

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

- .. 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

Rédactrice principale
Mary Sue Devereaux

Rédactrice
Barbara Riggs

Rédacteur adjoint
Marc Saint-Laurent

Chargée de production
Renée Bourbonnais

Production et composition
Agnes Jones
Robert Pellarin
Micheline Pilon

Vérification des données
Dan Lucas*

Administration
Donna Eastman

Rédacteurs associés
Owen Adams
Gary Catlin
Arun Chockalingham
Gerry Hill
Elizabeth Lin
Nazeem Muhajarine
Yves Péron
Georgia Roberts
Eugene Vayda
Kathryn Wilkins

**Comité directeur de la Division
des statistiques sur la santé
pour la recherche et l'analyse**
Gary Catlin, président
Lorna Baillie
Larry Swain
Marie P. Beaudet
Martha Fair
Cyril Nair
Michel Séguin
Ghislaine Villeneuve

* Contrairement aux autres publications, les données statistiques contenues dans le volume 11, numéro 3 n'ont pas été révisées par Dan Lucas mais plutôt par chacun des auteurs.

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

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

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

Revue par les pairs

Les personnes suivantes, spécialistes cliniques, méthodologistes et spécialistes de domaines particuliers, ont revu les articles destinés aux quatre numéros du volume 11 de *Rapports sur la santé*. Les rédacteurs désirent les remercier de leurs précieux conseils et du temps qu'elles ont consacré à ce travail.

Owen Adams	Isra Levy
Denise Alcock	Steven Lewis
William R. Avison	Shawn C. Marshall
Elizabeth Barrett-Connor	Richard Massé
Roderic Beaujot	Verena Menec
Werner J. Becker	René Morissette
Alain Bélanger	Cameron Mustard
Robert Bourbeau	Jennifer O'Loughlin
Marni Brownell	Richard W. Osborn
John Cairney	Truls Østbye
Roy Cameron	Jean Reeder
Neena Chappell	Mark W. Rosenberg
Cora Craig	Susan Roxburgh
Eileen Crimmins	Nadine Sahyoun
Paul Demers	Harry Shannon
Carole Dilworth	Evelyn Shapiro
Luc Dugal	Colin R. Sharpe
Patricia Evans	Ron Sigal
David Felson	Robert Spasoff
Marcia Finlayson	Byron Spencer
John Frank	Kyle Steenland
Mark Goldberg	Tom Stephens
Mary Gordon	Valerie Tarasuk
Denise Guerriere	Gordon Thompson
Betty Havens	Peter Tugwell
Clyde Hertzman	Robin Walker
Seamus Hogan	Jean Wilson
Alan Jette	Christal A. Woodward
Nancy Kreiger	Jennifer Zelmer
Donna S. Lero	

Travaux de recherche

- Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? 9
L'observation de plus faibles taux de mortalité à l'égard de toutes les causes confondues et, plus particulièrement, en ce qui a trait aux maladies cardiovasculaires, parallèlement à une cote plus faible de risque de maladie cardiaque, d'hypertension, d'arthrite et de limitation des activités, donnent à penser que les générations récentes sont en meilleure santé que celles qui les ont précédées.
 Jiajian Chen et Wayne J. Millar
- L'utilisation des contraceptifs oraux 27
Les femmes qui prennent des contraceptifs oraux — groupe qui compte bon nombre de grandes fumeuses — sont en général jeunes et non mariées, sexuellement actives, assez bien instruites et couvertes par une assurance-médicaments.
 Kathryn Wilkins, Helen Johansen, Marie P. Beaudet et C. Ineke Neutel
- Soutien social aux aînés et soins à domicile 43
Même si l'on tient compte de l'effet de plusieurs caractéristiques démographiques et facteurs liés à la santé, on note une association entre le commencement du recours aux services de soins à domicile, d'une part, et l'augmentation du niveau perçu de soutien émotionnel et le passage à la vie seule, d'autre part.
 Kathryn Wilkins et Marie P. Beaudet
- Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? 55
L'état de santé est fortement associé à la présence en établissement de soins prolongés, mais l'absence de conjoint, le faible revenu, le faible niveau de scolarité et l'âge avancé sont également des facteurs importants.
 Helen Trottier, Laurent Martel, Christian Houle, Jean-Marie Berthelot et Jacques Légaré
- Errata 69



Données disponibles

Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999	73
Rapport sur la prévalence de l'usage de la cigarette, 1985 à 1999	73
Recueil de statistiques de l'état civil, 1996	73
Mariages, 1997	74
Nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux, 2000	75

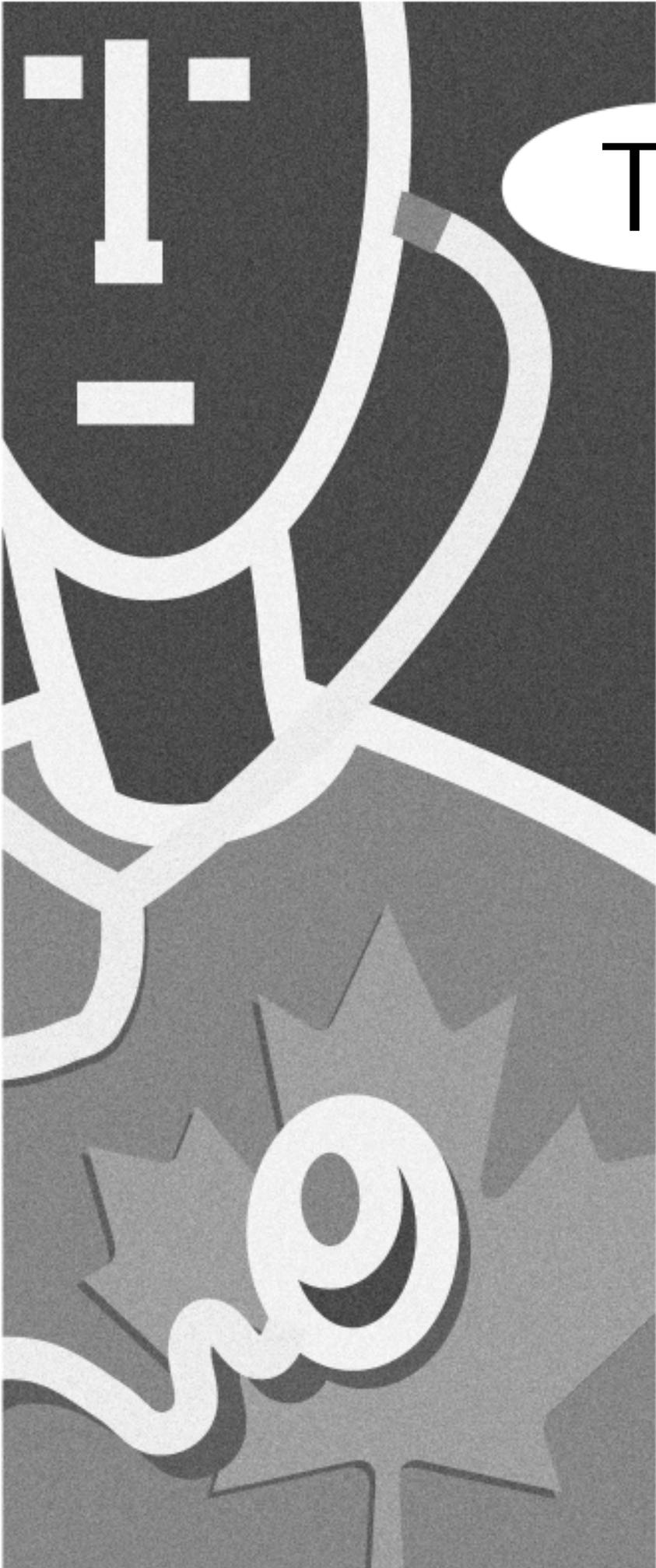
Index

.....	79
-------	----

Pour commander les publications

.....	93
-------	----

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



Travaux de recherche

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

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Les générations récentes sont-elles en meilleure santé?

Jiajian Chen and Wayne J. Millar

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les changements de l'état de santé des Canadiens et Canadiennes adultes survenus entre 1978-1979 et 1996-1997.

Sources des données

Les données proviennent de la Base canadienne de données de l'état civil, de l'Enquête sociale générale de 1991, de l'Enquête santé Canada (ESC) de 1978-1979 et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997.

Techniques d'analyse

On présente les taux de mortalité selon l'âge calculés pour 1978 et 1996. L'incidence cumulative de la maladie cardiaque est présentée pour 1991. On compare les taux transversaux de prévalence de certains problèmes de santé chroniques, de la limitation des activités, de l'usage du tabac et de l'obésité ainsi que le nombre de journées d'incapacité, calculés pour 1978-1979 et 1996-1997. On recourt à la régression logistique pour déterminer si les écarts entre les rapports de cotes exprimant le risque de problèmes de santé chroniques et de limitation des activités calculés d'après les données de l'ESC et de l'ENSP sont significatifs. Le programme SUDAAN, qui permet de tenir compte des plans de sondage complexes, a été utilisé pour calculer l'erreur-type des taux de prévalence et des coefficients dans le modèle de régression logistique.

Principaux résultats

La diminution de la mortalité et de la prévalence de la maladie cardiaque, de l'hypertension, de l'arthrite et de la limitation des activités donne à penser que les générations récentes sont en meilleure santé que celles qui les ont précédées. Si l'on tient compte de l'effet de l'âge, ainsi que de celui des niveaux de scolarité et de revenu, la cote exprimant le risque de présenter l'un des problèmes de santé susmentionnés est généralement plus faible pour chaque génération successive, et plus faible au milieu des années 1990 qu'à la fin des années 1970. Cependant, la cote exprimant le risque de faire du diabète est plus forte en 1996-1997 qu'en 1978-1979, et plus forte pour les générations récentes que pour les celles qui les ont précédées.

Mots clés

Études de cohortes, maladies cardiovasculaires, arthrite, diabète sucré, hypertension, limitation des activités.

Auteurs

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

Durant les premières décennies du XXI^e siècle, la génération du baby boom, la cohorte de naissances la plus nombreuse de l'histoire du Canada, atteindra le troisième âge. Si ses membres présentent le même profil de maladies que ceux des générations précédentes, la demande de services de santé et, donc, les dépenses au titre de ces services pourraient augmenter considérablement¹⁻³. Par contre, si l'on arrivait à retarder, voire prévenir, la manifestation des problèmes de santé chroniques, on réduirait vraisemblablement leur prévalence et celle de l'incapacité chez les personnes âgées⁴⁻⁹. Un mode de vie et un environnement plus sains, ainsi que la surveillance régulière de l'état de santé grâce à des services de santé accessibles favoriseraient sans doute la réalisation de ces objectifs. Par conséquent, il est plausible que la demande de services de santé et les dépenses au titre de ces services puissent diminuer⁹.

Le présent article a pour objet de comparer l'état de santé et les comportements liés à la santé chez les hommes et les femmes qui avaient de 32 à 85 ans en 1996-1997 et chez les membres de cohortes antérieures qui appartenaient au même groupe d'âge en 1978-1979. L'objectif est de vérifier

Source des données

Les données sur la prévalence des problèmes de santé chroniques, de la limitation des activités, de l'obésité et de l'usage du tabac ainsi que sur le nombre moyen de journées d'incapacité proviennent de l'Enquête santé Canada (ESC) de 1978-1979 réalisée par Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997 réalisée par Statistique Canada.

L'ESC, qui a eu lieu de mai 1978 à mars 1979, couvrait la population à domicile, sauf les habitants des territoires, des réserves indiennes et des régions éloignées. L'échantillon comptait 12 218 ménages. Les données ont été recueillies au moyen de questionnaires remplis par l'intervieweur et par le répondant (composante de l'interview) et au moyen de mesures instrumentales (composante des mesures physiques).

La composante de l'interview comportait trois questionnaires, la fiche de ménage, le questionnaire posé par un intervieweur (QPI) et le questionnaire sur le mode de vie et la santé (QMVS). La fiche de ménage renseignait sur les caractéristiques des ménages qui ont participé à l'enquête et de leurs membres. Un intervieweur a recueilli les données QPI (données autodéclarées) sur les problèmes de santé chroniques et la limitation des activités pour tous les membres du ménage auprès d'un membre bien informé de ce dernier. Le QMVS a été remis au membre sélectionné du ménage afin qu'il le remplisse et a été recueilli par l'intervieweur plusieurs jours plus tard. Le QMVS ne couvrait que les personnes de 15 ans et plus.

Un sous-ensemble de ménages de la composante de l'interview ont été invités à participer à la composante des mesures physiques, qui comprenait deux volets. Le premier comportait des mesures de la tension artérielle, de la capacité cardiorespiratoire, de la taille, du poids et du pli cutané chez les personnes de 2 ans et plus. Ces données ont été consignées sur la fiche des mesures physiques. Le deuxième volet comportait un prélèvement de sang chez les personnes de 3 ans et plus pour l'évaluation de l'état immunitaire, les analyses biochimiques et le dosage de métaux traces.

Pour la composante de l'interview, le taux de réponse au QPI a été de 86 % (10 571 ménages) et 89 % des membres des ménages qui ont répondu au QPI (tous âges confondus) (23 791 personnes de 15 ans et plus) ont répondu au QMVS. Pour la composante des mesures physiques, 72 % des ménages qui ont répondu au QPI (6 131 personnes de 2 ans et plus) et qui satisfaisaient aux critères pour répondre au QMVS l'ont fait. Une description plus détaillée de l'enquête figure dans un rapport déjà publié¹⁰.

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), qui a été lancée en 1994-1995, est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre la population à domicile et les personnes placées en établissement de santé des provinces et des territoires, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP compte une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

La présente analyse porte sur les données transversales du deuxième cycle de l'ENSP, réalisé en 1996-1997. Ces données concernent la population à domicile des 10 provinces.

L'échantillon transversal de 1996-1997 comprend les membres du panel longitudinal, ainsi que les personnes sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (acquisition d'unités d'échantillonnage

additionnelles) demandés par trois provinces. Ces personnes supplémentaires, qui ont été sélectionnées par la méthode de composition aléatoire (CA), ne sont incluses dans l'échantillon qu'aux fins de l'analyse transversale.

Les données individuelles sont classées dans deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. On a recueilli dans le Fichier général des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé (par exemple, problèmes de santé chroniques, limitation des activités et utilisation des services de santé) de tous les membres des ménages participants. En outre, on a sélectionné au hasard dans chacun de ces ménages une personne à laquelle on a demandé de fournir des renseignements détaillés sur sa santé. Le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les données du Fichier général sur les personnes qui ont fourni ces renseignements.

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

Dans chaque ménage formant la composante longitudinale, les personnes qui ont été sélectionnées au hasard pour fournir des renseignements détaillés sur leur santé pour le Fichier santé lors du premier cycle ont eu tendance à fournir des renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général au moment du deuxième cycle. En outre, les personnes choisies au hasard lors du premier cycle ont fourni des renseignements de suivi à propos de leur santé au deuxième cycle.

En 1996-1997, le taux de réponse transversal des ménages se chiffrait à 83 % pour le Fichier général et le taux de réponse pour les membres du panel longitudinal se chiffrait à 96 % pour le Fichier santé. Les données analysées ici proviennent principalement du Fichier général, sauf celles sur l'usage du tabac, la taille et le poids, qui proviennent du Fichier santé. Plusieurs rapports déjà publiés contiennent une description plus détaillée du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'interview de l'ENSP¹¹⁻¹³.

L'effectif des échantillons de la population visée par l'analyse, à savoir les personnes de 32 à 85 ans, est de 14 092 personnes pour l'ESC et de 112 768 personnes pour l'ENSP. Dans le cas de l'ESC, la détermination de la prévalence de l'usage du tabac se fonde sur un échantillon de 12 224 personnes et celle l'obésité, sur un échantillon de 2 800 personnes. Les effectifs correspondants d'échantillon pour l'ENSP sont de 51 163 personnes pour les deux variables.

Les données sur l'âge au moment de la manifestation de la maladie cardiaque proviennent de l'Enquête sociale générale de 1991 réalisée par Statistique Canada¹⁴. Cette enquête transversale a été effectuée auprès d'un échantillon de 11 924 membres de la population à domicile de 15 ans et plus. Le taux global de réponse a été de 80 %. Le sous-échantillon sur lequel porte l'analyse de survie axée sur l'incidence cumulative de la maladie cardiaque comprend 9 187 personnes nées entre 1911 et 1964.

Les taux de mortalité sont extraits de la Base canadienne de données de l'état civil tenue à jour par Statistique Canada.

s'il est bien fondé de penser que la génération du baby boom sera en meilleure santé au troisième âge que les générations qui l'ont précédée.

L'expression « génération du baby boom » s'applique aux personnes nées entre 1947 et 1964, période d'après la Deuxième Guerre mondiale durant laquelle le taux de fécondité a été élevé. Les années d'après-guerre ont été marquées par de nombreux progrès médicaux et technologiques, des initiatives de santé publique visant à prévenir la maladie et l'amélioration des comportements susceptibles d'influencer la manifestation et l'évolution des maladies chroniques. Les générations récentes pourraient aussi ne pas avoir été exposées

au même niveau de risques environnementaux au début de la vie que celles qui les ont précédées. De surcroît, une part croissante de la population canadienne poursuit des études postsecondaires, caractéristique socioéconomique que l'on a maintes fois associée à un meilleur état de santé¹⁵⁻¹⁸.

L'analyse porte sur trois groupes d'âge, à savoir les personnes de 32 à 49 ans, de 50 à 67 ans et de 68 à 85 ans. Conformément à l'intervalle de 18 années entre l'Enquête santé Canada (ESC) et l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les personnes observées ont été groupées en quatre cohortes de naissances : de 1947 à 1964 (génération du baby boom); de 1929 à 1946 (génération de la

Techniques d'analyse

On calcule la prévalence de la maladie cardiaque, de l'hypertension, de l'arthrite et de la limitation des activités pour trois cohortes d'âge (32 à 49 ans, 50 à 67 ans et 68 à 85 ans) en 1978-1979 et en 1996-1997. On présente aussi, pour chaque cohorte d'âge, les proportions de personnes obèses, de personnes qui fumaient tous les jours, ainsi que le nombre moyen de journées d'incapacité au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête.

On recourt à la régression logistique pour déterminer si les écarts entre les rapports de cotes de risque calculés pour les problèmes de santé chroniques d'après les données de l'Enquête santé Canada (ESC) et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) en tenant compte simultanément des effets de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité et du revenu du ménage, sont significatifs (voir *Définitions*). Dans le modèle de régression logistique, l'âge est une variable continue. L'analyse multivariée se fonde sur les données regroupées des deux enquêtes. Les analyses portent sur des données pondérées. L'erreur-type des taux de prévalence et des coefficients de régression logistique ont été calculés à l'aide du programme SUDAAN, qui s'appuie sur la méthode de linéarisation par série de Taylor pour corriger les estimations de la variance en vue de tenir compte du plan de sondage complexe des enquêtes¹⁹.

L'analyse présentée ici est une étude transversale séquentielle qui consiste à suivre divers échantillons représentatifs d'une cohorte de naissances au fil du temps (contrairement à une étude longitudinale, qui consiste à suivre les mêmes personnes au fil du temps). Dans le cas d'une étude transversale séquentielle, les intervalles entre les points d'observation dans le temps doivent correspondre en années aux intervalles utilisés pour définir les cohortes de naissances. Comme l'ESC et l'ENSP ont été réalisées à 18 années d'intervalle, chaque cohorte

d'âge couvre 18 années (de 32 à 49 ans, de 50 à 67 ans et de 68 à 85 ans).

Les effets liés à l'âge sont ceux produits par le vieillissement. Les effets liés à la cohorte reflètent les changements qui sont survenus et influent sur des cohortes de naissances successives, comme le degré d'exposition précoce à des facteurs de risque environnementaux et le niveau de connaissances concernant la santé²⁰⁻²³. Les effets liés à la période sont ceux qui résultent de l'influence d'une période particulière, indépendamment de l'âge²⁰⁻²⁴.

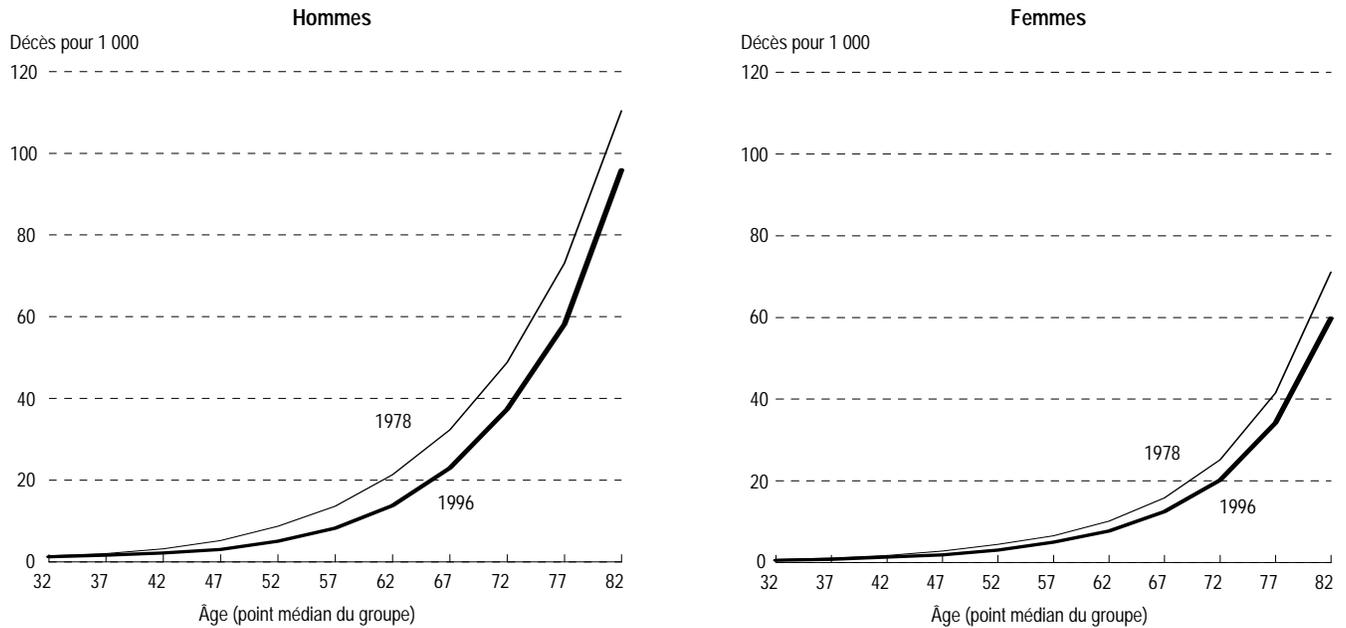
L'analyse multivariée de la prévalence des problèmes de santé chroniques s'appuie sur les modèles « âge-cohorte » et « âge-période » pour déterminer les variations de l'état de santé de la cohorte²⁵. On a limité les comparaisons présentées ici à deux points dans le temps distants de 18 années, afin de réduire les chevauchements de cohortes, particulièrement de la grande cohorte de membres de la génération du baby boom. Il aurait toutefois été préférable de choisir un intervalle de temps plus court et une série chronologique plus longue. Compte tenu des contraintes concernant les données, l'analyse ne vise pas à faire la distinction entre les effets de période et les effets de cohorte et l'interprétation des résultats doit être considérée comme préliminaire^{25,26}.

L'incidence cumulative (proportion d'une cohorte déterminée qui a éprouvé la manifestation d'un événement lié à la santé durant un intervalle de temps précis) est estimée par la méthode de Kaplan-Meier. On s'est servi de la procédure Lifetest dans SAS pour étudier la variation de la manifestation de la maladie cardiaque selon la cohorte²⁷. Trois cohortes ont été définies d'après l'année de naissance, à savoir de 1947 à 1964, de 1929 à 1946 et de 1911 à 1928.

Les taux de mortalité selon l'âge sont comparés pour les personnes qui avaient de 30 à 84 ans en 1978 et en 1996.

Graphique 1

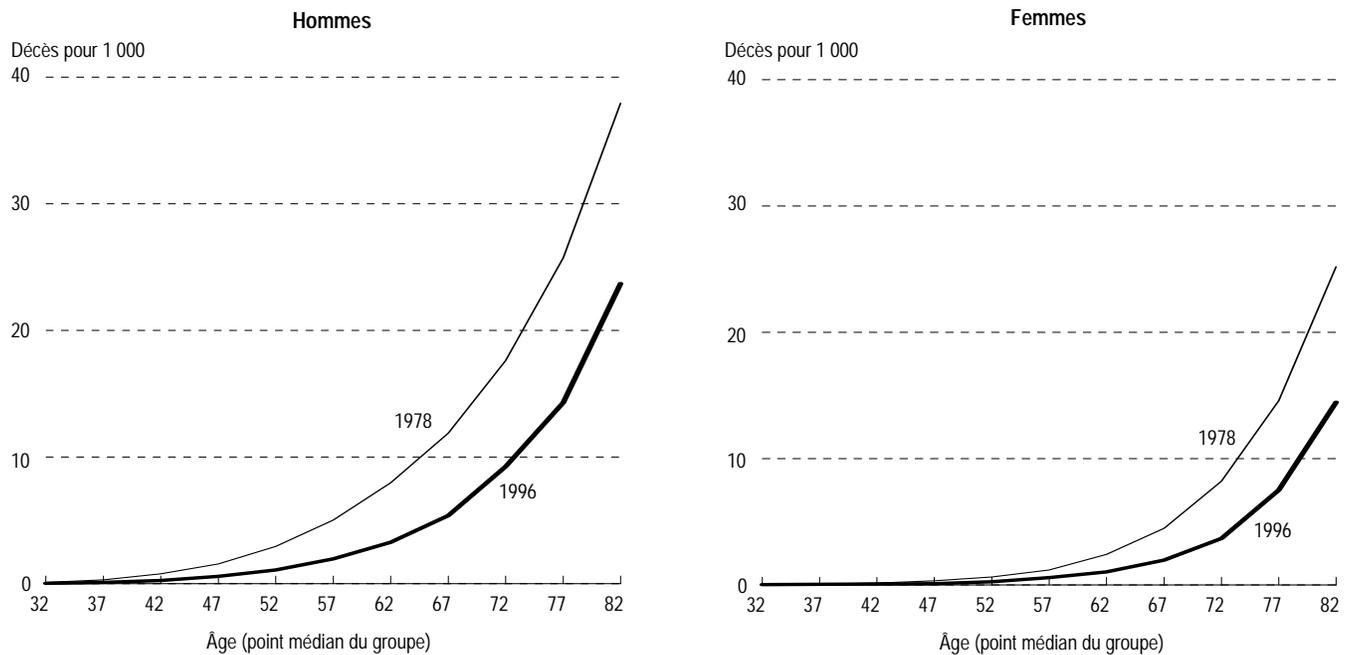
Taux de mortalité, toutes causes confondues, selon le sexe et l'âge, population de 30 à 84 ans, Canada, 1978 et 1996



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

Graphique 2

Taux de mortalité par cardiopathie ischémique, selon le sexe et l'âge, population de 30 à 84 ans, Canada, 1978 et 1996



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

Grande crise et de la Deuxième Guerre mondiale); de 1911 à 1928 (génération de la Première Guerre mondiale et des Années folles) et de 1893 à 1910 (génération du tournant du siècle)² (tableau A en annexe).

Les indicateurs de l'état de santé et les comportements liés à la santé sont les taux de mortalité selon l'âge, la prévalence de la maladie cardiaque, de l'hypertension, du diabète, de l'arthrite, de la limitation des activités, de l'obésité et de l'usage du tabac, le nombre moyen de journées d'incapacité l'année précédente et l'incidence cumulative de la maladie cardiaque. On compare les taux de mortalité du groupe des 30 à 84 calculés pour 1978 et 1996 d'après la Base canadienne de données de l'état civil. Les données sur l'état de santé proviennent de l'ESC de 1978-1979 et de l'ENSP de 1996-1997 (voir *Sources des données, Techniques d'analyse, Définitions et Limites*). L'incidence cumulative de la maladie cardiaque est calculée d'après les données de l'Enquête sociale générale (ESG) de 1991.

Baisse de la mortalité

De 1978 à 1996, la mortalité pour toutes les causes confondues a diminué chez les hommes et chez les femmes de 30 à 84 ans (graphique 1), et ce, de façon plus marquée chez les hommes. Par exemple, le taux est passé de 21 à 14 décès pour 1 000 hommes pour le groupe des 60 à 64 ans et de 110 à 96 décès pour 1 000 hommes pour le groupe des 80 à 84 ans. Chez les femmes, les taux pour les groupes d'âge correspondant sont passés de 10 à 8 et de 71 à 60 décès pour 1 000.

La diminution globale des taux de mortalité selon l'âge est attribuable en grande partie à la plus faible mortalité liée à la maladie cardiovasculaire (données non présentées). Pour une catégorie de maladies cardiovasculaires — la cardiopathie ischémique — le taux de mortalité est passé de 8 à 3 décès pour 1 000 chez les hommes de 60 à 64 ans et de 38 à 24 décès pour 1 000 chez ceux de 80 à 84 ans (graphique 2). Les taux de mortalité sont plus faibles chez les femmes, mais ont également diminué, passant de 2 à 1 décès pour 1 000 pour le groupe des 60 à 64 ans et de 25 à 14 décès pour 1 000 pour celui des 80 à 84 ans.

Diminution de la prévalence de la maladie cardiaque

La baisse de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires entre 1978 et 1996 s'observe parallèlement à une diminution de la prévalence de la maladie cardiaque (tableau 1). Parmi le groupe des 32 à 49 ans, la maladie cardiaque est assez rare et la diminution de sa prévalence n'est pas statistiquement significative. Aux âges plus avancés, le recul est plus prononcé, particulièrement chez les femmes. En 1996-1997, 5 % de femmes appartenant de la génération de la Grande crise et de la Deuxième Guerre mondiale, qui avaient de 50 à 67 ans à cette époque-là, ont souffert d'une maladie cardiaque, ce qui représente une baisse substantielle et statistiquement significative par rapport aux 8 % observés pour celles de la génération de la Première Guerre mondiale et des Années folles qui faisaient partie du même groupe d'âge 18 ans plus tôt. En 1996-1997, à l'âge de 68 à 85 ans, 16 % de femmes de la génération de la Première Guerre mondiale et des Années folles ont souffert d'une maladie cardiaque, prévalence significativement inférieure au taux de 20 % observé en 1978-1979 pour les femmes de la génération du tournant du siècle.

Cependant, la probabilité cumulative que l'on diagnostique une maladie cardiaque est légèrement plus forte pour les membres des générations récentes (tableau 2). Cette contradiction frappante, c'est-à-dire une prévalence plus faible de la maladie cardiaque, mais une probabilité cumulative plus forte que l'on diagnostique ce genre de maladie, pourrait tenir, en partie, à un effet de sélection de l'état de santé (voir *Limites*). Autrement dit, les membres les plus gravement malades des générations les plus anciennes étaient peut-être plus susceptibles que les autres de mourir ou d'être placés en établissement, donc de ne pas faire partie du champ d'observation de l'ESC ou de l'ENSP. De surcroît, le dépistage plus précoce et les progrès thérapeutiques liés à l'amélioration des méthodes diagnostiques permettent sans doute aux membres des générations récentes de survivre à la maladie cardiaque.

Tableau 1

Prévalence des problèmes de santé chroniques et de la limitation des activités, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 32 à 85 ans, Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 1996-1997

	1978-1979		1996-1997		Écart		
	%	Limites, IC de 95 %	%	Limites, IC de 95 %	Variation en points de pour- centage	Limites, IC de 95 %	Valeur de t
Hommes							
Maladies cardiaque							
32 à 49 ans	1,4	±0,6	1,1	±0,2	-0,3	±0,7	-0,85
50 à 67 ans	10,5	±2,4	8,1	±0,7	-2,5	±2,5	-1,89
68 à 85 ans	20,4	±3,7	19,8	±1,9	-0,6	±4,1	-0,30
Hypertension							
32 à 49 ans	9,7	±2,4	5,0	±0,5	-4,7	±2,4	-3,81*
50 à 67 ans	21,7	±2,7	18,6	±1,3	-3,2	±3,0	-2,08*
68 à 85 ans	32,2	±5,9	26,0	±2,1	-6,1	±6,3	-1,92
Diabète							
32 à 49 ans	1,1	±0,5	1,7	±0,3	0,6	±0,5	2,16*
50 à 67 ans	4,5	±1,2	7,2	±0,8	2,7	±1,4	3,63*
68 à 85 ans	4,6	±1,7	12,1	±1,6	7,5	±2,4	6,16*
Arthrite							
32 à 49 ans	6,1	±1,0	5,3	±0,5	-0,8	±1,1	-1,40
50 à 67 ans	23,6	±2,0	17,3	±1,2	-6,3	±2,3	-5,25*
68 à 85 ans	32,3	±4,7	30,9	±2,2	-1,3	±5,2	-0,50
Limitation des activités							
32 à 49 ans	8,5	±1,4	8,7	±0,6	0,2	±1,6	0,30
50 à 67 ans	23,5	±2,6	16,9	±1,0	-6,6	±2,8	-4,64*
68 à 85 ans	35,6	±3,9	25,2	±1,8	-10,4	±4,3	-4,76*
Femmes							
Maladie cardiaque							
32 à 49 ans	1,7	±0,5	1,2	±0,2	-0,5	±0,6	-1,84
50 à 67 ans	8,1	±1,3	5,1	±0,7	-3,0	±1,5	-3,95*
68 à 85 ans	19,7	±3,7	15,7	±1,4	-4,0	±3,9	-1,98*
Hypertension							
32 à 49 ans	8,9	±2,3	4,4	±0,4	-4,4	±2,3	-3,73*
50 à 67 ans	30,0	±4,2	21,6	±1,4	-8,4	±4,4	-3,73*
68 à 85 ans	46,3	±4,5	37,2	±2,3	-9,2	±5,0	-3,57*
Diabète							
32 à 49 ans	1,1	±0,4	1,9	±0,3	0,8	±0,5	3,07*
50 à 67 ans	5,0	±1,5	5,4	±0,6	0,4	±1,6	0,48
68 à 85 ans	8,6	±1,6	9,4	±1,3	0,8	±2,1	0,75
Arthrite							
32 à 49 ans	13,2	±1,3	9,3	±0,6	-3,9	±1,4	-5,21*
50 à 67 ans	36,3	±2,2	30,5	±1,4	-5,8	±2,6	-4,42*
68 à 85 ans	50,9	±4,9	47,2	±2,2	-3,8	±5,3	-1,38
Limitation des activités							
32 à 49 ans	10,5	±1,3	10,6	±0,7	0,0	±1,4	0,03
50 à 67 ans	22,5	±2,9	17,4	±1,4	-5,1	±3,2	-3,09*
68 à 85 ans	35,3	±5,1	27,0	±1,9	-8,3	±5,5	-2,97*

Sources des données : Enquête santé Canada, 1978-1979 et Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier général
Nota : En raison de l'arrondissement, la variation en points de pourcentage peut être légèrement différente de ce qu'elle serait si elle était calculée selon les chiffres du tableau.

* Valeur significativement différente de celle observée pour 1978-1979, $p < 0,05$

IC - Intervalle de confiance

Tableau 2
Incidence cumulative de la maladie cardiaque, selon le sexe et la cohorte de naissances, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1991

Âge lors de la manifestation	Hommes nés :			Femmes nées :		
	de 1947 à 1964	de 1929 à 1946	de 1911 à 1928	de 1947 à 1964	de 1929 à 1946	de 1911 à 1928
% chez lequel(le)s on a diagnostiqué une maladie cardiaque						
0 an	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5 ans	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,3
10 ans	0,3	0,1	0,3	0,4	0,1	0,3
15 ans	0,3	0,2	0,3	0,7	0,4	0,4
20 ans	0,7	0,6	1,1	0,9	0,5	0,7
25 ans	0,9	0,6	1,1	1,0	0,6	0,8
30 ans	1,4	0,6	1,2	1,8	0,8	1,0
35 ans	2,6	0,8	1,3	2,7	1,0	1,0
40 ans	4,3	1,5	1,5	4,3	1,7	1,3
45 ans	...	3,0	2,2	...	3,0	2,0
50 ans	...	4,9	4,3	...	4,7	3,4
55 ans	...	6,9	7,1	...	7,7	5,0
60 ans	...	11,8	11,3	...	13,6	8,3
65 ans	...	...	17,4	...	...	13,1
70 ans	...	...	21,1	...	...	19,7
75 ans	...	...	28,1	...	...	26,9

Source des données : Enquête sociale générale de 1991
... N'ayant pas lieu de figurer

Diminution de la prévalence de l'hypertension

L'hypertension, qui est un facteur de risque de maladie cardiovasculaire, était également moins prévalente en 1996-1997 qu'en 1978-1979 (tableau 1). En 1996-1997, 5 % d'hommes de la génération du baby boom, qui avaient alors de 32 à 49 ans, ont dit souffrir d'hypertension, alors qu'en 1978-1979, 10 % des membres de la génération de la Grande crise et de la Deuxième Guerre mondiale étaient dans la même situation. En outre, en 1996-1997, à l'âge de 50 à 67 ans, 19 % des membres de cette dernière génération faisaient de l'hypertension, alors qu'en 1978-1979, la proportion était de 22 % pour ceux de la génération de la Première Guerre mondiale et des Années folles qui avaient alors de 50 à 67 ans. Pareillement, à l'âge de 68 à 85 ans, en 1996-1997, 26 % des hommes de cette dernière génération ont dit faire de l'hypertension, alors que la proportion était de 32 % en 1978-1979 pour ceux de la génération du tournant du siècle. Sauf pour le groupe des hommes de 68 à 85 ans, ces baisses de la prévalence de l'hypertension sont statistiquement significatives.

La diminution de la prévalence de l'hypertension chez les femmes durant cette période est statistiquement significative pour tous les âges, l'écart étant particulièrement prononcé aux âges avancés. Par exemple, en 1996-1997, 22 % de femmes de 50 à 67 ans faisaient de l'hypertension, alors que la proportion était de 30 % pour celles appartenant à cette tranche d'âge en 1978-1979.

Prévalence plus forte du diabète

En revanche, le diabète, qui est aussi un facteur de risque important de maladie cardiovasculaire, était plus courant en 1996-1997 qu'en 1978-1979 (tableau 1). Chez les hommes, la proportion de diabétiques a augmenté considérablement quelle que soit la tranche d'âge. Par exemple, en 1996-1997, 7 % d'hommes de la génération de la Grande crise et de la Deuxième Guerre mondiale, laquelle représentait alors la tranche des 50 à 67 ans, on dit qu'on avait posé chez eux le diagnostic de diabète; la proportion correspondante observée en 1978-1979 pour les membres de la génération de la Première Guerre mondiale et des Années folles était de 5 %. Et, en 1996-1997, alors qu'ils avaient atteint la tranche des 68 et 85 ans, 12 % d'hommes de cette génération faisaient du diabète, une forte hausse comparativement aux 5 % d'hommes de la génération du tournant du siècle faisant du diabète en 1978-1979. La proportion de femmes diabétiques a augmenté légèrement de 1978-1979 à 1996-1997, mais la seule hausse significative est celle observée pour le groupe des 32 à 49 ans.

La prévalence plus forte du diabète chez les hommes et chez les jeunes femmes pourrait refléter partiellement la plus grande sensibilité des méthodes biochimiques de dépistage de la maladie²⁸. En outre, une modification des critères diagnostiques recommandée en 1992 (consistant à abaisser le seuil diagnostique de la glycémie à jeun de 7,8 à 7,0 mmol/L) pourrait être un des facteurs de la hausse de la prévalence constatée en 1996-1997. La plus forte prévalence du diabète observée au Canada confirme les tendances observées récemment aux États-Unis en se fondant sur les mêmes critères diagnostiques²⁹.

Prévalence plus faible de l'arthrite

L'arthrite ne met pas la vie en danger, mais elle est une cause importante d'incapacité³⁰. La prévalence de cette maladie était moins forte en 1996-1997 qu'en 1978-1979, particulièrement chez les jeunes femmes. En 1996-1997, la proportion de femmes de 32 à 49 ans et de 50 à 67 ans chez lesquelles on avait posé le diagnostic d'arthrite était nettement

plus faible que les proportions enregistrées pour les femmes de ces groupes d'âge en 1978-1979. En revanche, la diminution observée pour les femmes de 68 à 85 ans n'est pas statistiquement significative.

Chez les hommes, le seul écart statistiquement significatif de la prévalence de l'arthrite a été observé dans le groupe des 50 à 67 ans.

Limites

La plupart des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et de l'Enquête santé Canada (ESC) analysées ici ont été recueillies auprès d'un membre sélectionné au hasard de chaque ménage qui a fourni des renseignements non seulement à son sujet, mais aussi sur chaque membre de son ménage. Cependant, les renseignements sur l'usage du tabac et le poids ne se rapportent qu'à la personne sélectionnée.

La déclaration par procuration pourrait avoir une influence sur la prévalence des problèmes de santé chroniques. D'après certaines études, cette méthode de déclaration produirait une sous-estimation de certains problèmes de santé chroniques, tandis que d'autres, il n'y aurait aucune sous-estimation³⁰⁻³⁵. Néanmoins, les modifications de l'état de santé au fil du temps pourraient être partiellement attribuables à la réponse par procuration lors des deux enquêtes. Toutefois, puisqu'il est impossible de déterminer le taux de réponse par procuration exact pour l'ESC, il est impossible d'évaluer l'influence éventuelle de cette méthode de déclaration.

Les données d'enquête représentent des échantillons transversaux indépendants de diverses cohortes, plutôt qu'un échantillon longitudinal de la même cohorte au fil du temps. Par conséquent, les écarts entre l'état de santé des cohortes pourraient aussi tenir en partie à des modifications de la composition de la population dues, par exemple, à l'immigration. Cependant, l'exclusion des personnes qui ont immigré au Canada après 1979 ne modifie pas sensiblement les résultats (données non présentées).

Alors qu'une étude de l'état de santé de diverses cohortes, particulièrement la cohorte de personnes âgées, devrait idéalement inclure les personnes placées en établissement, les estimations de la prévalence et de l'incidence cumulative des problèmes de santé chroniques ne couvrent pas les personnes placées en établissement de soins de longue durée. Par conséquent, la prévalence des problèmes de santé chroniques a tendance à être sous-estimée.

L'analyse de l'âge à laquelle se manifeste la maladie cardiaque porte sur des données de l'Enquête sociale générale, qui est une

étude rétrospective plutôt que prospective. À mesure qu'une cohorte vieillit, son effectif diminue à cause non seulement du placement en établissement, mais aussi du décès, de certains de ses membres. Autrement dit, dans l'un ou l'autre cas, les membres de la cohorte les plus susceptibles de tomber malade sont exclus de l'analyse. L'incidence cumulative de la maladie cardiaque est, par conséquent, vraisemblablement sous-estimée pour les cohortes les plus âgées, à cause de cet « effet de sélection de l'état de santé ». Les membres les moins bien portants des cohortes âgées ne font plus partie de la population observée et les survivants sont souvent en meilleure santé et touchés par la maladie à un âge plus avancé. En outre, les résultats pourraient être entachés d'erreurs de mesure dues à la déclaration incorrecte de l'âge auquel le premier diagnostic de maladie cardiaque a été posé.

Dans le cadre de l'ESC, on a demandé à tous les membres du ménage s'ils faisaient de l'hypertension. En outre, certains membres de l'échantillon de ménages ont participé à la composante des mesures physiques. Celles qui ont déclaré faire de l'hypertension lors de la réponse au questionnaire posé par l'intervieweur ou dont la tension artérielle a été jugée élevée lors de la réponse au questionnaire des mesures physiques ont été considérées comme étant hypertendues. Dans le cas de l'ESC, la taille et le poids se fondent sur des mesures réelles. Par contre, dans le cas de l'ENSP, les données sur la tension artérielle, la taille et le poids sont autodéclarées. Or, lorsque de tels renseignements sont obtenus par autodéclaration, l'hypertension a tendance à être sous-déclarée^{36,37}, et la prévalence de l'obésité tend à être sous-estimée³⁸.

On a tenu compte dans l'analyse de la répartition du revenu par quintile ainsi que du niveau de scolarité pour tenir compte de l'effet de ces variables confusionnelles éventuelles, même si la variable de revenu est définie de façon légèrement différente dans le cas de l'ESC (revenu de la famille économique) et de l'ENSP (revenu du ménage).

Recul de la limitation des activités

La limitation prolongée des activités est une mesure générale de l'état de santé d'une personne³⁹. En 1996-1997, les hommes et les femmes de la génération du baby boom, qui formaient alors le groupe des 32 à 49 ans, étaient, toutes proportions gardées, virtuellement aussi nombreux à souffrir d'une limitation des activités que les membres de la génération de la Grande crise et de la Deuxième Guerre mondiale quand ceux-ci appartenaient à la même tranche d'âge en 1978-1979 (tableau 1). Par contre, au moment où ils sont entrés dans le groupe des 50 à 67 ans en 1996-1997, les hommes et les

femmes de la génération de la Grande crise et de la Deuxième Guerre mondiale affichaient une prévalence de la limitation des activités nettement inférieure à celle observée en 1978-1979 pour la génération de la Première Guerre mondiale et des Années folles, soit environ 17 % contre 23 %. En outre, la prévalence de la limitation des activités était beaucoup plus faible chez les membres de cette dernière génération lorsqu'ils ont atteint la tranche des 68 à 85 ans que chez les membres de la génération du tournant du siècle en 1978-1979 : environ 26 % contre 35 %.

Tableau 3

Nombre moyen de journées d'incapacité de courte durée l'année précédente, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 32 à 85 ans, Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 1996-1997

	1978-1979		1996-1997		Écart		
	Jour-nées	Limites, IC de 95 %	Jour-nées	Limites, IC de 95 %	Variation en points de pourcentage	Limites, IC de 95 %	Valeur de t
Nombre moyen de journées							
Hommes							
Journées d'incapacité							
32 à 49 ans	8,6	±1,8	14,6	±1,4	6,0	±2,2	5,23*
50 à 67 ans	24,7	±5,5	18,3	±1,9	-6,4	±5,9	-2,14*
68 à 85 ans	29,2	±5,8	32,3	±4,3	3,1	±7,2	0,83
Journées d'alitement							
32 à 49 ans	2,5	±0,7	3,8	±0,4	1,2	±0,9	2,80*
50 à 67 ans	8,3	±3,1	5,0	±0,9	-3,2	±3,2	-1,98*
68 à 85 ans	11,1	±4,2	10,1	±2,0	-1,0	±4,6	-0,43
Journées de réduction des activités							
32 à 49 ans	6,0	±1,6	10,8	±1,2	4,8	±2,0	4,67*
50 à 67 ans	16,4	±4,7	13,2	±1,6	-3,2	±5,0	-1,24
68 à 85 ans	18,1	±6,4	22,2	±4,0	4,1	±7,5	1,07
Femmes							
Journées d'incapacité							
32 à 49 ans	14,0	±2,1	19,3	±1,2	5,3	±2,4	4,25*
50 à 67 ans	25,5	±4,5	25,6	±2,9	0,1	±5,3	0,03
68 à 85 ans	35,1	±7,3	36,6	±5,3	1,5	±9,0	0,34
Journées d'alitement							
32 à 49 ans	4,7	±1,1	5,3	±0,4	0,6	±1,1	1,05
50 à 67 ans	10,0	±2,1	7,0	±1,3	-2,9	±2,5	-2,33*
68 à 85 ans	14,8	±5,2	9,1	±2,1	-5,7	±5,6	-2,00*
Journées de réduction des activités							
32 à 49 ans	9,3	±2,2	14,0	±1,1	4,7	±2,4	3,78*
50 à 67 ans	15,6	±4,2	18,6	±2,1	3,0	±4,7	1,26
68 à 85 ans	20,2	±5,4	27,5	±5,0	7,3	±7,3	1,94

Sources des données : Enquête santé Canada, 1978-1979 et Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier général
Nota : En raison de l'arrondissement, la variation en points de pourcentage peut être légèrement différente de ce qu'elle serait si elle était calculée selon les chiffres du tableau.

* Valeur significativement différente de celle observée pour 1978-1979, $p < 0,05$

IC - Intervalle de confiance

Définitions

L'analyse porte sur trois groupes d'âge, à savoir les personnes de 32 à 49 ans, de 50 à 67 ans et de 68 à 85 ans. Conformément à l'intervalle de 18 années entre l'Enquête santé Canada (ESC) et l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les personnes observées ont été groupées en quatre cohortes de naissances : de 1947 à 1964 (génération du baby boom); de 1929 à 1946 (génération de la Grande crise et de la Deuxième Guerre mondiale); de 1911 à 1928 (génération de la Première Guerre mondiale et des Années folles) et de 1893 à 1910 (génération du tournant du siècle)² (tableau A en annexe).

Comme l'ESC et l'ENSP ont toutes deux été réalisées sur une période de deux ans, les années de naissance correspondantes pour chaque groupe de 18 années d'âge sont centrées sur les années de naissance susmentionnées. Par conséquent, il existe un léger chevauchement. Par exemple, environ 99% des personnes qui avaient de 32 à 49 ans en 1978-1979 sont nées entre 1929 et 1946, mais environ 1% d'entre elles sont nées en 1928 ou en 1947.

Lors de chaque enquête, on a posé des questions sur les problèmes de santé chroniques, y compris les quatre examinés ici, à savoir *la maladie cardiaque, l'hypertension, le diabète et l'arthrite*. On a demandé aux personnes qui ont participé à l'ESC si elles souffraient de « problèmes de santé de longue durée ». À celles qui ont participé à l'ENSP, on a demandé si elles souffraient de « problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé ». Les données sur les problèmes de santé chroniques sont en grande partie autodéclarées. Cependant, on s'est servi de renseignements supplémentaires fournis par l'ESC sur les mesures réelles de la tension artérielle pour déterminer la prévalence de l'hypertension. Les critères appliqués pour déceler les cas d'hypertension sont : tension artérielle systolique ≥ 140 mm Hg; tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg^{37,40}.

Dans le cas des deux enquêtes, on a considéré comme présentant une *limitation des activités* toute personne, ou celle qui a répondu en son nom, qui a répondu « oui » à l'une des questions demandant si elle était limitée dans ses activités à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres situations à cause de problèmes de santé. Cependant, les questions n'étaient pas identiques. Dans le cas de l'ESC, la limitation prolongée des activités s'entend d'une limitation des activités normales de la personne pour des raisons de santé pendant la plupart des 12 mois qui ont précédé l'enquête¹⁰. Dans le cas de l'ENSP, la limitation prolongée des activités s'entend des limitations ayant trait à la nature ou à la quantité des activités, à cause d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée ou d'un problème de santé qui a duré ou devrait durer au moins six mois.

Par *incapacité à court terme*, on entend le nombre total de journées passées au lit ainsi que le nombre de journées où les activités ont été réduites à cause d'un problème de santé durant les deux semaines qui ont précédé l'entrevue, autrement dit les journées d'alitement et les journées de réduction des activités, respectivement.

Au moment de l'entrevue, on a demandé à la personne interrogée si elle fumait des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais. Les *fumeurs quotidiens* sont les personnes qui, au moment de l'enquête, fumaient des cigarettes tous les jours.

Les *Lignes directrices canadiennes sur les niveaux de poids associés à la santé*⁴¹ ont été établies en se fondant sur l'indice de masse corporelle (IMC) pour déterminer la fourchette de poids sains et pour préciser les

seuils d'obésité et d'insuffisance pondérale. Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Quatre catégories de poids sont définies d'après l'IMC :

- Poids insuffisant (IMC inférieur à 20)
- Poids normal (IMC de 20 à 24,9)
- Léger surpoids (IMC de 25 à 27)
- Obésité (IMC supérieur à 27)

Conformément à ces lignes directrices, aux fins de la présente analyse, on a classé dans la catégorie de l'obésité les personnes de 32 à 85 ans dont l'IMC était supérieur à 27. Cependant, ces lignes directrices s'appliquent aux personnes de 20 à 64 ans, sauf les femmes enceintes. L'application de ce calcul aux personnes de 65 ans et plus n'est pas universellement recommandée, étant donné la tendance qu'ont les gens à surestimer leur taille, particulièrement quant ils vieillissent. Par conséquent, la prévalence de l'obésité pourrait être sous-estimée⁴².

On a défini trois catégories de *niveaux de scolarité* : faible, c'est-à-dire pas de diplôme d'études secondaires, moyen, c'est-à-dire diplôme d'études secondaires ou certaines études postsecondaires et élevé, c'est-à-dire diplôme d'études postsecondaires.

Les deux catégories de *revenu* établies pour l'analyse se fondent sur une variable dérivée de quintile de revenu : faible (premier et deuxième quintiles) et moyen à élevé (du troisième au cinquième quintiles). Une catégorie « données manquantes » a été créée pour le revenu pour tenir compte des personnes qui n'ont pas répondu à la question sur le revenu. Les données ne sont pas strictement comparables, puisque la variable de l'ESC se fonde sur la famille économique, tandis que celle de l'ENSP se fonde sur le ménage. Une famille économique est un groupe de deux personnes ou plus qui vivent dans le même logement et sont unies par les liens du sang, du mariage, de l'adoption ou de l'union libre^{44,43}. Un ménage est une personne ou un groupe de personnes qui occupent le même logement et n'ont pas de lieu de résidence habituel ailleurs au Canada^{44,43}.

L'âge auquel s'est manifestée la maladie cardiaque déterminé d'après les données de l'Enquête sociale générale de 1991 se fonde sur la remémorisation par la personne interrogée de l'âge à laquelle on a posé pour la première fois chez elle le diagnostic de problèmes cardiaques, comme la crise cardiaque, l'angine de poitrine, l'insuffisance cardiaque ou le rhumatisme cardiaque¹⁸.

Toutes les causes qui contribuent à un décès sont inscrites sur le certificat de décès conformément à la *Classification internationale des maladies*^{44,45}. Seule la cause principale du décès est codée. Dans le présent article on tient compte des codes de la CIM-8 (pour 1978) et de la CIM-9 (pour 1996) suivants : cardiopathies ischémiques (codes 410 à 414 de la CIM-8 et de la CIM-9) et maladies cardiovasculaires (codes 390 à 458 de la CIM-8 et codes 390 à 459 de la CIM-9).

Pour l'analyse des taux de mortalité, on a groupé les populations étudiées par tranche de cinq années d'âge. Cependant, il pourrait y avoir un léger chevauchement entre les cohortes en 1978 et en 1996. Par exemple, en 1996, les membres de la génération du baby boom se classaient dans le groupe des 30 à 49 ans. En 1978 (l'année centrale), la plupart des personnes de 30 à 49 ans faisaient partie de la génération de la Grande crise et de la Deuxième Guerre mondiale, tandis que quelques-unes auraient pu être nées en 1947 ou en 1948.

Journées d'incapacité

Dans le groupe des 32 à 49 ans, le nombre moyen de journées d'incapacité de courte durée était plus élevé en 1996-1997 qu'en 1978-1979 (tableau 3). Les augmentations observées sont presque entièrement imputables à des journées de « réduction des activités », c'est-à-dire d'incapacité moins grave que des journées d'alitement. Pour le groupe des 50 à 67 ans, le nombre de journées d'alitement a diminué aussi bien chez les hommes que chez les femmes, tandis que le nombre de journées de réduction des activités n'a guère significativement changé. Pour le groupe des 68 à 85 ans, le nombre de journées d'alitement a baissé de façon significative chez les femmes.

De saines habitudes

Les 20 dernières années ont été marquées par une sensibilisation croissante aux effets du mode de vie sur la santé. Plus précisément, l'usage du tabac et

l'excès de poids, qui sont maintenant reconnus comme d'importantes causes évitables de maladies et de décès, ont été la cible de campagnes de promotion de la santé.

Les dangers du tabagisme semblent être largement reconnus, quoique la diminution de sa prévalence chez les personnes âgées pourrait refléter en partie un taux plus élevé d'érosion (décès) chez les fumeurs. En 1996-1997, 32 % d'hommes de la génération du baby boom fumaient quotidiennement, taux nettement inférieur aux 48 % observés pour ceux de la génération de la Grande crise et de la Deuxième Guerre mondiale qui ont déclaré fumer quotidiennement en 1978-1979, alors qu'ils représentaient le groupe des 32 à 49 ans (tableau 4). De surcroît, en 1996-1997, alors qu'ils avaient de 50 à 67 ans, 25 % seulement des hommes de la génération de la Grande crise et de la Deuxième Guerre mondiale fumaient quotidiennement, tandis que la proportion était de 43 % en 1978-1979 pour

Tableau 4
Usage quotidien de la cigarette et obésité, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 32 à 85 ans, Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 1996-1997

	1978-1979		1996-1997		Écart		
	%	Limites, IC de 95 %	%	Limites, IC de 95 %	Variation en points de pourcentage	Limites, IC de 95 %	Valeur de t
Hommes							
Usage quotidien de la cigarette							
32 à 49 ans	47,6	±3,7	31,8	±1,9	-15,8	±4,2	-7,34*
50 à 67 ans	42,6	±3,7	24,7	±2,4	-17,9	±4,4	-7,99*
68 à 85 ans	29,6	±4,7	13,9	±2,1	-15,6	±5,1	-6,00*
Obésité							
32 à 49 ans	32,8	±5,9	36,0	±1,9	3,2	±6,2	1,01
50 à 67 ans	43,8	±6,1	42,3	±2,5	-1,5	±6,6	-0,46
68 à 85 ans	32,0	±8,7	31,6	±2,9	-0,4	±9,1	-0,09
Femmes							
Usage quotidien de la cigarette							
32 à 49 ans	39,5	±2,8	26,4	±1,7	-13,1	±3,3	-7,86*
50 à 67 ans	31,2	±2,7	19,2	±2,0	-12,0	±3,3	-7,03*
68 à 85 ans	14,7	±2,6	9,7	±1,4	-5,0	±2,9	-3,39*
Obésité							
32 à 49 ans	27,5	±5,9	22,0	±1,6	-5,5	±6,1	-1,76
50 à 67 ans	47,0	±3,6	34,7	±2,5	-12,4	±4,4	-5,51*
68 à 85 ans	38,9	±6,6	30,8	±3,1	-8,1	±7,3	-2,17*

Sources des données : Enquête santé Canada de 1978-1979 et Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, échantillon transversal, Fichier général

Nota : En raison de l'arrondissement, la variation en points de pourcentage peut être légèrement différente de ce qu'elle serait si elle était calculée selon les chiffres du tableau.

* Valeur significativement différente de celle observée pour 1978-1979, $p < 0,05$

IC - Intervalle de confiance

les hommes de la génération de la Première Guerre mondiale et des Années folles. Pour le groupe des 68 à 85 ans, les chiffres sont de 14 % en 1996-1997 et de 30 % en 1978-1979. La tendance est comparable pour les femmes, les taux d'usage du tabac étant nettement plus faibles en 1996-1997 qu'en 1978-1979.

Durant la même période, la proportion de femmes obèses a diminué de façon significative pour les groupes des 50 à 67 ans et des 68 à 85 ans. En revanche, la proportion d'hommes obèses n'a guère significativement changé.

Effets de période et de génération

Les écarts entre les taux de prévalence des problèmes de santé chroniques observés en 1978-1979 et en 1996-1997 donnent à penser que des différences liées à la période sont survenues durant ces 18 années. En effet, même si l'on tient compte de l'effet prononcé de l'âge, on constate des effets de période statistiquement significatifs. Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, la cote exprimant le risque que l'on diagnostique une maladie cardiaque, de l'hypertension ou de l'arthrite et d'avoir une limitation des activités est plus forte en 1978-1979

Tableau 5

Rapports corrigés de cotes, problèmes de santé chroniques et limitation des activités, selon l'âge, la période ou la cohorte, population à domicile de 32 à 85 ans, Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 1996-1997

	Maladie cardiaque		Hypertension		Diabète		Arthrite		Limitation des activités	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Hommes										
Modèle âge-période										
Âge	1,08*	1,08 - 1,09	1,05*	1,05 - 1,06	1,06*	1,05 - 1,06	1,06*	1,06 - 1,07	1,05*	1,04 - 1,05
Période										
1978-1979	1,26*	1,02 - 1,54	1,49*	1,24 - 1,80	0,55*	0,43 - 0,71	1,31*	1,19 - 1,45	1,34*	1,20 - 1,50
1996-1997 [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Modèle âge-période										
Âge	1,07*	1,06 - 1,08	1,04*	1,03 - 1,05	1,07*	1,06 - 1,09	1,04*	1,05 - 1,06	1,03*	1,03 - 1,04
Cohorte										
Nés de 1947 à 1964 [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Nés de 1929 à 1946	2,11*	1,63 - 2,72	2,20*	1,78 - 2,72	1,13	0,87 - 1,48	1,44*	1,24 - 1,66	1,10	0,96 - 1,27
Nés de 1911 à 1928	2,68*	1,76 - 4,08	2,39*	1,73 - 3,31	0,74	0,50 - 1,09	1,93*	1,58 - 2,35	1,48*	1,21 - 1,82
Nés de 1893 à 1910	2,45*	1,53 - 3,91	2,67*	1,64 - 4,33	0,26*	0,15 - 0,45	1,64*	1,22 - 2,20	1,89*	1,45 - 2,47
Femmes										
Modèle âge-période										
Âge	1,08*	1,07 - 1,08	1,07*	1,07 - 1,08	1,05*	1,05 - 1,06	1,06*	1,06 - 1,07	1,04*	1,04 - 1,04
Période										
1978-1979	1,47*	1,27 - 1,70	1,70*	1,43 - 2,03	0,86	0,72 - 1,02	1,35*	1,24 - 1,47	1,26*	1,12 - 1,41
1996-1997 [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Modèle âge-période										
Âge	1,06*	1,05 - 1,06	1,05*	1,04 - 1,06	1,06*	1,05 - 1,07	1,05*	1,05 - 1,06	1,03*	1,02 - 1,04
Cohorte										
Nés de 1947 à 1964 [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Nés de 1929 à 1946	1,61*	1,25 - 2,08	2,42*	1,98 - 2,95	0,95	0,75 - 1,22	1,65*	1,49 - 1,82	1,02	0,90 - 1,16
Nés de 1911 à 1928	2,54*	1,84 - 3,50	3,24*	2,37 - 4,43	0,88	0,56 - 1,38	1,89*	1,65 - 2,16	1,26*	1,01 - 1,58
Nés de 1893 à 1910	3,18*	2,17 - 4,67	3,76*	2,57 - 5,52	0,73	0,48 - 1,12	1,79*	1,41 - 2,28	1,63*	1,19 - 2,22

Sources des données : Enquête santé Canada de 1978-1979 et Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, échantillon transversal, Fichier général

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

* $p < 0,05$

qu'en 1996-1997 (tableau 5). Cependant, chez les hommes, la cote exprimant le risque de faire du diabète est nettement plus faible pour la période moins récente que pour 1996-1997.

Dans la même veine, les cotes exprimant le risque de souffrir d'une maladie cardiaque, d'hypertension ou d'arthrite calculées en appliquant un modèle âge-cohorte sont significativement plus élevées pour les hommes et les femmes des générations plus anciennes que pour ceux et celles de la génération du baby boom. En outre, la cote exprimant le risque de déclarer une limitation des activités est nettement plus élevée pour les membres de la génération du tournant du siècle et de la génération de la Première Guerre mondiale et des Années folles que pour ceux de la génération du baby boom. Par contre, chez les hommes, la cote exprimant le risque d'être diabétique

est plus faible pour la génération du tournant du siècle que pour celle du baby boom.

Caractéristiques socioéconomiques

On a montré à maintes reprises que le niveau de scolarité et le revenu sont directement liés à l'état de santé^{16,17}. Il existe également une relation inverse entre ces deux facteurs et le tabagisme⁴⁶⁻⁵¹ ainsi que l'obésité⁵², peut-être en partie parce que les campagnes de promotion de la santé donnent généralement de meilleurs résultats auprès des personnes de statut socioéconomique élevé.⁵¹ Le statut socioéconomique influe aussi sur la santé de la population par le biais de l'exposition à différentes conditions physiques et sociales^{16,17}. Par conséquent, certaines améliorations de la santé et des comportements liés à la santé observées chez les

Tableau 6

Proportion de personnes possédant un diplôme d'études postsecondaires et appartenant aux quintiles moyen à supérieur de revenu, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 32 à 85 ans, Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 1996-1997

	1978-1979		1996-1997		Écart		
	%	Limites, IC de 95 %	%	Limites, IC de 95 %	Variation en points de pourcentage	Limites, IC de 95 %	Valeur de t
Hommes							
Diplôme d'études postsecondaires							
32 à 49 ans	25,1	±3,6	43,2	±1,0	18,1	±3,8	9,34*
50 à 67 ans	14,3	±3,1	33,1	±1,4	18,8	±3,4	10,92*
68 à 85 ans	9,3	±2,8	20,0	±1,6	10,7	±3,3	6,42*
Quintiles moyen à supérieur de revenu							
32 à 49 ans	63,2	±2,5	75,0	±0,8	11,8	±2,6	8,76*
50 à 67 ans	65,7	±3,4	72,8	±1,2	7,1	±3,6	3,84*
68 à 85 ans	38,4	±5,0	67,4	±2,0	28,9	±5,4	10,57*
Femmes							
Diplôme d'études postsecondaires							
32 à 49 ans	19,1	±3,7	40,3	±1,0	21,2	±3,8	10,92*
50 à 67 ans	11,9	±2,3	28,0	±1,5	16,1	±2,7	11,59*
68 à 85 ans	9,3	±2,9	16,5	±1,4	7,2	±3,2	4,45*
Quintiles moyen à supérieur de revenu							
32 à 49 ans	58,6	±3,4	72,0	±1,0	13,4	±3,6	7,38
50 à 67 ans	59,6	±3,4	68,3	±1,5	8,7	±3,8	4,50*
68 à 85 ans	33,8	±4,1	55,5	±2,2	21,7	±4,6	9,19*

Sources des données : Enquête santé Canada, 1978-1979 et Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier général
Nota : En raison de l'arrondissement, la variation en points de pourcentage peut être légèrement différente de ce qu'elle serait si elle était calculée selon les chiffres du tableau.

† Les personnes pour lesquelles les données sur le revenu manquent sont incluses dans le dénominateur pour chaque groupe d'âge. Pour 1978-1979, les données se rapportent à la famille économique; pour 1996-1997, elles se rapportent au ménage.

* Valeur significativement différente de celle observée pour 1978-1979, $p < 0,05$

Tableau 7

Rapports corrigés de cotes, problèmes de santé chroniques et limitation des activités, selon l'âge, la période ou la cohorte, le niveau de scolarité et le revenu, population à domicile de 32 à 85 ans, Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 1996-1997

	Maladie cardiaque		Hypertension		Diabète		Arthrite		Limitation des activités	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Hommes										
Modèle âge-période										
Âge	1,08*	1,08 - 1,09	1,05*	1,05 - 1,06	1,05*	1,05 - 1,06	1,06*	1,05 - 1,06	1,04*	1,04 - 1,04
Période										
1978-1979	1,15	0,93 - 1,42	1,43*	1,18 - 1,74	0,51*	0,39 - 0,66	1,09	0,98 - 1,21	0,94	0,83 - 1,07
1996-1997†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Niveau de scolarité										
Faible	1,17	0,96 - 1,42	1,16	0,99 - 1,37	1,43*	1,19 - 1,73	1,64*	1,45 - 1,84	1,62*	1,43 - 1,82
Moyen	1,08	0,87 - 1,33	1,13	0,99 - 1,29	1,22*	1,03 - 1,45	1,17*	1,04 - 1,32	1,10	0,97 - 1,25
Élevé†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Revenu‡										
Faible	1,13	0,88 - 1,45	1,02	0,87 - 1,20	0,90	0,73 - 1,12	1,18*	1,03 - 1,34	2,05*	1,80 - 2,34
Moyen à élevé†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Données manquantes	0,89	0,76 - 1,04	0,94	0,81 - 1,08	0,78*	0,65 - 0,93	0,89*	0,80 - 0,99	0,82*	0,73 - 0,93
Modèle âge-cohorte										
Âge	1,07*	1,06 - 1,08	1,04*	1,03 - 1,05	1,08*	1,06 - 1,09	1,05*	1,05 - 1,06	1,04*	1,04 - 1,05
Cohorte										
Nés de 1947 à 1964†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Nés de 1929 à 1946	1,99*	1,55 - 2,55	2,11*	1,70 - 2,60	1,07	0,82 - 1,38	1,23*	1,06 - 1,44	0,85*	0,73 - 0,99
Nés de 1911 à 1928	2,39*	1,61 - 3,56	2,20*	1,60 - 3,03	0,66*	0,45 - 0,97	1,45*	1,18 - 1,79	0,93	0,75 - 1,15
Nés de 1893 à 1910	1,93*	1,21 - 3,07	2,29*	1,42 - 3,70	0,22*	0,13 - 0,38	1,00	0,73 - 1,38	0,77	0,57 - 1,04
Niveau de scolarité										
Faible	1,13	0,93 - 1,37	1,17	0,99 - 1,38	1,32*	1,10 - 1,60	1,61*	1,43 - 1,81	1,62*	1,43 - 1,82
Moyen	1,06	0,86 - 1,31	1,13	0,99 - 1,29	1,19*	1,00 - 1,42	1,16*	1,03 - 1,30	1,10	0,97 - 1,25
Élevé†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Revenu‡										
Faible	1,22	0,94 - 1,57	1,09	0,92 - 1,29	0,93	0,77 - 1,13	1,26*	1,11 - 1,43	2,08*	1,82 - 2,36
Moyen à élevé†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Données manquantes	0,88	0,75 - 1,03	0,92	0,79 - 1,06	0,78*	0,65 - 0,93	0,88*	0,78 - 0,98	0,82*	0,73 - 0,93
Femmes										
Modèle âge-période										
Âge	1,07*	1,07 - 1,08	1,07*	1,06 - 1,07	1,04*	1,04 - 1,05	1,06*	1,06 - 1,07	1,04*	1,03 - 1,04
Période										
1978-1979	1,13	0,97 - 1,33	1,54*	1,28 - 1,85	0,65*	0,55 - 0,78	1,22*	1,12 - 1,34	1,05	0,91 - 1,20
1996-1997†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Niveau de scolarité										
Faible	1,89*	1,57 - 2,28	1,36*	1,19 - 1,56	1,99*	1,61 - 2,47	1,25*	1,13 - 1,38	1,23*	1,10 - 1,37
Moyen	1,19	0,96 - 1,47	1,16*	1,02 - 1,32	1,23	0,99 - 1,52	1,08	0,96 - 1,20	1,05	0,93 - 1,20
Élevé†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Revenu‡										
Faible	1,45*	1,19 - 1,77	1,08	0,97 - 1,22	1,47*	1,18 - 1,81	1,16*	1,08 - 1,25	1,52*	1,32 - 1,76
Moyen à élevé†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Données manquantes	1,00	0,83 - 1,19	0,93	0,82 - 1,05	1,04	0,84 - 1,28	0,98	0,88 - 1,08	0,89*	0,80 - 1,00
Modèle âge-cohorte										
Âge	1,06*	1,05 - 1,07	1,05*	1,04 - 1,06	1,06*	1,05 - 1,07	1,05*	1,05 - 1,06	1,03*	1,03 - 1,04
Cohorte										
Nées de 1947 à 1964†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Nées de 1929 à 1946	1,27	0,98 - 1,65	2,18*	1,80 - 2,64	0,75*	0,59 - 0,96	1,50*	1,35 - 1,67	0,89	0,78 - 1,00
Nées de 1911 à 1928	1,69*	1,23 - 2,34	2,69*	1,99 - 3,65	0,59*	0,38 - 0,91	1,61*	1,39 - 1,85	0,97	0,77 - 1,22
Nées de 1893 à 1910	1,70*	1,14 - 2,53	2,81*	1,90 - 4,16	0,39*	0,25 - 0,61	1,36*	1,07 - 1,74	1,02	0,71 - 1,46
Niveau de scolarité										
Faible	1,84*	1,53 - 2,22	1,35*	1,18 - 1,54	1,93*	1,55 - 2,41	1,23*	1,11 - 1,37	1,26*	1,13 - 1,40
Moyen	1,17	0,95 - 1,45	1,15*	1,01 - 1,31	1,22	0,99 - 1,52	1,07	0,95 - 1,20	1,06	0,93 - 1,20
Élevé†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Revenu‡										
Faible	1,46*	1,21 - 1,77	1,16*	1,03 - 1,29	1,44*	1,16 - 1,78	1,22*	1,14 - 1,31	1,53*	1,32 - 1,76
Moyen à élevé†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Données manquantes	1,00	0,84 - 1,20	0,90	0,80 - 1,01	1,06	0,86 - 1,30	0,95	0,86 - 1,06	0,89*	0,79 - 0,99

Sources des données : Enquête santé Canada, 1978-1979 et Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier général

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

‡ Pour 1978-1979, les données se rapportent à la famille économique; pour 1996-1997, elles se rapportent au ménage.

* $p < 0,05$

générations les plus récentes pourraient refléter, de façon générale, la hausse des niveaux de scolarité et de revenu.

En 1996-1997, 43 % d'hommes et 40 % de femmes de la génération du baby boom possédaient un diplôme d'études postsecondaires, alors qu'en 1978-1979, les proportions étaient de 25 % et de 19 % respectivement pour les membres de la génération de la Grande crise et de la Deuxième Guerre mondiale, qui représentaient le groupe des 32 à 49 ans à ce moment-là (tableau 6). Qui plus est, au moment où ils ont atteint la tranche des 50 à 67 ans en 1996-1997, 33 % d'hommes et 28 % de femmes de cette dernière génération possédaient un diplôme d'études postsecondaires, proportion plus de deux fois plus forte que celle observée en 1978-1979 pour les membres de la génération de la Première Guerre mondiale et des Années folles. Pareillement, en 1996-1997, 20 % d'hommes et 17 % de femmes de 68 à 85 ans possédaient un diplôme d'études postsecondaires, comparativement à 9 % pour les membres des deux sexes en 1978-1979.

Parallèlement à la hausse du niveau de scolarité, on constate, dans chacun des groupes d'âge, une augmentation de la proportion de personnes classées dans la catégorie des revenus moyens à élevés. Toutes ces hausses sont statistiquement significatives, sauf à l'égard des femmes de 32 à 49 ans.

Comme on l'a mentionné précédemment, la cote exprimant le risque de souffrir d'une maladie cardiaque, d'hypertension, d'arthrite et d'une limitation des activités était plus élevée à la fin des années 1970 qu'au milieu des années 1990, et plus élevée pour les membres des générations antérieures que pour les générations récentes, même si l'on tient compte de l'effet de l'âge. Bien que ces effets de période et de génération soient moins prononcés, même si l'on corrige les données pour tenir compte de l'effet du niveau de scolarité et du niveau de revenu, pour les deux sexes, la cote exprimant le risque de faire de l'hypertension reste plus élevée en 1978-1979 qu'en 1996-1997 (tableau 7). En outre, chez les femmes, la cote exprimant le risque de faire de l'arthrite est plus élevée en 1978-1979 qu'en 1996-1997.

De même, si l'on tient compte de l'effet du niveau de scolarité et du revenu, les effets de génération sur la prévalence de la maladie restent manifestes. La cote exprimant le risque de souffrir d'une maladie cardiaque, d'hypertension ou d'arthrite est significativement plus élevée pour les générations qui ont précédé celles du baby boom que pour cette dernière, tandis que la cote exprimant le risque de faire du diabète est plus faible.

Mot de la fin

La baisse de la mortalité en général et de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires en particulier, ainsi que le risque plus faible de maladie cardiaque, d'hypertension, d'arthrite et de limitation des activités laissent entendre que les générations récentes sont en meilleure santé que celles qui les ont précédées. Aux États-Unis, on attribue en grande partie la diminution de la mortalité liée à la cardiopathie ischémique et à l'accident vasculaire cérébral à l'amélioration du diagnostic et du traitement de l'hypertension⁵³.

Dans une certaine mesure, le recul de la maladie cardiaque, de l'hypertension et de l'arthrite est lié à la hausse des niveaux de scolarité et de revenu. Pourtant, même si l'on tient compte de l'effet du niveau de scolarité et du revenu et de l'âge, la cote exprimant le risque de faire du diabète, lequel est un important facteur de risque de maladie cardiovasculaire, est plus élevée en 1996-1997 qu'en 1978-1979 et a tendance à être plus élevée pour les membres de la génération du baby boom que pour les générations qui l'ont précédée. L'augmentation de la prévalence du diabète a également été observée aux États-Unis^{28,29}. Là-bas, bien que l'on ait attribué en partie cette augmentation à la « plus grande sensibilité des méthodes biochimiques de dépistage du diabète et à l'accélération des efforts de dépistage »²⁸ qui se sont soldées par un dépistage plus précoce de la maladie chez les membres des générations récentes, la prévalence croissante du diabète est considérée comme un phénomène bien réel qui pourrait refléter la prévalence croissante de l'obésité et d'un mode de vie plus sédentaire^{28,29}.

Les personnes de 50 à 67 ans présentent un intérêt particulier, car c'est à ce stade de la vie que l'on

commence généralement à observer des problèmes de santé plus fréquents. Il s'agit aussi de la tranche d'âge que les membres de la génération du baby boom continueront d'atteindre au cours des deux prochaines décennies. Cependant, la comparaison des résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 à ceux de l'Enquête santé Canada de 1978-1979 montre que, en 1996-1997, les personnes dans la cinquantaine et la soixantaine étaient en meilleure santé que celles qui ont atteint cet âge-là vingt ans plus tôt. Des améliorations aussi importantes permettent de supposer que la santé des membres de la génération du baby boom sera bonne, voire meilleure, quand ils atteindront cette tranche d'âge. En outre, la preuve que l'état de santé des personnes âgées s'est considérablement amélioré est de bonne augure pour les membres de la génération du baby boom qui représenteront la population du troisième âge durant la première moitié du XXI^e siècle.

Les futurs besoins de services de santé des personnes âgées dépendent de deux facteurs, à savoir la croissance de la population de personnes âgées conjuguée à une modification éventuelle de l'état de santé moyen⁵⁴. Si la diminution des besoins de services de santé grâce à l'amélioration de l'état de santé moyen des personnes âgées à la suite de campagnes de prévention et d'intervention semble plausible, des mesures devraient être prises d'urgence en vue d'améliorer de nombreux autres aspects de la santé de la population^{9,54-57}. En outre, même s'il y a tout lieu d'envisager l'avenir avec optimisme, l'augmentation pure et simple du nombre absolu de personnes âgées au cours des prochaines décennies posera un défi de taille en ce qui concerne la prestation de services de santé.⁵⁸ ●

Remerciements

Les auteurs remercient Owen Phillips et Georgia Roberts, de la Division des méthodes d'enquêtes sociales, pour l'estimation rapide de l'erreur-type des taux de prévalence et des coefficients de régression à l'aide du programme SUDAAN, ainsi que Kim Arscott, Ru-Nie Gao et Cyril Nair, de la Division de la statistique de la santé, pour avoir fourni les données sur la mortalité.

Références

1. R.G. Evans, « Hang together or hang separately: The viability of a universal health care system in an aging society », *Canadian Social Policy*, 13, 1999, p. 165-180.
2. D.K. Foot et D. Stoffman, *Boom, Bust and Echo: How to Profit from the Coming Demographic Shift*, Toronto, Macfarlane, Walter and Ross, 1996.
3. I. Fellegi, « Pouvons-nous assumer le vieillissement de la société? », *L'observateur économique canadien*, 1(10), octobre 1988, p. 4.1-4.34, (Statistique Canada, n° 11-010-XPB au catalogue).
4. J.F. Fries, « The compression of morbidity: Near or far? », *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 67(2), 1989, p. 208-231.
5. K.G. Manton, L. Corder et E. Stallard, « Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the US elderly population from the 1982, 1984 and 1989 National Long Term Care Survey », *Journal of Gerontology*, 48(4), 1993, p. S153-S166.
6. K.G. Manton, E. Stallard et L. Corder, « Changes in the age dependence of mortality and disability », *Demography*, 34(2), 1997, p. 135-158.
7. S.J. Olshansky et A.B. Ault, « The fourth stage of epidemiologic transition: The age of delayed degenerative diseases », *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 64(3), 1986, p. 355-391.
8. L. Martel et A. Bélanger, « Une analyse de l'évolution de l'espérance de vie sans dépendance au Canada entre 1986 et 1996 », *Rapport sur l'état de la population du Canada, 1998-1999*, 1999, p. 164-186 (Statistique Canada, n° 91-209 au catalogue).
9. J.F. Fries, C.E. Koop, C.E. Beadle *et al.*, « Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services », *The New England Journal of Medicine*, 329(5), 1993, p. 321-325.
10. Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada, *La santé des Canadiens, rapport de l'Enquête santé Canada* (Statistique Canada, n° 82-538F au catalogue) Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1981.

11. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Composante des ménages, Guide de l'utilisateur, fichiers de microdonnées à grande diffusion* (Statistique Canada, n° 82-M0009GPF au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1998.
12. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
13. 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).
14. T. Stephens (publié sous la direction de), *L'État de santé des Canadiens : rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, (Statistique Canada, n° 11-612F, n° 8), Ottawa, ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
15. B.G. Link et J.C. Phelan, « Editorial: Understanding sociodemographic differences in health—the role of fundamental social causes », *American Journal of Public Health*, 86(4), 1996, p. 471-473.
16. C. Power et C. Hertzman, « Social and biological pathways linking early life and adult disease », *British Medical Bulletin*, 53(1), 1997, p. 210-221.
17. N.E. Adler, W.T. Boyce et M.A. Chesney, « Socioeconomic inequality in health. No easy solution », *Journal of the American Medical Association*, 269(24), 1993, p. 314-315.
18. C. Power, O. Manor et S. Matthews, « The duration and timing of exposure: Effects of socioeconomic environment on adult health », *American Journal of Public Health*, 89(7), 1999, p. 1059-1065.
19. B.V. Shah, G.B. Barnwell et G.S. Bieler, *SUDAAN User's Manual, Release 7.5*, Research Triangle Park, North Carolina: Research Triangle Institute, 1997.
20. T.R. Holford, « Understanding the effects of age, period, and cohort on incidence and mortality rates », *Annual Review of Public Health*, 12, 1991, p. 425-457.
21. D.R. Jacobs, P.J. Hannan, D. Wallace *et al.*, « Interpreting age, period and cohort effects in plasma lipid and serum insulin using repeated measures regression analysis: the CARDIA study », *Statistics in Medicine*, 18, 1999, p. 655-679.
22. F.D. Wolinsky, « Age, period and cohort analyses of health-related behaviour », Sous la direction de : K. Dean, *Population Health Research: Linking Theory and Methods*, London: Sage Publications, 1993, p. 54-73.
23. S.L. Reynolds, E.M. Crimmins et Y. Saito, « Cohort differences in disease disability and disease presence », *The Gerontologist*, 38(5), 1991, p. 578-590.
24. N. Hoeymans, E.J.M. Feskens, G.A.M. van den Bos *et al.*, « Age, time and cohort effects on functional status and self-rated health in elderly men », *American Journal of Public Health*, 87(10), 1997, p. 1620-1625.
25. N. Spiers, C. Jagger et M. Clarke, « Physical function and perceived health: cohort differences and interrelationships in older people », *Journal of Gerontology*, 51B(5), 1996, p. S226-S233.
26. W.M. Mason et S.E. Fienberg (publié sous la direction de), *Cohort Analysis in Social Research*, New York, Springer-Verlag, 1985.
27. SAS Institute Inc. *The Lifetest Procedure: SAS/STAT User's Guide Version 6*, quatrième édition, vol. 2, Cary, North Carolina, SAS Institute Inc., 1989, p. 1027-1069.
28. American Diabetes Association, *Diabetes 1996: Vital Statistics*, Alexandria, Virginia, American Diabetes Association, 1996.
29. M.I. Harris, K.M. Flegal, C.C. Cowie *et al.*, « Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance in US adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994 », *Diabetes Care*, 21(4), 1998, p. 518-524.
30. R.H. Lawrence, « The structure of physical health status. Comparing proxies and self-respondents », *Journal of Aging and Health*, 7(1), 1995, p. 79-98.
31. L.S. Corder, M.A. Woodbury et K.G. Manton, « Proxy response patterns among the aged: effects on estimates of health status and medical care utilization from the 1982-1984 long-term care surveys », *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(2), 1996, p. 173-182.
32. D.A. Koons, « Quality control and measurement of nonsampling error in the Health Interview Survey », *Health and Vital Statistics*, 2(54), 1973, p. 1-24.
33. N.A. Mathiowetz et R.M. Groves, « The effects of respondent rules on health survey reports », *American Journal of Public Health*, 75(6), 1985, p. 639-644.
34. M.G. Kovar et R.A. Wright, « An experiment with alternate respondent rules in the National Health Interview Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Social Statistics Section*, 1973, p. 311-316.
35. R.E. Miller, M.P. Massagli et B.R. Clarridge, « Quality of proxy reports vs. self-reports: evidence from a health survey with repeated measures », *American Statistical Association: Proceeding of the Section on Survey Research Methods*, Washington, DC, American Statistical Association, 1986, p. 546-551.
36. V.L. Burt, J.A. Culter, M. Higgins *et al.*, « Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population. Data from the Health Examination Surveys, 1960 to 1991 », *Hypertension*, 26(1), 1995, p. 60-69.
37. M. 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. 1997-2004.
38. R.J. Roberts, « Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? », *Public Health*, 109(4), 1995, p. 275-284.
39. L.M. Verbrugge, « Recent, present and future health of American adults », *Annual Review of Public Health*, 10, 1989, p. 333-361.
40. R.B. Haynes, Y. Lacourcière, S.W. Rabkin *et al.*, « Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 2, Diagnosis of hypertension in adults », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 149(4), 1993, p. 409-418.
41. Santé nationale et Bien-être social, Direction générale des programmes et des services de santé, *Niveaux de poids associés à la santé : Lignes directrices canadiennes*, rapport d'un groupe d'experts dirigé par la Direction de la promotion de la santé, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1988.

42. Santé et Bien-être social Canada, *Canadian Guidelines for Better Weights* (n° H39-134/1988F au catalogue), Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1988.
43. Statistique Canada, *Dictionnaire du recensement de 1996, édition définitive* (n° 92-351-UPF), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1999.
44. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, huitième édition*, vol. 1, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1965.
45. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, neuvième édition*, vol. 1, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977.
46. R. Masironi et K. Rothwell, « Trends and effects of smoking in the world », *World Health Statistics Quarterly*, 41(3-4), 1988, p. 228-241.
47. R. Peto, A.D. Lopez, J. Boreham *et al.*, *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*, Oxford, Oxford University Press, 1994.
48. E.C. Hammond et D. Horn, « Landmark article March 15, 1958: Smoking and death rates—Report on forty-four months of follow-up of 187,783 men. 1. Total mortality, *Journal of the American Medical Association*, 251(21), 1958, p. 2840-2853.
49. R. Doll et A.B. Bradford-Hill, « Lung cancer and other causes of death in relation to smoking: a second report on the mortality of British doctors », *British Medical Association Journal*, 2, 1956, p. 1071-1081.
50. P.J. Villeneuve, H.I. Morrison et J. Elagupillai, « Trends in mortality of selected smoking-related cancers, Canada, 1950-1991 », *Chronic Diseases in Canada*, 15(4), 1994, p. 123-128.
51. W.J. Millar, « Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité », *Rapports sur la santé*, 8(2), 1996, p. 13-22, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
52. J. Gilmore, « L'indice de masse corporelle et la santé », *Rapports sur la santé*, 11(1), 1999, p. 33-47 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
53. D.B. Langille, M.R. Joffres, K.M. MacPherson *et al.*, « Prevalence of risk factors for cardiovascular disease in Canadians 55 to 74 years of age: results from the Canadian Heart Health Surveys », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 161(8 suppl), 1999, p. S3-S9.
54. J.F. Fries, « The sunny side of aging, Editorial », *Journal of the American Medical Association*, 263(17), 1990, p. 2354-2355.
55. E. Schneider et J.M. Guralnik, « The aging of America: impact on health care costs », *Journal of the American Medical Association*, 263(17), 1990, p. 2335-2340.
56. National Advisory Council on Aging, *1999 and Beyond: Challenges of an Aging Canadian Society*, Ottawa, Minister of Public Works and Government Services Canada, 1999.
57. D. Simmons-Tropea et R. Osborn, « Disease, survival and death: the health status of Canada's elderly », publié sous la direction de V.W. Marshall, *Aging in Canada: Social Perspectives*, Markham, Ontario, Fitzhenry & Whiteside, 1987.
58. M.W. Rosenberg et E.G. Moore, « The health of Canada's elderly population: current status and future implications », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 157(8), 1997, p. 1025-1030.

Annexe

Tableau A
Âge des cohortes de naissances en 1978-1979 et en 1996-1997

Années de naissance	Âge en:	
	1978-1979	1996-1997
1947 à 1964 (baby boom)	...	32 à 49 ans
1929 à 1946 (Grand crise et Deuxième Guerre mondiale)	32 à 49 ans	→ 50 à 67 ans
1911 à 1928 (Première Guerre mondiale et Années folles)	50 à 67 ans	→ 68 à 85 ans
1893 à 1910 (tournant du siècle)	68 à 85 ans	...

Nota : Comme les enquêtes ont toutes deux été réalisées sur une période d'environ deux ans, les années de naissance correspondantes pour chaque tranche de 18 années d'âge sont centrées sur les années de naissance figurant dans l'étiquette de ligne. Par exemple, 99 % des personnes qui avaient de 32 à 49 ans en 1978-1979 sont nées de 1929 à 1946, et moins de 1 % sont nées durant des années légèrement à l'extérieur de cette fourchette, soit 1928 ou 1947. La flèche (→) indique le changement de groupe d'âge d'une cohorte de naissances entre 1978-1979 et 1996-1997.
... N'ayant pas lieu de figurer

L'utilisation des contraceptifs oraux

Résumé

Objectifs

Le présent article dresse le profil des Canadiennes de 15 à 49 ans qui utilisent des contraceptifs oraux (CO). Il compare certaines de leurs caractéristiques à celles des femmes qui ne recourent pas à cette méthode de contraception. On y examine également les liens entre l'utilisation des contraceptifs oraux et certains facteurs de risque, dont celui de maladie cardiovasculaire.

Source des données

Les données sont tirées du fichier transversal de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée par Statistique Canada en 1996-1997. L'analyse porte sur les données recueillies auprès d'un échantillon de 21 996 femmes de 15 à 49 ans, pondérées afin qu'elles soient représentatives d'environ 7,6 millions de femmes.

Techniques d'analyse

On a procédé à des totalisations croisées pour déterminer la proportion de femmes de 15 à 49 ans qui utilisent des contraceptifs oraux et pour comparer certains comportements qui influent sur la santé observés chez les femmes qui utilisent et celles qui n'utilisent pas ces contraceptifs. La régression logistique multiple a permis de modéliser le lien entre certaines caractéristiques et l'utilisation de contraceptifs oraux.

Principaux résultats

En 1996-1997, 18 % de femmes de 15 à 49 ans, soit environ 1,3 million, ont dit prendre un contraceptif oral. Le recours à la contraception orale est significativement lié aux femmes jeunes, non mariées, qui mènent une vie sexuelle active, ont une assurance-médicaments et ont atteint un niveau de scolarité assez élevé. Environ le tiers des femmes qui prennent une pilule anticonceptionnelle fument.

Mots-clés

Contraception, usage du tabac, hypertension, maladie cardiovasculaire, accident vasculaire cérébral, migraine.

Auteurs

Kathryn Wilkins (613-951-1769; wilkka@statcan.ca), Helen Johansen (613-722-5570; johahel@statcan.ca) et Marie P. Beaudet (613-951-7025; beaumar@statcan.ca) travaillent à la Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6. C. Ineke Neutel travaille au service de recherche de l'hôpital des Sœurs de la Charité d'Ottawa.

Kathryn Wilkins, Helen Johansen, Marie P. Beaudet et C. Ineke Neutel

Depuis l'arrivée sur le marché des contraceptifs oraux, ou pilules anticonceptionnelles, dans les années 60, leur usage est devenu très répandu partout dans le monde. Pratiques et efficaces (voir *Méthodes de contraception*), ces contraceptifs permettent aussi de traiter les troubles menstruels^{1,2}.

Depuis leur commercialisation, les contraceptifs oraux ont fait l'objet de nombreuses études épidémiologiques, souvent destinées à examiner les liens éventuels entre leur usage et les maladies cardiovasculaires et la mortalité. Il semble que la diminution de la concentration d'œstrogène dans la pilule au cours des deux dernières décennies ait contribué à réduire les risques^{3,4} et, selon plusieurs études relativement récentes, la prise de la pilule ne poserait aucun risque excédentaire de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral⁴⁻⁶. Cependant, certains travaux de recherche donnent à penser que les femmes qui recourent à la contraception orale font face à un risque légèrement plus élevé d'accident vasculaire cérébral et de crise cardiaque, ainsi que de décès dû à ces causes, que celles qui n'y ont pas recours^{3,7-19}. Les auteurs de ces études précisent toutefois que la prise de la pilule ne cause qu'une faible augmentation

Méthodologie

Source des données

Le présent article se fonde sur des données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada. Lancée en 1994-1995, l'ENSP recueille tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population canadienne. L'enquête couvre la population à domicile et les personnes placées en établissement de santé des provinces et des territoires, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP compte une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal sont suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

L'échantillon de la composante transversale des ménages de 1996-1997 comprend les membres du panel longitudinal ainsi que des personnes qui ont été sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (acquisition d'unités d'échantillonnage additionnelles) demandés par trois provinces. Ces personnes supplémentaires, qui ont été sélectionnées par la méthode de composition aléatoire (CA), ne sont incluses dans l'échantillon qu'aux fins de l'analyse transversale.

Les données individuelles sont classées dans deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. On a recueilli dans le Fichier général des renseignements généraux sur les caractéristiques socio-démographiques et sur la santé de tous les membres des ménages participants. En outre, on a sélectionné au hasard dans chacun de ces ménages une personne à qui on a demandé de fournir des renseignements détaillés sur sa santé. Le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les données du Fichier général sur les personnes qui ont fourni ces renseignements.

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

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

fourni des renseignements sur tous les membres du ménage au moment du deuxième cycle (1996-1997).

Les taux de réponse transversaux de 1996-1997 pour le Fichier santé sont de 93,1 % pour la composante longitudinale et de 75,8 % pour l'échantillon sélectionné par CA, soit un taux global de réponse de 79,0 %. Le Fichier santé contient des renseignements sur 81 804 personnes sélectionnées au hasard.

Des rapports déjà publiés décrivent plus en détail le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP²⁰⁻²².

La présente analyse se fonde sur les données transversales du Fichier santé du deuxième cycle de l'enquête. Les données ont été pondérées pour tenir compte du plan de sondage, des corrections pour la non-réponse et de la stratification a posteriori. Les résultats découlent des données recueillies auprès de 21 996 femmes de 15 à 49 ans, non enceintes, des dix provinces et pondérées de sorte qu'elles soient représentatives d'environ 7,6 millions de femmes (tableau A en annexe). De ces femmes, 4 237 (après pondération, ce chiffre correspond à 1,3 million de femmes) ont dit avoir pris une pilule contraceptive durant le mois qui a précédé l'entrevue. On n'a pas inclus dans l'analyse les personnes placées en établissement de santé.

Techniques d'analyse

On a utilisé les distributions des fréquences et les totalisations croisées pour estimer la proportion de femmes de 15 à 49 ans qui prennent un contraceptif oral et pour comparer les caractéristiques relatives à la santé de celles qui utilisent cette méthode de contraception et de celles qui ne l'utilisent pas. La régression logistique multiple a permis de modéliser la relation entre certains facteurs et l'utilisation des contraceptifs oraux. On a inclus plusieurs variables dans le modèle de régression, sélectionnées d'après un examen des données publiées et des données fournies par l'ENSP. Les caractéristiques socio-démographiques choisies sont l'âge, l'état matrimonial, le nombre d'enfants de moins de 12 ans dans le ménage, l'activité sexuelle pendant l'année qui a précédé l'entrevue, le statut d'immigrant, le niveau de scolarité, le fait de travailler ou de poursuivre des études, le revenu du ménage et la couverture par une assurance-médicaments. Les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire englobent l'usage du tabac, l'hypertension, la migraine, l'obésité et l'inactivité physique.

Les coefficients de variation, les écarts-types et les tests chi carré de signification sont estimés par la méthode *bootstrap* pondérée qui produit des estimations non biaisées de la variance²³⁻²⁵.

du risque. En conséquence, les chercheurs concluent systématiquement que, chez les femmes qui ne présentent aucun autre facteur de risque de maladie cardiovasculaire, les avantages des actuels contraceptifs oraux excèdent de loin leurs éventuels effets indésirables^{10,26,27}. En proportion du risque minimal qu'on associe à la contraception orale, les dangers pour la santé liés à d'autres facteurs sont beaucoup plus importants. Selon de nombreuses études, le risque de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral que courent les femmes qui fument, qui font de l'hypertension, qui sont diabétiques ou qui souffrent de migraine excède de loin celui associé uniquement à la prise de la pilule anticonceptionnelle^{8,10,27-30}. Les risques de maladie cardiovasculaire ou d'accident vasculaire cérébral augmentent quelque peu chez les femmes qui

prennent la pilule et présentent l'un de ces facteurs de risque, mais ils sont multipliés chez les fumeuses qui prennent la pilule^{8,11,12,27,32-36}.

Néanmoins, en raison du faible risque absolu chez les jeunes femmes, on considère que la grande majorité d'entre elles peuvent utiliser un contraceptif oral sans danger³⁷. Par exemple, conjugué au contraceptif oral, l'usage du tabac est le facteur qui fait courir le plus grand risque de décès dû à une maladie cardiovasculaire. Toutefois, chez les femmes de 15 à 34 ans qui prennent une pilule anticonceptionnelle à faible concentration d'œstrogène et qui fument, le nombre de décès qu'on impute à l'effet combiné de la contraception orale et de l'usage du tabac n'est que de 3,3 pour 100 000 femmes, comparativement à 0,59 pour 100 000 chez les femmes du même âge qui ne fument pas et ne prennent pas la pilule et à 0,65 pour celles qui prennent la pilule mais ne fument pas²⁷.

Il est conseillé aux médecins de suivre de près les femmes plus âgées qui présentent des facteurs de risque et qui prennent un contraceptif oral, de même que celles qui ont une prédisposition à la maladie cardiovasculaire, ou de leur proposer d'autres méthodes de contraception^{10-12,19,30,38}. Malgré les avantages manifestes de la pilule en tant que contraceptif, les lignes directrices actuelles encouragent explicitement les médecins à ne pas la prescrire aux grandes fumeuses (au moins 15 cigarettes par jour) de 35 ans et plus^{39,40}. Chez les fumeuses de 35 à 44 ans qui utilisent un contraceptif oral, le taux de mortalité due aux facteurs de risque combinés est de 29,4 pour 100 000. En revanche, pour la même tranche d'âge, chez les femmes qui ne fument pas et ne prennent pas la pilule, le risque est de 3,18 pour 100 000 et chez celles qui ne fument pas mais prennent la pilule, il est de 6,21 pour 100 000²⁷. En fait, parmi les femmes plus âgées qui recourent à la contraception orale et qui fument, le risque de décès lié à une maladie cardiovasculaire est plus élevé que celui que pose une grossesse menée à son terme²⁷.

À la lumière de ces lignes directrices, il semble indiqué que l'on examine le recours à la contraception orale en fonction de l'existence de

Méthodes de contraception

Outre les contraceptifs oraux, il existe de nombreuses méthodes de contraception qui présentent chacune des avantages et des inconvénients. Le taux de grossesse varie selon la méthode ou la combinaison de méthodes utilisée, même si elle est appliquée correctement et régulièrement. Le taux de grossesse représente le nombre de femmes sur 100 qui deviennent enceintes en un an.

Taux de grossesse avec certaines méthodes de contraception

Méthode	Taux de grossesse pour 100 femmes par année
Pilule combinée (œstrogène et progestatif)	Moins de 1 à 2
Dispositif intra-utérin (DIU)	Moins de 1 à 6
Condom avec spermicide (gelé ou mousse)	1 à 6
Mini-pilule (progestatif uniquement)	3 à 6
Condom	2 à 12
Diaphragme avec spermicide (gelé ou mousse)	3 à 18
Spermicide	3 à 21
Éponge avec spermicide	3 à 28
Cape cervicale avec spermicide	5 à 18
Abstinence périodique ou toute autre méthode rythmique	2 à 20
Aucune contraception	60 à 85

Source des données : Adaptation autorisée tirée du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, tableau 1, p. B178 (voir référence n° 31).

facteurs de risque de maladie cardiovasculaire. Ces dernières années, plusieurs pays ont publié des rapports décrivant le profil des femmes qui utilisent des contraceptifs oraux⁴¹⁻⁴⁴. La Suisse et le Québec ont réalisé des études portant spécifiquement sur l'usage du tabac combiné à la contraception orale^{45,46}. Une étude canadienne a décrit les caractéristiques (y compris les facteurs de risque) des femmes qui prenaient une pilule anticonceptionnelle à la fin des années 1980 et au début des années 1990; les

données ne sont pas disponibles pour toutes les provinces⁴⁷.

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) fournissent l'occasion de comparer certaines caractéristiques, incluant les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, des Canadiennes qui recourent à la contraception orale à celles des femmes qui ne le font pas (voir *Méthodologie et Définitions*). On analyse ici les données du deuxième cycle de l'ENSP (1996-1997) afin de

Tableau 1

Caractéristiques socio-démographiques des femmes qui prennent ou ne prennent pas de contraceptif oral (CO), femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Prend un CO		Ne prend pas de CO		chi carré		Prend un CO		Ne prend pas de CO		chi carré
	en milliers	%	en milliers	%			en milliers	%	en milliers	%	
Total	1 342	100	6 203	100		Total	1 342	100	6 203	100	
Groupe d'âge					455,8***	Niveau de scolarité					38,5***
15 à 19 ans	277	21	727	12		Pas de diplôme d'études secondaires	214	16	1 305	21	
20 à 24 ans	366	27	521	8		Diplôme d'études secondaires	193	14	1 157	19	
25 à 29 ans	309	23	626	10		Études postsecondaires partielles	451	34	1 571	25	
30 à 34 ans	227	17	942	15		Diplôme d'études postsecondaires	483	36	2 150	35	
35 à 49 ans	163	12	3 386	55		Données non disponibles	-	-	20	-	
État matrimonial					252,4***	Occupée/étudiante					31,8***
Mariée	333	25	3 278	53		Oui	1 118	83	4 698	76	
Union libre	161	12	462	7		Non	220	16	1 477	24	
Célibataire	773	58	1 857	30		Données non disponibles	4	-	28	-	
Mariée antérieurement	74	6	596	10		Revenu du ménage					ns
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage					14,7***	Inférieur	70	5	254	4	
Aucun	887	66	3 545	57		Moyen-inférieur	119	9	564	9	
1 ou 2	434	32	2 303	37		Moyen	318	24	1 558	25	
Au moins 3	20	2	355	6		Moyen-supérieur	467	35	2 059	33	
Sexuellement active la dernière année					135,2***	Supérieur	179	13	714	12	
Oui	1 188	89	4 344	70		Données non disponibles	190	14	1 053	17	
Non	92	7	1 184	19		Assurance-médicaments					ns
Données non disponibles	62	5	674	11		Oui	877	65	3 915	63	
Immigrante					156,2***	Non	450	34	2 199	35	
Oui	94	7	1 207	19		Données non disponibles	14	1 [†]	89	1	
Non	1 247	93	4 974	80							
Données non disponibles	-	-	21 [†]	--							

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

Nota : Les estimations sont calculées d'après les données sur les femmes qui n'étaient pas enceintes au moment de l'entrevue. Les renseignements sur l'usage de la pilule ne sont pas disponibles pour environ 13 480 (n = 51) femmes (0,2 %) de 15 à 49 ans. Les données ayant été arrondies, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués. Le test du chi carré porte sur 500 coefficients de pondération calculés selon la méthode bootstrap et comprend la correction de deuxième ordre de Rao-Scott afin de tenir compte de la complexité du plan de sondage⁴⁸.

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

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

*** p ≤ 0,001

-- Nombres infimes

-- Néant ou zéro

ns Signifie que la valeur du chi carré n'atteint pas le niveau de signification statistique.

déterminer les associations éventuelles entre l'utilisation des contraceptifs oraux et l'usage du tabac, l'hypertension et d'autres facteurs de risque chez les femmes de 15 à 49 ans. On présente aussi les résultats concernant les associations avec certaines caractéristiques socio-démographiques.

Les femmes qui prennent la pilule sont beaucoup plus jeunes que celles qui ne la prennent pas

On estime qu'en 1996-1997, 1,3 million de femmes de 15 à 49 ans (18 %) ont pris un contraceptif oral au cours du mois qui a précédé l'enquête (tableau B en annexe). Les femmes qui prenaient la pilule étaient considérablement plus jeunes que celles qui ne la prenaient pas : parmi les utilisatrices, 71 % avaient moins de 30 ans, comparativement à 30 % de non-utilisatrices (tableau 1). Seulement le quart des femmes qui prenaient la pilule et plus de la moitié de celles qui ne la prenaient pas étaient mariées. Les femmes qui prennent la pilule sont moins susceptibles que les autres d'avoir des enfants de moins de 12 ans vivant à la maison. Les résultats de l'ENSP en ce qui concerne l'âge, l'état matrimonial et le nombre d'enfants concordent avec ceux obtenus chez les femmes qui prenaient la pilule anticonceptionnelle au Québec en 1987⁴⁶ et aux États-Unis durant les années 80 et au début des années 90⁴⁴.

On constate sans surprise que les femmes qui prennent la pilule sont plus susceptibles que celles qui ne la prennent pas d'avoir une vie sexuelle active : 89 % contre 70 %. Les femmes qui ne prennent pas la pilule englobent celles qui utilisent d'autres moyens de contraception, ainsi que celles qui n'en utilisent aucun — peut-être parce que certaines d'entre elles ne sont pas sexuellement actives.

Une plus forte proportion d'utilisatrices de la pilule anticonceptionnelle (93 %) que de non-utilisatrices (80 %) sont des femmes nées au Canada. Aux États-Unis également, on observe que la proportion d'immigrantes qui recourent à la contraception orale est assez faible^{44,49}.

Le niveau de scolarité distingue aussi les femmes qui prennent un contraceptif oral de celles qui n'en prennent pas : 70 % des premières et 60 % des

secondes ont fait des études postsecondaires partielles. Le profil des femmes qui prennent la pilule en Norvège, en Italie et aux États-Unis indique également que leur niveau de scolarité est plus élevé que celui des non-utilisatrices^{41,44,50}. En revanche, une étude menée auprès des Québécoises qui prennent un contraceptif oral ne confirme pas cette association⁴⁶.

Les femmes qui prennent la pilule sont plus susceptibles de travailler ou de poursuivre des études que celles qui ne la prennent pas. Toutefois, les caractéristiques des utilisatrices et des non-utilisatrices sont comparables en ce qui concerne la catégorie de revenu du ménage et la couverture par une assurance-médicaments.

Le tiers des femmes qui prennent la pilule fument

Parmi les utilisatrices des contraceptifs oraux, 458 000 femmes (34 %) fument tous les jours ou à l'occasion (tableau 2). La proportion des fumeuses qui ne prennent pas la pilule est plus faible (30 %).

Tableau 2
Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire chez les femmes qui prennent ou ne prennent pas de contraceptif oral (CO), femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire	Prend un CO		Ne prend pas de CO		chi carré
	en milliers	%	en milliers	%	
Fume tous les jours ou à l'occasion	458	34	1 854	30	6,0*
Hypertension	16	1 [†]	222	4	38,3**
Tension artérielle non vérifiée l'année précédente	226	17	1 720	28	61,2**
Migraine	181	13	809	13	ns
Obésité	251	19	1 833	30	67,8**
Physiquement inactive	697	52	3 593	58	11,0**

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

Nota : Les estimations sont calculées d'après les données sur les femmes qui n'étaient pas enceintes au moment de l'entrevue. Les renseignements sur l'usage de la pilule ne sont pas disponibles pour environ 13 480 (n = 51) femmes (0,2 %) de 15 à 49 ans. Le test du chi carré porte sur 500 coefficients de pondération calculés selon la méthode bootstrap et comprend la correction de deuxième ordre de Rao-Scott afin de tenir compte de la complexité du plan de sondage⁴⁸.

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

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

ns Signifie que la valeur du chi carré n'atteint pas le niveau de signification statistique.

Limites

Cette étude est descriptive. Comme elle porte sur les données transversales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), l'analyse permet de décrire les relations entre les variables, mais non d'inférer une relation de cause à effet.

Il est possible que l'analyse n'ait pas pris en compte certains facteurs importants liés à l'utilisation (ou à la non-utilisation) d'un contraceptif oral. Par exemple, la prévalence du diabète dans la population observée est trop faible pour qu'il soit possible d'inclure cette variable dans l'analyse multivariée. En outre, on ne possède aucun renseignement sur le genre de migraine (avec ou sans aura visuelle ou d'autres symptômes neurologiques). De surcroît, certaines femmes pourraient prendre la pilule pour soulager les symptômes de troubles menstruels, comme des règles abondantes ou douloureuses, mais l'ENSP ne fournit aucun renseignement à ce sujet. Le fait que certaines femmes prennent la pilule pour d'autres raisons que la contraception affaiblirait les associations entre l'usage de la pilule et les variables liées à la grossesse. Comme aucune question précise n'est posée dans le cadre de l'ENSP au sujet des méthodes de contraception, il est impossible d'analyser l'utilisation de la pilule anticonceptionnelle dans le contexte d'autres méthodes de contraception. Le fait que les caractéristiques des femmes qui recourent à d'autres méthodes soient similaires à celles des femmes qui prennent des contraceptifs oraux affaiblirait les associations qu'on observe ici.

Bien que la teneur en œstrogène des contraceptifs oraux ait diminué considérablement depuis le lancement de la pilule anticonceptionnelle durant les années 60, l'ENSP ne fournit aucun renseignement sur le dosage ni la formulation de la pilule prise. Selon des calculs basés sur des données recueillies auprès d'un échantillon de pharmaciens canadiens, en 1996, un peu plus du quart des contraceptifs oraux prescrits étaient des préparations de la " troisième génération " (contenant des progestogènes comme le désogestrel et la noréthindrone)⁵¹.

Les périodes couvertes par les diverses questions ne concordent pas toujours. Par exemple, on a demandé aux personnes qui ont participé à l'enquête d'indiquer quels médicaments elles ont pris durant le mois qui a précédé l'entrevue et les " pilules contraceptives " figuraient sur la liste lue par l'intervieweur. Par contre, les questions sur les rapports sexuels couvrent la période de 12 mois qui a précédé l'entrevue.

Enfin, les données de l'ENSP étant autodéclarées (ou déclarées par personnes interposées), on ignore dans quelle mesure elle peuvent être entachées d'une erreur de déclaration. L'autodéclaration peut être particulièrement problématique dans le cas de questions délicates comme celles ayant trait à la sexualité.

Malgré les nombreuses preuves montrant que la combinaison de l'usage du tabac et de la contraception orale augmente fortement le risque de décès dû à une maladie cardiovasculaire ou à un accident vasculaire cérébral, des études réalisées en Suisse, en Italie et aux États-Unis ont fait ressortir que l'usage du tabac est plus répandu chez les femmes qui prennent la pilule que chez celles qui ne la prennent pas^{44,45,50}. Les données recueillies en 1987 auprès d'un échantillon représentatif de Québécoises indiquent que parmi les femmes de 15 à 39 ans qui prenaient la pilule, la moitié (50 %) fumaient, comparativement à seulement 41 % chez celles qui ne la prenaient pas⁴⁶. La forte prévalence des fumeuses chez les Québécoises en âge de procréer reflète le taux provincial d'usage du tabac, qui est en général plus élevé que celui observé partout ailleurs au Canada depuis le milieu des années 60⁵². Selon l'Enquête canadienne sur la santé cardiovasculaire (ECSC) réalisée auprès d'un échantillon de femmes de 18 à 34 ans entre 1988 et 1992 dans toutes les provinces sauf la Nouvelle-Écosse et dont les données concordent davantage avec celles de l'ENSP, la proportion des fumeuses était de 29 % autant chez les femmes qui prenaient la pilule que chez celles qui ne la prenaient pas⁴⁷. En revanche, les données recueillies dans le cadre des Behavioral Risk Factor Surveys réalisées aux États-Unis, en 1988, montrent que la prévalence de l'usage du tabac chez les femmes de 18 à 45 ans qui prenaient un contraceptif oral était de 24 %⁴³, un taux considérablement plus faible que celui calculé pour le Canada d'après les données de l'ECSC ou de l'ENSP.

Selon les données de l'ENSP, une très petite proportion (1 %) d'utilisatrices de la pilule disent faire de l'hypertension. Cette observation est faussement rassurante, car les données recueillies de 1986 à 1992 dans le cadre de l'ECSC montrent qu'une proportion considérable (42 %) de personnes chez qui un examen physique a révélé une hypertension ignoraient au préalable qu'elles en souffraient^{53,54}. Même parmi les femmes à l'apogée de la période de procréation, soit celles de 18 à 34 ans, durant laquelle les visites chez le médecin sont fréquentes, 19 % de femmes qui faisaient de

l'hypertension ne le savaient pas⁵⁴. Selon l'ENSP, 17 % de femmes sous contraception orale ont dit qu'on n'avait pas vérifié leur tension artérielle au cours de l'année qui a précédé l'entrevue, si bien qu'on pourrait sous-estimer la prévalence de l'hypertension chez des femmes qui prennent la pilule.

La proportion de femmes qui souffrent de migraine est la même, soit 13 %, chez celles qui prennent ou ne prennent pas de contraceptif oral. Cette observation illustre peut-être l'état incertain de la documentation concernant la contraception orale chez les femmes qui souffrent de migraine et le fait que les lignes directrices données aux médecins à ce sujet varient selon la forme de la migraine^{28,55}. Même s'il est généralement admis que la contraception orale augmente considérablement le risque d'accident vasculaire cérébral chez les femmes qui souffrent de migraine avec aura visuelle, on estime aussi qu'elle permet de traiter certaines migraines⁵⁶. Par conséquent, dans plusieurs cas, le médecin traitant peut juger que les avantages thérapeutiques et contraceptifs de la pilule compensent largement la légère augmentation du risque absolu d'accident vasculaire cérébral⁸.

La prévalence de l'obésité est nettement plus faible chez les femmes qui prennent la pilule (19 %) que chez celles qui ne la prennent pas (30 %). Cette

observation confirme les résultats d'études antérieures^{6,42,47,49} et pourrait être liée au fait que les femmes de forte corpulence choisissent de ne pas prendre la pilule en raison de l'idée non fondée que celle-ci pourrait leur faire prendre du poids⁴⁶. En ce qui a trait à l'activité physique durant les loisirs, une proportion plus faible de femmes qui prennent la pilule (52 %) que de femmes qui ne la prennent pas (58 %) sont classées dans la catégorie des " personnes inactives ".

Comme la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires augmente avec l'âge, on a examiné la prévalence de certains autres facteurs de risque chez les femmes qui prennent un contraceptif oral et chez celles qui n'en prennent pas, selon le groupe d'âge. Chez les femmes de 15 à 34 ans, l'usage du tabac est beaucoup plus courant chez celles qui prennent la pilule que chez celles qui n'utilisent pas ce moyen de contraception (tableau 3). Ainsi, il faut comprendre que le fait de fumer n'empêche pas les femmes de ce groupe d'âge de prendre la pilule. La proportion des grandes fumeuses (au moins 15 cigarettes par jour) est la même, soit 14 %, parmi celles qui prennent la pilule anticonceptionnelle que parmi celles qui ne l'utilisent pas (données non présentées). De la même manière, la migraine ne limite manifestement pas l'usage de la pilule chez les femmes de ce groupe d'âge, puisque sa prévalence

Tableau 3

Usage du tabac, migraine et vérification de la tension artérielle chez les femmes qui prennent ou ne prennent pas de contraceptif oral (CO), selon le groupe d'âge, femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

Facteur de risque	15 à 34 ans					35 à 49 ans				
	Prend un CO		Ne prend pas de CO		chi carré	Prend un CO		Ne prend pas de CO		chi carré
	en milliers	%	en milliers	%		en milliers	%	en milliers	%	
Fume tous les jours ou à l'occasion	430	37	843	30	10,5**	28	17 [†]	1 011	30	12,5***
Migraine	156	13	334	12	ns	25	15	475	14	ns
Tension artérielle non vérifiée l'année précédente	213	18	887	31	64,8***	13	8 [†]	833	25	41,9***

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

Nota : Les estimations sont calculées d'après les données sur les femmes qui n'étaient pas enceintes au moment de l'entrevue. Les renseignements sur l'usage de la pillule ne sont pas disponibles pour environ 13 480 (n = 51) femmes (0,2 %) de 15 à 49 ans. Le test du chi carré porte sur 500 coefficients de pondération calculés selon la méthode bootstrap et comprend la correction de deuxième ordre de Rao-Scott afin de tenir compte de la complexité du plan de sondage⁴⁸.

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

** p ≤ 0,01

*** p ≤ 0,001

ns Signifie que la valeur du chi carré n'atteint pas le niveau de signification statistique.

Définitions

On a posé la question suivante aux personnes qui ont participé à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) : « Au cours du dernier mois, avez-vous pris un des médicaments suivants? ». Les pilules contraceptives figuraient sur la liste lue par l'intervieweur.

On a défini cinq groupes d'âge, à savoir de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans, de 25 à 29 ans, de 30 à 34 ans et de 35 à 49 ans, ce dernier groupe étant le moins susceptible de prendre des contraceptifs oraux.

On a demandé aux femmes qui ont participé à l'enquête d'indiquer leur *état matrimonial* actuel. Aux fins de l'analyse, on a défini quatre catégories : mariée (mariée à l'heure actuelle); union libre (y compris les femmes qui ont dit « vivre avec un conjoint »); célibataire (jamais mariée) et mariée antérieurement, catégorie qui inclut les femmes veuves, séparées ou divorcées.

On a créé la variable dérivée *nombre d'enfants de moins de 12 ans faisant partie du ménage* et on a défini les catégories suivantes : aucun, un ou deux, au moins trois.

On considère *sexuellement actives* les femmes qui ont dit avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois. Celles qui ont déclaré ne pas avoir eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois sont considérées comme n'ayant pas de vie sexuelle active.

Pour déterminer l'*état d'immigrante*, on a posé la question : « Dans quel pays êtes-vous née? »

Les groupes de *niveau de scolarité* sont : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires. La catégorie des *études postsecondaires* englobe les deux derniers groupes.

Les femmes qui ont dit travailler au moment de l'enquête sont classées dans la catégorie *occupées*. Celles qui, au moment de l'enquête, fréquentaient une école, un collège ou une université sont classées dans la catégorie *étudiantes*.

La catégorie de *revenu du ménage* est déterminée en tenant compte du revenu total du ménage et du nombre de personnes qui composent ce dernier.

Catégorie de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieure	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyenne-inférieure	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Moyenne	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyenne-supérieure	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieure	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou 4	80 000 \$ et plus
	5 ou plus	80 000 \$ et plus

La classification *revenu du ménage élevé* englobe les trois dernières catégories.

Pour déterminer si une personne est couverte par une *assurance-médicaments*, on a posé la question : « Avez-vous une assurance qui couvre les frais de médicaments sur ordonnance, en totalité ou en partie? (incluant les régimes privés, gouvernementaux ou payés par l'employeur) ».

Pour déterminer la catégorie d'usage du tabac, on a demandé aux personnes interrogées si, au moment de l'entrevue, elles fumaient des cigarettes *tous les jours*, *à l'occasion*, ou jamais. Pour les personnes qui fument tous les jours, on a catégorisé le nombre de cigarettes consommées par jour à moins de 15 ou au moins 15 (grandes fumeuses).

On a demandé aux personnes qui ont participé à l'enquête si elles avaient « des problèmes de santé de longue durée qui avaient duré ou qui devraient durer au moins six mois et qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé ». L'intervieweur a lu une liste de problèmes de santé chroniques. L'*hypertension* et la *migraine* comptent parmi les facteurs de risque pertinents pour la présente analyse. Le diabète est également un problème de santé pertinent, mais le nombre de femmes qui ont dit souffrir de cette maladie est trop faible pour qu'on puisse inclure la variable dans l'analyse.

Pour déterminer si la *tension artérielle a été vérifiée l'année qui a précédé l'entrevue*, on a demandé : « À quand remonte la dernière fois que l'on a pris votre tension artérielle? »

Les *Lignes directrices canadiennes concernant les niveaux de poids associés à la santé*⁶⁷ s'appuient sur l'indice de masse corporelle (IMC) pour établir la fourchette acceptable de poids sain appliquée pour déterminer les conditions de poids excessif et d'insuffisance pondérale. Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. On définit quatre catégories de poids d'après l'IMC :

- poids insuffisant (IMC inférieur à 20)
- poids normal (IMC de 20 à 24,9)
- léger surpoids (IMC de 25 à 27)
- poids excessif (obèse) (IMC supérieur à 27)

Les lignes directrices s'appliquent à toute personne de 20 à 64 ans, sauf les femmes enceintes. Conformément à ces lignes directrices, les femmes dont l'IMC est égal ou supérieur à 25 sont classées dans la catégorie des femmes *obèses* aux fins de la présente analyse. Celle dont l'IMC est inférieur à 25 sont considérées comme n'étant pas obèses.

Pour déterminer le niveau d'activité physique, on a calculé pour chaque personne la dépense d'énergie (DE) pour chaque activité entreprise durant les loisirs. Pour calculer la DE, on multiplie le nombre de fois que la personne s'adonne à une activité durant une période de 12 mois par la durée moyenne en heure et par la dépense d'énergie de l'activité (exprimée en kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par heure d'activité). Pour calculer la DE quotidienne moyenne pour l'activité, on divise l'estimation par 365. On répète le calcul pour toutes les activités entreprises durant les loisirs et on totalise les estimations résultantes pour fournir la DE quotidienne moyenne agrégée. Les personnes dont la DE estimative durant les loisirs est inférieure à 1,5 kcal/kg/jour sont considérées comme *physiquement inactives*. Celles dont la DE est égale ou supérieure à 1,5 sont considérées comme physiquement actives.

est à peu près la même chez les utilisatrices et les non-utilisatrices.

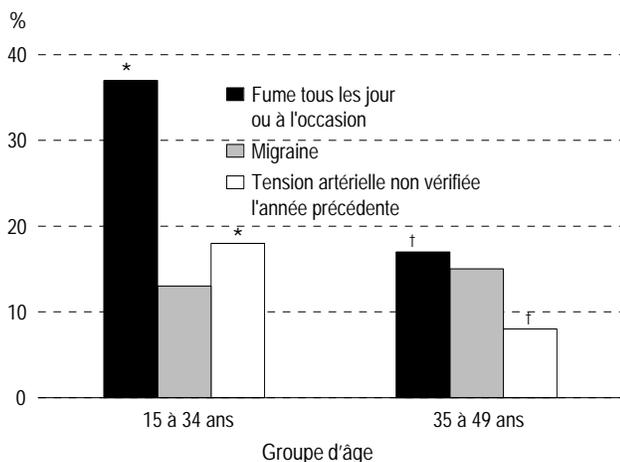
Dans le groupe des 35 à 49 ans, la proportion des fumeuses parmi les femmes qui prennent la pilule (17 %) est considérablement plus faible que celle des fumeuses qui ne la prennent pas (30 %). Néanmoins, d'après les estimations de l'ENSP, parmi les 28 000 femmes de ce groupe d'âge qui prennent la pilule et qui fument, 17 000 (données non présentées) fument de façon intensive (au moins 15 cigarettes par jour). Or, chez certaines femmes plus âgées qui fument, on peut donc penser que les médecins estiment devoir accorder plus d'importance à une contraception efficace qu'à d'autres facteurs de risque concernant la santé.

D'une façon quelque peu inattendue, on a également constaté que chez le groupe des 35 à 49 ans, des proportions à peu près équivalentes de femmes qui prennent et ne prennent pas la pilule

disent souffrir de migraine. Selon des études publiées récemment, la contraception orale pourrait être contre-indiquée chez les femmes de 35 ans et plus qui souffrent de migraine ou qui présentent d'autres risques importants d'accident vasculaire cérébral, comme l'hypertension ou l'usage du tabac³⁸.

Comme des données antérieures montrent qu'une proportion considérable de personnes hypertendues ne reçoivent aucun traitement ou ne sont pas au courant de leur état^{53,54}, on a analysé les données de l'ENSP concernant les femmes dont on n'a pas vérifié la tension artérielle pendant l'année qui a précédé l'entrevue. Dans les deux groupes d'âge, mais surtout celui des femmes plus âgées, une proportion plus faible de femmes qui prennent la pilule que de femmes qui ne la prennent pas ont dit que leur tension artérielle n'avait pas été vérifiée l'année qui a précédé l'enquête. Les taux de femmes qui fument et dont on n'a pas vérifié la tension artérielle pendant l'année qui a précédé l'enquête sont plus de deux fois supérieurs dans le groupe des 15 à 34 ans qui prennent un contraceptif oral que chez leurs homologues de 35 à 49 ans (graphique 1). En revanche, la prévalence de la migraine n'est pas significativement différente pour ces deux groupes d'âge.

Graphique 1
Proportion de femmes prenant un contraceptif oral qui présentent certains facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, selon le groupe d'âge, femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997



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

Nota : Les estimations sont calculées d'après les données sur les femmes qui n'étaient pas enceintes au moment de l'entrevue. Les renseignements sur l'usage de la pilule ne sont pas disponibles pour environ 13 480 (n = 51) femmes (0,2 %) de 15 à 49 ans.

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

* Valeur significativement plus élevée que celle observée pour le groupe des 35 à 49 ans ($p < 0,05$).

Les femmes qui prennent la pilule ont tendance à être jeunes, célibataires et sans enfants

L'analyse multivariée, permettant de tenir compte des effets simultanés de toutes les variables, montre que la cote exprimant la possibilité de prendre une pilule contraceptive est nettement plus élevée pour toutes les tranches de cinq ans du groupe des 35 ans et moins que pour le groupe des 35 à 49 ans (tableau 4). La cote exprimant la possibilité de prendre un contraceptif oral est significativement plus élevée pour les femmes qui ont été mariées antérieurement, celles qui sont célibataires ou celles qui vivent en union libre que pour les femmes mariées. En outre, même après correction pour tenir compte des effets de l'âge et de l'état matrimonial, la cote exprimant la possibilité d'utiliser un contraceptif oral est significativement plus faible chez les femmes qui ont au moins trois enfants de

Tableau 4

Rapports corrigés de cotes exprimant la possibilité de prendre un contraceptif oral calculés pour certaines caractéristiques sociodémographiques et certains facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Rapport corrigés de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Groupe d'âge		
15 à 19 ans	9,1*	6,3 - 13,3
20 à 24 ans	10,3*	7,7 - 14,0
25 à 29 ans	8,2*	6,4 - 10,6
30 à 34 ans	4,9*	3,8 - 6,5
35 à 49 ans [†]	1,0	...
État matrimonial		
Mariée [‡]	1,0	...
Union libre	1,6*	1,2 - 2,1
Célibataire	2,5*	1,9 - 3,2
Mariée antérieurement	2,0*	1,4 - 2,8
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage		
Aucun [†]	1,0	...
1 ou 2	0,9	0,8 - 1,1
Au moins 3	0,3*	0,2 - 0,4
Sexuellement active la dernière année[‡]	8,5*	6,1 - 12,0
Immigrante[‡]	0,5*	0,3 - 0,6
Études postsecondaires[‡]	1,4*	1,2 - 1,7
Occupée/étudiante[‡]	1,1	0,9 - 1,3
Revenu du ménage élevé[‡]	1,0	0,7 - 1,3
Couverture par une assurance-médicaments[‡]	1,3*	1,1 - 1,5
Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire		
Fume tous les jours ou à l'occasion [‡]	0,8*	0,7 - 1,0
Hypertension [‡]	0,9	0,5 - 1,5
Migraine [‡]	1,0	0,8 - 1,2
Obèse [‡]	0,7*	0,6 - 0,9
Physiquement inactive [‡]	1,0	0,9 - 1,2

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

Nota : L'analyse se fonde sur un échantillon de 20 996 femmes de 15 à 49 ans dont 4 105 prenaient un contraceptif oral. La catégorie « Données non disponibles » est incluse dans l'analyse pour l'activité sexuelle l'année précédente, le revenu et l'indice de masse corporelle afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. En outre, on a exclu de l'analyse 949 femmes de ce groupe d'âge pour lesquelles des données n'étaient pas disponibles sur d'autres variables, ainsi que 51 pour lesquelles on ne possédait pas de renseignements sur l'utilisation des contraceptifs oraux. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne supérieure est égale à 1,0 sont significatifs.

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

[‡] La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, les catégories de référence pour « immigrante » et « hypertension » sont « nées au Canada » et « pas de diagnostic d'hypertension », respectivement.

... N'ayant pas lieu de figurer

* $p < 0,05$

moins de 12 ans que chez celles qui n'en ont aucun. Le recours à d'autres méthodes de contraception (comme la ligature des trompes ou la vasectomie) pourrait être davantage privilégié par ces femmes que par celles sans jeunes enfants. Comme on s'y attendait, la cote exprimant la possibilité d'utiliser un contraceptif oral est beaucoup plus élevée chez les femmes sexuellement actives que chez celles qui ne le sont pas. Enfin, la cote exprimant la possibilité de prendre un contraceptif oral est nettement plus faible chez les immigrantes que chez les femmes nées au Canada.

Lien entre le niveau de scolarité, l'assurance-médicaments et l'usage de la pilule

La cote exprimant la possibilité de prendre un contraceptif oral est significativement plus élevée chez les femmes qui ont poursuivi des études postsecondaires que chez celles qui n'ont pas atteint ce niveau de scolarité.

Il n'y a aucune association significative entre le recours à la contraception orale et le fait de travailler, de poursuivre des études ou le niveau de revenu. En revanche, la cote exprimant la possibilité de prendre la pilule est plus élevée pour les femmes qui ont une assurance-médicaments que pour celles qui ne possèdent pas ce genre d'assurance.

Probabilité plus faible de prendre la pilule pour les fumeuses et les obèses

Il existe une association inverse entre l'usage du tabac et la contraception orale, résultat un peu étonnant, car la proportion de fumeuses est plus forte chez les femmes qui prennent la pilule que chez celles qui ne la prennent pas (tableau 2). Cependant, si l'on n'introduit que la variable de l'usage du tabac dans le modèle de régression logistique, la cote exprimant la possibilité de prendre la pilule est significativement plus élevée pour les fumeuses que pour les non-fumeuses; autrement dit, si l'on n'apporte aucune correction pour tenir compte de l'effet d'autres variables, la cote exprimant la possibilité de prendre un contraceptif oral est plus forte pour les femmes qui fument que pour celles qui ne fument pas (données non présentées). Le

faible rapport des cotes exprimant la probabilité de fumer obtenu par analyse multivariée montre que d'autres facteurs que la catégorie de l'usage du tabac expliquent la prévalence de l'usage de la pilule chez les fumeuses et les non-fumeuses.

Le rapport corrigé de cotes calculé pour l'hypertension n'est pas statistiquement significatif, en partie en raison du petit nombre de femmes de 15 à 49 ans qui souffrent de ce problème. La cote corrigée exprimant la possibilité de prendre la pilule est significativement plus faible pour les femmes obèses que pour celles qui ne le sont pas. Par contre, on ne note aucune association entre l'inactivité physique, la migraine et la contraception orale.

Mot de la fin

Le profil socio-démographique des Canadiennes prenant un contraceptif oral qui se dégage de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 concorde en grande partie avec celui observé pour d'autres populations. Dans l'ensemble, la femme qui prend la pilule est jeune, n'est pas mariée, mène une vie sexuelle active et a atteint un niveau de scolarité assez élevé.

Si l'on tient compte des effets d'autres variables, on constate que deux facteurs de risque de maladie cardiovasculaire examinés ici, à savoir l'obésité et l'usage du tabac, sont inversement associés à l'usage de la pilule contraceptive. Ces résultats sont encourageants dans la foulée des recommandations faites aux cliniciens de ne pas prescrire de pilules anticonceptionnelles aux femmes présentant des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire ou d'accident vasculaire cérébral. Bien que la diminution de la cote exprimant le risque d'hypertension associé à la contraception orale ne soit pas statistiquement significative, un nombre assez faible de femmes qui savent qu'elles font de l'hypertension disent prendre la pilule (tableau B en annexe), et une forte majorité de femmes plus âgées qui prennent la pilule disent que leur tension artérielle a été vérifiée au cours de l'année qui a précédé l'entrevue.

Cependant, les résultats de l'ENSP donnent toujours lieu de s'inquiéter. Selon cette enquête, un peu plus du tiers des femmes qui prennent la pilule fument et un grand nombre d'entre elles sont de

grandes fumeuses. Bien que l'usage combiné du tabac et de la pilule contraceptive augmente le risque de décès dû à un accident vasculaire cérébral ou à une crise cardiaque, le sixième des femmes plus âgées qui prennent la pilule — une estimation de 28 000 femmes de 35 à 49 ans — fument aussi.

De l'avis d'un médecin, la persistance de l'usage de la contraception orale chez les femmes qui fument, malgré les indications manifestes des risques que pose cette association, témoigne d'une grave lacune des soins médicaux⁴⁶. D'autres chercheurs canadiens suggèrent que l'usage conjugué de la pilule et du tabac reflète un manque de sensibilisation au risque que cela pose pour la santé⁴⁷. Cependant, il est aussi un rappel des difficultés de la lutte contre une puissante dépendance et représente une occasion de prendre des mesures préventives. ●

Références

1. L.M. Tierney, S.J. McPhee et M.A. Papadakis (publié sous la direction de), *Current Medical Diagnosis and Treatment*, 38^e édition, Stamford, Connecticut, Appleton and Lange, 1999.
2. C. Egarter, M.S. Topcoglu, M. Imhof *et al.*, « Low-dose oral contraceptives and quality of life », *Contraception*, 59, 1999, p. 287-291.
3. M. Thorogood, « Oral contraceptives and myocardial infarction: new evidence leaves unanswered questions », *Thrombosis and Haemostasis*, 78(1), 1997, p. 334-338.
4. S.M. Schwartz, D.S. Siscovick, W.T. Longstreth Jr *et al.*, « Use of low-dose oral contraceptives and stroke in young women », *Annals of Internal Medicine*, 127, 1997, p. 596-603.
5. S. Sidney, D.S. Siscovick, D.B. Petitti *et al.*, « Myocardial infarction and use of low-dose oral contraceptives: a pooled analysis of two US studies », *Circulation*, 98(11), 1998, p. 1058-1063.
6. D.B. Petitti, S. Sidney, A. Bernstein *et al.*, « Stroke in users of low-dose oral contraceptives », *The New England Journal of Medicine*, 335(1), 1996, p. 8-15.
7. P.C. Hannaford, P.R. Croft et C.R. Kay, « Oral contraception and stroke: Evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study », *Stroke*, 25(5), 1994, p. 935-942.
8. Ø. Lidegaard, « Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 102, 1995, p. 153-159.

9. Organisation mondiale de la santé, Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study, (WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception), *The Lancet*, 348, 1996, p 505-510.
10. S.C. Johnston, J.M. Colford Jr et D.R. Gress, « Oral contraceptives and the risk of subarachnoid hemorrhage: a meta-analysis », *Neurology*, 51, 1998, p. 411-418.
11. T.M.M. Farley, J. Collins et J.J. Schlesselman, « Hormonal contraception and risk of cardiovascular disease: an international perspective », *Contraception*, 57, 1998, p. 211-230.
12. D.A. Petitti, S. Sidney et C.P. Quesenberry, « Oral contraceptive use and myocardial infarction », *Contraception*, 57, 1998, p. 143-155.
13. H. Haapaniemi, M. Hillbom et S. Juvela, « Lifestyle-associated risk factors for acute brain infarction among persons of working age », *Stroke*, 28(1), 1997, p. 26-30.
14. L. Chasan-Taber et M.J. Stampfer, « Epidemiology of oral contraceptives and cardiovascular disease », *Annals of Internal Medicine*, 128(6), 1998, p. 467-477.
15. R.D.T. Farmer, R.A. Lawrenson, C.R. Thompson *et al.*, « Population-based study of risk of venous thromboembolism associated with various oral contraceptives », *The Lancet*, 349, 1997, p. 83-88.
16. Organisation mondiale de la santé, « Effect of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease », (WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception), *The Lancet*, 346, 1995, p. 1582-1588.
17. H. Jick, S.S. Jick, V. Gurewich *et al.*, « Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components », *The Lancet*, 346, 1995, p. 1589-1593.
18. M.A. Lewis, L.A.J. Heinemann, W.O. Spitzer, *et al.*, « The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women: results from the transnational study on oral contraceptives and the health of young women », *Contraception*, 56, 1997, p. 129-140.
19. Ø. Lidegaard, « Smoking and use of oral contraceptives: Impact on thrombotic diseases », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1999, p. S357-S363.
20. 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).
21. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
22. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Composante des ménages, Guide de l'utilisateur, fichiers de microdonnées à grande diffusion* (Statistique Canada, n° 82-M0009GPF au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1998.
23. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
24. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 283-310.
25. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*, Baltimore, août 1999.
26. B.R. Carr et H. Ory, « Estrogen and progestin components of oral contraceptives: relationship to vascular disease », *Contraception*, 55, 1997, p. 267-272.
27. P.J. Schwingl, H.W. Ory et C.M. Visness, « Estimates of the risk of cardiovascular death attributable to low-dose oral contraceptives in the United States », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180, 1999, p. 241-249.
28. W.J. Becker, « Use of oral contraceptives in patients with migraine », *Neurology*, 53(Suppl. 1), 1999, p. S19-25.
29. L. Chasan-Taber, W.C. Willett, J.E. Manson *et al.*, « Prospective study of oral contraceptives and hypertension among women in the United States », *Circulation*, 94(3), 1996, p. 483-489.
30. R.H. Mattson et R.W. Rebar, « Contraceptive methods for women with neurologic disorders », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168, 1993, p. 2027-2032.
31. Association pharmaceutique canadienne, *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, 31^e édition, Ottawa, Association pharmaceutique canadienne, 1996.
32. L. Rosenberg, D.W. Kaufman, S.P. Helmrich *et al.*, « Myocardial infarction and cigarette smoking in women younger than 50 years of age », *Journal of the American Medical Association*, 253(20), 1985, p. 2965-2969.
33. Organisation mondiale de la santé, « Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study », WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception, *The Lancet*, 349, 1997, p. 1202-1209.
34. Organisation mondiale de la santé, « Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study », WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception, *Contraception*, 57(5), 1998, p. 315-324.
35. C.L. Chang, M. Donaghy, N. Poulter *et al.*, « Migraine and stroke in young women: case-control study », World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception, *British Medical Journal*, 318, 1999, p. 13-28.
36. S. Roy, « Effects of smoking on prostacyclin formation and platelet aggregation in users of oral contraceptives », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180, 1999, p. S364-S368.
37. S.M. Schwartz, D.B. Petitti, D.S. Siscovick *et al.*, « Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies », *Stroke*, 29, 1998, p. 2277-2284.

38. W.J. Becker, « Migraine and oral contraceptives », *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 24(1), 1997, p. 16-21.
39. I. Schiff, W.R. Bell, V. Davis et al., « Oral contraceptives and smoking, current considerations: Recommendations of a consensus panel », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180, 1999, p. S383-S384.
40. R.S. Williams, « Benefits and risks of oral contraceptive use », *Postgraduate Medicine*, 92(7), 1992, p. 155-171.
41. B.K. Jacobsen, E. Lund et G. Kvåle, « Childbearing and use of oral contraceptives: impact of educational level », The Nordland Health Study, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, 1992, p. 216-217.
42. W. Dong, H.M. Colhoun et N.R. Poulter, « Blood pressure in women using oral contraceptives: results from the Health Survey for England 1994 », *Journal of Hypertension*, 15(10), 1997, p. 1063-1068.
43. D.H. Barrett, R.F. Anda, L.G. Escobedo et al., « Trends in oral contraceptive use and cigarette smoking; Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1982 and 1988 », *Archives of Family Medicine*, 3, 1994, p. 438-443.
44. P.M. Flint, K.L. Lapane, M.M. Barbour et al., « Cardiovascular risk profiles of oral contraceptive users and nonusers: a population-based study », *Preventive Medicine*, 24, 1995, p. 586-590.
45. A. Morabia, M. Bernstein, D. Bleed et al., « Oral contraceptive use in relation to smoking », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 77, 1998, p. 205-209.
46. C.R. Sharpe, « Smoking among oral contraceptive users in Quebec in 1987 », *Journal of Clinical Epidemiology*, 47(3), 1994, p. 313-323.
47. P.W. Connelly, S. Stachenko, D.R. MacLean et al., « The prevalence of hyperlipidemia in women and its association with use of oral contraceptives, sex hormone replacement therapy and nonlipid coronary artery disease risk factors », *Canadian Journal of Cardiology*, 15(4), 1999, p. 419-427.
48. J.N.K. Rao et D.R. Thomas, « Chi-squared tests for contingency tables », *Analysis of Complex Surveys*, publié sous la direction de C.J. Skinner, D. Holt et T.M.F. Smith, New York, Wiley, 1989, p. 89-114.
49. A.L. Hume, M.M. Barbour, K.L. Lapane et al., « Correlates of oral contraceptive use in two New England communities: 1981-1993 », *Pharmacotherapy*, 16(6), 1996, p. 1173-1178.
50. F. Parazzini, E. Negri, E. Ricci et al., « Correlates of oral contraceptive use in Italian women, 1991-93 », *Contraception*, 54, 1996, p. 101-106.
51. International Marketing Advisory Services Division, IMS of Canada, *Canadian Compuscript*, 1994 et 1996. Avec permission.
52. M. Stephens et J. Siroonian, « L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire », *Rapports sur la santé* 9(4), 1998, p. 31-38 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
53. A. Chockalingam et J.G. Fodor, « Treatment of raised blood pressure in the population: the Canadian experience », *American Journal of Hypertension*, 11(5, Part 1), 1998, p. 747-749.
54. M.R. Joffres, P. Ghadirian, J.G. Fodor et al., « Awareness, treatment, and control of hypertension in Canada », *American Journal of Hypertension*, 10(10, Part 1), 1997, p. 1097-1102.
55. D.A. Grimes, E.J. Chaney, E.B. Connell et al., (publié sous la direction de), « Headache, migraine and oral contraceptives », *The Contraception Report*, 8(6), 1998, p. 12-14.
56. S.D. Silberstein, « Menstrual migraine », *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine*, 8(7), 1999, p. 919-931.
57. Santé nationale et Bien-être social, rapport d'un groupe d'experts dirigé par la Direction de la promotion de la santé, Direction générale des programmes et des services de santé, *Niveaux de poids associés à la santé : Lignes directrices canadiennes*, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1988.

Annexe

Tableau A

Répartition de certaines caractéristiques, femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Taille de l'échantillon			Taille de l'échantillon			
	Population estimative		%	Population estimative		%	
	en milliers			en milliers			
Total	21 996	7 558	100	Total	21 996	7 558	100
Groupe d'âge				Revenu du ménage			
15 à 19 ans	2 151	1 007	13	Inférieur	970	326	4
20 à 24 ans	2 628	889	12	Moyen-inférieur	2 149	683	9
25 à 29 ans	3 167	936	12	Moyen	4 963	1 878	25
30 à 34 ans	3 894	1 170	16	Moyen-supérieur	6 859	2 528	34
35 à 49 ans	10 156	3 557	47	Supérieur	2 676	893	12
				Données non disponibles	4 379	1 248	17
État matrimonial				Assurance-médicaments			
Mariée	10 787	3 618	48	Oui	14 292	4 793	63
Union libre	1 351	623	8	Non	7 309	2 653	35
Célibataire	7 302	2 633	35	Données non disponibles	395	112	2
Mariée antérieurement	2 508	672	9				
Données non disponibles	48	--	--	Usage du tabac			
				Tous les jours ou à l'occasion	7 013	2 314	31
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage				Ancienne fumeuse	5 431	1 872	25
Aucun	12 406	4 440	59	N'a jamais fumé	9 490	3 353	44
1 ou 2	8 198	2 742	36	Données non disponibles	62	19 [†]	--
Au moins 3	1 392	375	5				
				Hypertension			
Sexuellement active la dernière année				Oui	761	238	3
Oui	15 756	5 533	73	Non	21 217	7 314	97
Non	3 472	1 276	17	Données non disponibles	18	--	--
Données non disponibles	2 768	748	10	Tension artérielle non vérifiée l'année précédente			
				Oui	16 493	1 947	73
Immigrante				Non	5 087	5 488	26
Oui	2 934	1 304	17	Données non disponibles	416	123	2
Non	18 997	6 231	82				
Données non disponibles	65	23	--	Migraine			
				Oui	3 092	992	13
Niveau de scolarité				Non	18 898	6 564	87
Pas de diplôme d'études secondaires	3 952	1 522	20	Données non disponibles	6	--	--
Diplôme d'études secondaires	4 220	1 351	18				
Études postsecondaires partielles	5 501	2 027	27	Obésité			
Diplôme d'études postsecondaires	8 223	2 635	35	Oui	6 489	2 089	28
Données non disponibles	100	22	--	Non	14 188	5 140	68
				Données non disponibles	1 319	329	4
Occupée/étudiante				Inactivité physique			
Oui	16 890	5 824	77	Oui	12 050	4 296	57
Non	4 972	1 701	23	Non	9 639	3 162	42
Données non disponibles	134	33	--	Données non disponibles	307	101	1

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

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

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

[‡] Coefficient de variation supérieur à 33,3 %

-- Nombres infimes

Tableau B

Prévalence de l'usage de contraceptifs oraux (CO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques et certains facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, femmes de 15 à 49 ans, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Utilisation d'un CO				Utilisation d'un CO		
	Effectif de l'échantillon	Population estimative en milliers	Prévalence de l'usage des CO %		Effectif de l'échantillon	Population estimative en milliers	Prévalence de l'usage des CO %
Total	4 237	1 342	18	Total	4 237	1 342	18
Groupe d'âge				Couverture par une assurance-médicaments			
15 à 19 ans	555	277	27	Oui	2 792	877	18
20 à 24 ans	1 180	366	41	Non	1 392	450	17
25 à 29 ans	1 141	309	33	Sexuellement active la dernière année			
30 à 34 ans	828	227	19	Oui	3 655	1 188	21
35 à 49 ans	533	163	5	Non	268	92	7
État matrimonial				Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire			
Mariée	1 324	333	9	Fume régulièrement ou à l'occasion			
Union libre	433	161	26	Oui	1 383	458	20
Célibataire	2 168	773	29	Non	2 851	883	17
Mariée antérieurement	307	74	11	Hypertension			
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage				Oui	74	16	7
Aucun	2 625	887	20	Non	4 158	1 324	18
1 ou 2	1 473	434	16	Migraine			
Au moins 3	139	20	5	Oui	644	181	18
Immigrante				Non	3 592	1 161	18
Oui	302	94	7	Obésité			
Non	3 932	1 247	20	Oui	968	251	12
Études postsecondaires				Non	3 089	1 053	20
Oui	2 915	934	20	Inactivité physique			
Non	1 315	407	14	Oui	2 112	697	16
Occupée/étudiante				Non	2 080	633	20
Oui	3 507	1 118	19				
Non	716	220	13				
Revenu du ménage élevé							
Oui	2 848	963	18				
Non	1 389	189	19				

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

Nota : Les estimations sont calculées d'après les données sur les femmes qui n'étaient pas enceintes au moment de l'entrevue. Les renseignements sur l'usage de la pilule manquent pour environ 13 480 (n=51) femmes (0,2 %) de 15 à 49 ans. Les données ayant été arrondies, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Soutien social aux aînés et soins à domicile

Kathryn Wilkins et Marie P. Beaudet

Résumé

Objectifs

Le présent article porte sur les soins à domicile offerts aux personnes âgées. Il décrit chez ces dernières les liens entre le début du recours aux soins à domicile subventionnés par l'État, d'une part, et les changements dans le niveau de soutien social et dans le nombre de personnes en compagnie desquelles elles vivent, d'autre part.

Source des données

L'analyse se fonde sur les données longitudinales des deux premiers cycles de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée par Statistique Canada en 1994-1995 et en 1996-1997. Les données, recueillies auprès d'un échantillon de 2 044 personnes de 65 ans et plus suivies prospectivement, sont pondérées de sorte qu'elles soient représentatives des 2,7 millions de personnes âgées faisant partie de la population à domicile.

Techniques d'analyse

Les données descriptives sont produites d'après les fréquences bidimensionnelles. Un modèle de régression logistique multiple a servi à étudier les liens entre le commencement du recours aux services de soins à domicile et les modifications tant du niveau de soutien social que du nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés, en tenant compte de l'effet des caractéristiques démographiques et des facteurs liés à la santé.

Principaux résultats

On estime que 7 % des personnes de 65 ans et plus (192 000) qui, en 1994-1995, ne recevaient pas de services de soins à domicile subventionnés par l'État bénéficiaient de ce genre de services en 1996-1997. Un lien significatif persiste entre, d'une part, les modifications du soutien social et le nombre de personnes avec lesquelles vivaient les aînés de 1994-1995 à 1996-1997 et, d'autre part, le commencement du recours aux services de soins à domicile.

Mots-clés

Services de soins à domicile, caractéristiques familiales, âgé, études longitudinales, enquêtes sur la santé, activités de la vie quotidienne.

Auteurs

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

Les compressions budgétaires qu'essuie sans cesse le secteur de la santé font des soins à domicile une alternative de traitement d'autant plus attrayante et rentable. Ainsi, certains chercheurs ont tenté de déterminer dans quelle mesure de tels soins permettent de prévenir ou de retarder le placement en établissement des personnes âgées atteintes d'un problème de santé chronique ou invalidant^{1,2}.

À l'heure actuelle, les soins à domicile subventionnés par l'État englobent une gamme de services qui relèvent de structures administratives et de politiques disparates. Ces différences entre les services de soins à domicile compliquent certes la tâche des chercheurs. Toutefois, il importe d'étudier les facteurs qui poussent à recourir aux services de soins à domicile, car de plus en plus de personnes auront vraisemblablement besoin de ce genre de services au cours des prochaines décennies. À cet égard, les données récentes provenant de la composante longitudinale de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada permettent d'étudier prospectivement le recours aux services de soins à domicile au Canada (voir *Source des données, Techniques d'analyse, Définitions et Limites*).

Une étude antérieure sur l'utilisation de services de soins à domicile fondée sur les données transversales du premier cycle de l'ENSP se concentrait sur l'état de santé et les caractéristiques démographiques des utilisateurs de tous âges³. La présente analyse, qui s'appuie sur les données longitudinales des premier (1994-1995) et deuxième (1996-1997) cycles de l'enquête, fait suite à ces travaux. Elle examine les liens entre le

commencement du recours aux services de soins à domicile subventionnés par l'État et les modifications du soutien social, en tenant compte de l'effet de facteurs que l'on sait déjà être liés à l'utilisation des services de soins à domicile. Le champ de la présente étude se limite aux personnes de 65 ans et plus, c'est-à-dire le groupe qui recourt le plus fréquemment aux services de soins à domicile.

Source des données

Le présent article, qui se concentre sur les personnes de 65 ans et plus, se fonde sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Lancée en 1994-1995, l'enquête est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada^{4,5}. Elle couvre les membres des ménages et les personnes placées en établissement de santé des provinces et des territoires, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP compte une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

Les données individuelles sont classées dans deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. Le Fichier général rassemble des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de tous les membres des ménages participants. Une personne a en outre été sélectionnée au hasard dans chaque ménage participant pour fournir des renseignements détaillés sur sa santé. Pour sa part, le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les données du Fichier général sur les personnes qui ont fourni ces renseignements.

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

La composante des ménages de l'ENSP de 1994-1995 couvrant les 10 provinces portait sur un échantillon de 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. À l'issue d'un

tri de sélection pour s'assurer du caractère représentatif de l'échantillon, 20 725 ménages faisaient encore partie du champ d'observation⁶. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée au hasard avait 12 ans et plus. Parmi ces personnes, 17 626 ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé, ce qui représente un taux de réponse de 96,1 %. De ces 17 626 personnes sélectionnées au hasard, 17 276 remplissaient les conditions pour être réinterviewées lors du cycle de 1996-1997. En tout, 16 168 membres du panel longitudinal ont participé à l'enquête en 1996-1997, ce qui représente un taux de réponse de 93,6 %. De ces 16 168 personnes, 15 670 ont fourni des renseignements complets, c'est-à-dire des renseignements généraux et des renseignements détaillés sur leur santé aux deux cycles de l'enquête.

L'analyse du lien entre le commencement du recours aux services de soins à domicile subventionnés par l'État et les modifications du soutien social se fonde sur les données longitudinales de la composante des ménages recueillies lors des premier (1994-1995) et deuxième (1996-1997) cycles de l'ENSP dans les 10 provinces. En tout, 2 740 personnes de 65 ans et plus ont été sélectionnées au hasard pour participer au panel longitudinal au moment de l'entrevue de 1994-1995; de ces 2 740 personnes, 194 (7 %) avaient cessé de participer à l'enquête et 258 (9 %) étaient décédées ou avaient été placées en établissement au moment de l'entrevue de suivi de 1996-1997⁵. En outre, 244 personnes ont déclaré recevoir des soins à domicile en 1994-1995. L'analyse se fonde sur les données recueillies auprès des 2 044 personnes formant l'échantillon restant. De celles-ci, 154 venaient de commencer à bénéficier de services de soins à domicile en 1996-1997. Les données, pondérées pour tenir compte du plan de sondage, de la non-réponse et de la stratification a posteriori, sont représentatives de 2,7 millions de personnes âgées (tableau A en annexe).

Liens entre l'âge, les besoins et le commencement du recours aux services de soins à domicile

On estime que 7 % des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile qui ne recevaient pas de soins à domicile officiels, subventionnés par l'État, en 1994-1995, soit 192 000 personnes, bénéficiaient de ce genre de services deux ans plus tard (tableau A en annexe) (voir *Soins à domicile*).

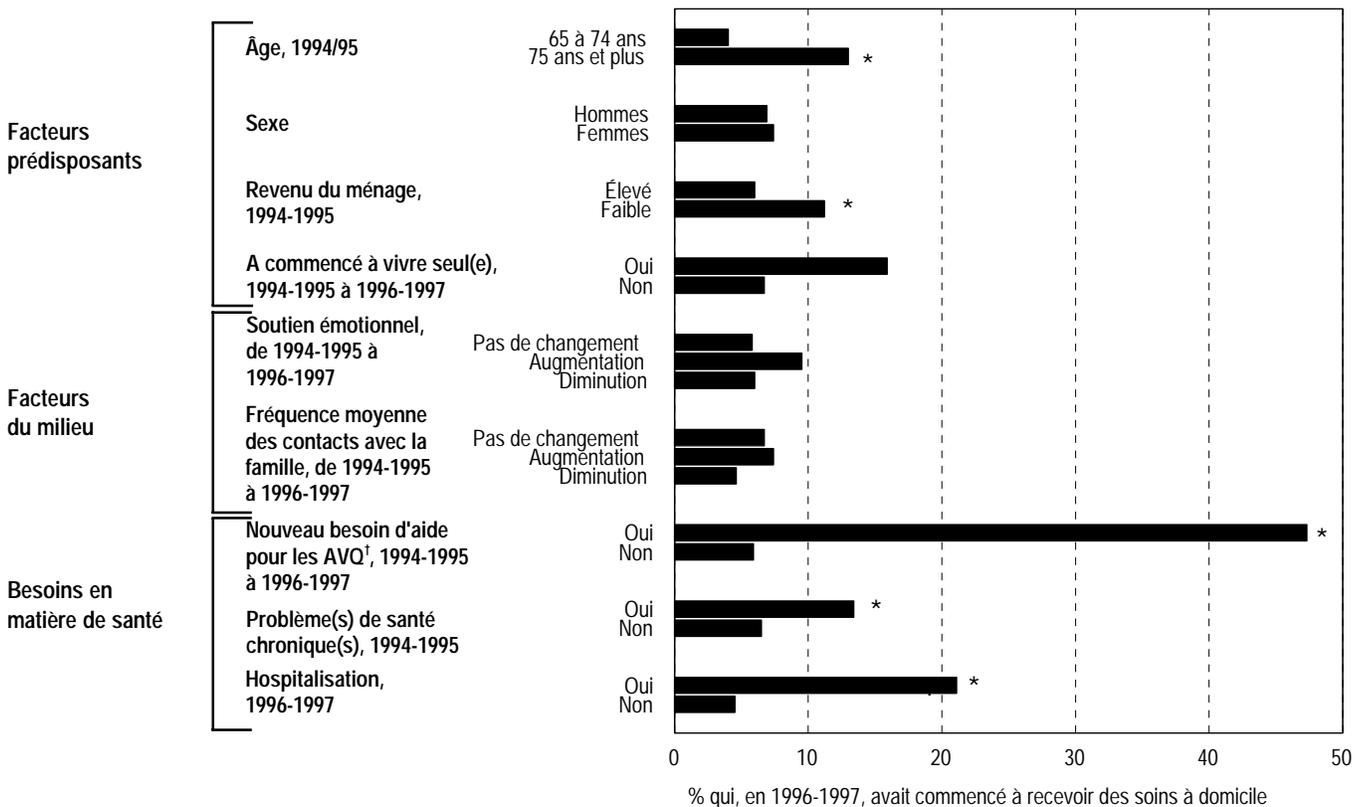
Certains facteurs permettent de distinguer les personnes qui ont commencé à recourir aux services de soins à domicile à un quelconque moment avant l'entrevue de 1996-1997 (graphique 1, tableau B en annexe). De façon prévisible, les personnes d'âge très avancé (75 ans et plus) sont plus susceptibles que celles de 65 à 74 ans de commencer à recourir aux services de soins à domicile. De même, les

personnes qui ont commencé à dépendre récemment de l'aide d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, qui souffrent d'au moins un problème de santé chronique ou qui ont été hospitalisées l'année précédente sont plus susceptibles que les autres d'avoir commencé à recourir aux services de soins à domicile.

Le revenu joue aussi un rôle important. Une proportion nettement plus élevée de personnes à faible revenu que de personnes à revenu élevé ont commencé à recourir aux services de soins à domicile. Cette situation pourrait refléter le moins bon état de santé — et par conséquent le besoin plus grand de soins — des personnes dont les moyens sont limités. Mais elle pourrait aussi tenir, en partie, au fait que les personnes dont le revenu est élevé ont les moyens de s'offrir des services

Graphique 1

Proportion de personnes de 65 ans et plus vivant à domicile en 1994-1995 et qui, en 1996-1997, avaient commencé à recevoir des services de soins à domicile, selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 1996-1997, fichier longitudinal

† Activités de la vie quotidienne

* Valeur significativement plus élevée que l'autre valeur pour la catégorie ($p = 0,05$). La valeur critique a été rajustée pour tenir compte des comparaisons multiples, au besoin.

privés, plutôt que de dépendre des services de soins à domicile subventionnés par l'État.

Tableau 1

Rapports corrigés de cotes exprimant la possibilité de commencer à recourir aux services de soins à domicile, personnes de 65 ans et plus vivant à domicile en 1994-1995, selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Facteurs prédisposants[†]		
Groupe d'âge, 1994-1995		
65 à 74 ans [†]	1,0	...
75 ans et plus	3,0*	1,8 - 4,8
Sexe		
Hommes [†]	1,0	...
Femmes	1,1	0,6 - 2,0
Revenu du ménage, 1994-1995		
Élevé [†]	1,0	...
Faible	2,0*	1,0 - 3,9
A commencé à vivre seul(e), de 1994-1995 à 1996-1997		
Non [†]	1,0	...
Oui	3,1*	1,4 - 6,9
Facteurs du milieu		
Niveau perçu de soutien émotionnel, de 1994-1995 à 1996-1997		
Pas de changement [†]	1,0	...
Augmentation	2,1*	1,1 - 4,0
Diminution	1,1	0,6 - 2,1
Fréquence moyenne des contacts avec la famille, de 1994-1995 à 1996-1997		
Pas de changement [†]	1,0	...
Augmentation	0,9	0,5 - 1,7
Diminution	0,6 ^a	0,3 - 1,1
Besoins en matière de santé[‡]		
Nouveau besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, de 1994-1995 à 1996-1997	7,0*	2,8 - 17,3
Problème(s) de santé chronique(s), 1994-1995	1,7	0,8 - 3,7
Hospitalisation au cours des 12 mois précédents, 1996-1997	4,7*	2,7 - 8,1

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, fichier longitudinal

Nota : La catégorie « inconnu(e) » a été incluse dans le modèle pour le revenu du ménage, le niveau perçu de soutien émotionnel et la fréquence moyenne des contacts avec la famille, mais les rapports de cotes correspondants ne sont pas présentés. L'analyse se fonde sur un échantillon de 2 040 personnes; 4 personnes ont été exclues parce que des valeurs n'étaient pas disponibles pour une ou plusieurs autres variables. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

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

[‡] La catégorie de référence est l'absence du problème.

... N'ayant pas lieu de figurer

* $p \leq 0,05$

^a $p = 0,07$

Liens entre le soutien émotionnel et le recours aux services de soins à domicile
Nombre de facteurs liés au recours aux services de soins à domicile sont bien sûr interdépendants. Toutefois, même en tenant compte de l'effet de variables comme l'âge, le sexe, le revenu et les besoins physiques, un lien significatif persiste entre le commencement du recours aux services de soins à domicile et certains facteurs qui témoignent de modifications du soutien social. De façon plus précise, la cote exprimant la possibilité de commencer à recourir aux services de soins à domicile est un peu plus de deux fois plus élevée pour les personnes qui mentionnent une augmentation du niveau perçu de soutien émotionnel que pour celles qui ne déclarent aucun changement (tableau 1). Bien que le lien entre la diminution des contacts avec les membres de la famille et la diminution de la cote exprimant la possibilité de commencer à recourir à des services de soins à domicile ne soit significative qu'au seuil de probabilité de $p = 0,07$, il rend plus plausible la relation positive inverse entre l'augmentation du soutien émotionnel et le commencement du recours aux services de soins à domicile.

Soins à domicile

La question de l'Enquête nationale sur la santé de la population concernant les services de soins à domicile est la suivante : « Par services de *soins à domicile*, on entend des soins de santé ou des services d'aide familiale qui sont dispensés à domicile et dont le coût est assumé, entièrement ou en partie, par l'État. En voici des exemples : soins infirmiers, aide pour prendre un bain, aide pour l'entretien ménager, services de relève, repas livré à domicile. Est-ce que vous avez reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois? » Par définition, on considère comme ayant *commencé à recourir aux services de soins à domicile* toute personne qui a reçu des soins à domicile au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue du deuxième cycle en 1996-1997, mais qui n'en a pas reçus durant les 12 mois qui ont précédé l'entrevue du premier cycle en 1994-1995.

En outre, la diminution de la taille du ménage, avec pour conséquence le fait de vivre seul, situation qui témoigne d'une modification éventuelle du niveau de soutien social, est associée de façon indépendante au commencement du recours aux services de soins à domicile. La cote exprimant la possibilité d'avoir, en 1996-1997, commencé à recourir aux services de soins à domicile est un peu plus de trois fois plus élevée pour les personnes âgées qui ont commencé à vivre seules à un moment

donné entre les premier et deuxième cycles de l'enquête que pour leurs homologues dont la taille du ménage n'a pas varié ou a augmenté. Cette observation est à l'image des résultats d'autres études selon lesquelles les personnes qui vivent seules sont plus susceptibles de bénéficier de soins officiels que celles qui vivent avec des membres de leur famille^{8,9}.

L'âge représente bien entendu un prédicteur indépendant du commencement du recours aux services de soins à domicile. Ainsi, la cote exprimant

Techniques d'analyse

L'analyse se fonde sur le modèle des déterminants de l'utilisation des services de santé proposé par Andersen et Newman⁷. Selon ce modèle, des facteurs environnementaux et des facteurs personnels motivent le recours aux services de santé. Ces auteurs proposent trois catégories de déterminants, à savoir les facteurs prédisposants, les facteurs du milieu et les besoins en matière de santé (liés à la maladie ou à l'incapacité).

Selon Andersen et Newman, les caractéristiques personnelles qui existent avant la manifestation de la maladie, comme l'âge, le sexe, le nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés (y compris la taille de la famille) et les croyances ou les attitudes à l'égard des services de santé influent sur la disposition d'une personne à recourir à ces services. D'après les données de l'ENSP, on a établi un indicateur de modification du nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés, à savoir le passage, de 1994-1995 à 1996-1997, de la cohabitation avec au moins une personne à la vie seule. Cet indicateur a été inclus dans l'analyse à titre de facteur prédisposant. Les autres facteurs prédisposants choisis comme variables de contrôle sont le groupe d'âge, le sexe et le revenu du ménage.

Andersen et Newman définissent les facteurs du milieu comme étant les conditions au sein de la famille ou de la collectivité qui permettent à la personne d'avoir accès aux services de santé. Deux variables de l'ENSP, qui sont l'une et l'autre des indicateurs de modification du soutien social, sont utilisées dans l'analyse à titre de facteurs du milieu, à savoir la variation de la fréquence moyenne des contacts avec les membres de la famille et la variation du niveau perçu de soutien émotionnel. L'analyse comprend des variables qui représentent l'augmentation, la diminution ou le maintien du niveau de chacune de ces variables entre les premier et deuxième cycles.

L'analyse tient également compte de plusieurs indicateurs de

besoin en matière de santé, à savoir souffrir d'au moins l'un des quatre problèmes de santé chroniques suivants (cancer, séquelles d'un accident cérébrovasculaire, incontinence urinaire et maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence) en 1994-1995, être devenu dépendant de l'aide d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne (AVQ) entre les premier et deuxième cycles et avoir été hospitalisé au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue du deuxième cycle. Les variables de besoin en matière de santé ont été choisies en fonction de leur lien avec l'obtention de soins à domicile observé dans des analyses antérieures^{3,10}.

Le croisement des données du Fichier longitudinal a permis d'estimer la proportion de Canadiens de 65 ans et plus qui, en 1996-1997, avaient commencé à recourir aux services officiels de soins à domicile subventionnés par l'État, selon l'existence de certains facteurs liés à la santé et de certaines caractéristiques sociodémographiques. Par définition, les personnes qui recevaient des soins à domicile en 1996-1997 après avoir déclaré ne pas bénéficier de ce genre de services en 1994-1995 avaient commencé à recourir aux services de soins à domicile. Les données concernant le sexe ont été regroupées pour produire des totalisations unidimensionnelles.

La régression logistique multiple a permis de modéliser les liens entre le commencement du recours aux services de soins à domicile en 1996-1997 et les indicateurs de modification de la fréquence des contacts sociaux, du niveau perçu de soutien social et du nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés, en tenant compte de l'effet des caractéristiques démographiques et des facteurs liés à la santé. Pour prendre en considération les effets du plan de sondage, les écarts-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode *bootstrap*¹¹. On a considéré comme étant statistiquement significatifs les résultats obtenus au niveau de probabilité de 0,05 %.

Définitions

La présente analyse tient compte de plusieurs **facteurs prédisposants**.

Deux *groupes d'âge* sont considérés (âge en 1994-1995), à savoir les personnes de 65 à 74 ans et celles de 75 ans et plus.

Le *revenu du ménage* est considéré comme étant « faible » ou « élevé », d'après le revenu total du ménage et le nombre de personnes qui composent ce dernier.

Nombre de membres du ménage	Revenu total du ménage	
	Faible	Élevé
1 ou 2	Moins de 15 000 \$	15 000 \$ et plus
3 ou 4	Moins de 20 000 \$	20 000 \$ et plus
5 ou plus	Moins de 30 000 \$	30 000 \$ et plus

Les données sur le revenu manquaient pour 6 % des membres du panel longitudinal de 65 ans et plus. Une variable de revenu inconnu a donc été ajoutée au modèle afin de pouvoir inclure les autres renseignements sur ces personnes dans l'analyse par régression.

La *taille du ménage* est, par définition, dite changée si la personne vivait avec au moins une autre personne en 1994-1995, mais vivait seule en 1996-1997.

L'analyse a recours à deux mesures de la variation *du soutien social* entre 1994-1995 et 1996-1997 à titre de **facteurs du milieu**, à savoir l'augmentation, la diminution ou le maintien (pas de changement) du niveau perçu de soutien émotionnel; et l'augmentation, la diminution ou le maintien de la fréquence moyenne des contacts avec les membres de la famille.

Quatre questions ont servi à évaluer le *niveau perçu de soutien émotionnel* :

« Avez-vous un confident ou une confidente, c'est-à-dire quelqu'un à qui vous pouvez parler de vos sentiments ou préoccupations intimes? »

« Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise? »

« Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter pour des conseils lorsque vous devez prendre des décisions personnelles importantes? »

« Connaissez-vous quelqu'un qui vous donne le sentiment d'être aimé(e) et choyé(e)? »

Chaque réponse affirmative a reçu la cote de 1, pour une cote totale maximale possible de 4. Une cote totale plus élevée ou plus faible en 1996-1997 qu'en 1994-1995 indiquait une augmentation ou une diminution, respectivement, du niveau perçu de soutien émotionnel. L'obtention d'une même cote au premier et au deuxième cycle indique un niveau inchangé.

Or, pour évaluer la *fréquence moyenne des contacts avec les membres de la famille*, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) a eu recours aux questions suivantes sur le nombre de contacts avec les filles ou les fils (ou les belles-filles ou les beaux-fils). Des études récentes sur les soins non officiels offerts aux personnes âgées au Canada révèlent que ces soins sont en majorité prodigués par des enfants adultes qui s'occupent de leurs parents âgés¹². Or, « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu des contacts [en personne, par téléphone ou par lettre, en ne pensant qu'aux personnes qui ne vivent pas avec vous] avec vos filles ou belles-filles? » Une question similaire a été posée au sujet des contacts avec les fils et les beaux-fils. Le

choix de réponses était « N'en avez pas ou habitent tous avec vous », « jamais », « une fois dans l'année », « quelques fois dans l'année », « une fois par mois », « deux ou trois fois par mois », « au moins une fois par semaine », « tous les jours ». Les réponses obtenues se sont vu attribuer une cote variant de 1 à 7 selon les niveaux successifs de réponse, en allant de « jamais » à « tous les jours ». Pour calculer la cote moyenne d'une personne, la cote totale obtenue a été divisée par le nombre de membres de la famille avec lesquels elle a des contacts et pour lesquels elle a fourni des réponses. On a attribué une cote de 0 à l'absence de contacts avec les filles ou fils, ou les belles-filles ou beaux-fils; une cote de 1 à un contact avec les filles ou fils, ou les belles-filles ou beaux-fils respectifs, uniquement et une cote de 2 au contact avec à la fois les filles ou fils et les beaux-fils ou belles-filles respectifs. Par définition, une cote plus élevée ou plus faible au deuxième cycle qu'au premier correspond à une augmentation ou à une diminution, respectivement, de la fréquence moyenne des contacts. La non-variation de la cote reflète par conséquent la non-variation de la fréquence des contacts.

Comme la question de l'ENSP ne porte que sur les enfants d'âge adulte ne vivant pas au domicile de la personne âgée, il faut aussi inclure les personnes qui vivent avec leurs enfants ou qui n'ont pas d'enfant. Ainsi, les personnes qui vivaient avec leurs enfants au premier cycle mais pas au deuxième ont connu une diminution de la fréquence moyenne des contacts; à l'inverse, cette fréquence a augmenté pour les personnes qui vivaient avec leurs enfants au deuxième cycle, mais pas au premier. Enfin, la fréquence moyenne des contacts n'a pas varié pour les personnes qui vivaient avec leurs enfants lors des deux cycles de l'enquête. Les personnes qui étaient sans enfants, lors des deux cycles de l'enquête, tant à leur domicile qu'à l'extérieur de celui-ci, ont reçu une cote indiquant que la fréquence moyenne des contacts n'a pas varié. Les données sur les personnes qui ont indiqué qu'elles avaient des enfants lors de l'entrevue du deuxième cycle, mais non lors de l'entrevue du premier cycle ont été exclues de l'analyse.

Plusieurs **besoins en matière de santé** ont été étudiés. Pour déterminer un nouveau besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne (AVQ), on a demandé : « À cause de son état ou d'un problème de santé, a-t-il(elle) besoin qu'une autre personne l'aide à se donner des soins personnels comme se laver, s'habiller ou manger? » Une réponse « non » lors du premier cycle et une réponse « oui » lors du deuxième indique un nouveau besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne.

Les participants à l'enquête devaient en outre indiquer si un professionnel de la santé a diagnostiqué chez eux certains *problèmes de santé chroniques* « qui ont persisté ou qui devraient persister six mois ou plus ». Quatre problèmes de santé ont été retenus, à savoir le cancer, les séquelles d'un accident cérébrovasculaire, l'incontinence urinaire et la maladie d'Alzheimer ou une autre forme de démence, une réponse affirmative pour au moins l'un des deux témoignait de l'existence d'un problème de santé chronique au premier cycle.

On a considéré comme ayant subi une *hospitalisation* à un moment donné durant la période de 12 mois qui a précédé l'entrevue du deuxième cycle les personnes qui ont répondu « oui » à la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé la nuit comme patient(e) à l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence? ».

la possibilité de commencer à recourir à des services de soins à domicile subventionnés par l'État est trois fois plus élevée pour les personnes de 75 ans et plus que pour celles de 65 à 74 ans. En outre le revenu demeure un facteur déterminant : la cote exprimant la possibilité de commencer à recourir à des services de soins à domicile est deux fois plus élevée pour les membres des ménages à faible revenu que pour ceux des ménages à revenu élevé.

À l'instar des résultats d'autres études^{8,10,13,14}, la présente analyse révèle un lien entre les besoins physiques et le commencement du recours aux services de soins à domicile. Par exemple, la cote

exprimant la possibilité de commencer à recourir à ce genre de services est sept fois plus élevée pour les personnes âgées qui ont mentionné un nouveau besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne que pour celles qui n'ont pas ce besoin. En outre, la cote exprimant la possibilité de commencer à recourir aux services de soins à domicile est beaucoup plus élevée (4,7) chez les personnes qui ont été hospitalisées au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue du premier cycle qu'elle ne l'est chez celles qui ne l'ont pas été. Ce résultat guère surprenant s'apparente aussi à ceux d'autres études¹⁰. Les personnes âgées qui sortent

Limites

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ne fournit aucun renseignement sur les soins non officiels à domicile. Cependant, d'autres études montrent que, souvent, les personnes âgées qui reçoivent des soins à domicile officiels subventionnés par l'État reçoivent aussi des soins non officiels, comme l'aide de membres de la famille et d'amis^{8,15}. Les caractéristiques et les besoins des personnes qui ont recours à des services de soins à domicile subventionnés par l'État et de celles qui reçoivent uniquement des soins non officiels pourraient, en fait, ne pas différer fortement. En principe, la similarité entre ces deux groupes devrait atténuer la force des liens observés dans la présente étude. De plus, l'ENSP ne fournit aucun renseignement sur les services privés de soins à domicile, si bien que les personnes qui bénéficient de ce genre de services pourraient être classées de façon erronée dans la catégorie des personnes ne recevant pas de services de soins à domicile. Enfin, seules des questions au sujet des soins à domicile reçus au cours des 12 mois précédant les entrevues ont été posées aux participants, d'où l'absence de renseignements sur les années antérieures au premier cycle de l'enquête et sur la première année suivant immédiatement la première entrevue (1995-1996). Nul ne sait par conséquent dans quelle mesure les caractéristiques des personnes qui ont bénéficié de services de soins à domicile durant ces périodes sont semblables à celles des personnes qui ont commencé à recevoir ce genre de services durant les 12 mois qui ont précédé les entrevues des premier et deuxième cycles. En outre, les similitudes entre les deux groupes pourraient affaiblir les liens les plus significatifs.

À l'heure actuelle, la structure des services de soins à domicile subventionnés par l'État, l'accès à ces services et la nature des services offerts varient d'une région à l'autre du Canada. Or, ces

facteurs liés à la prestation de services de santé influent vraisemblablement sur l'utilisation des services de soins à domicile (hypothèse qui est effectivement intégrée au modèle d'Andersen et Newman); cependant, comme l'ENSP ne fournit aucun renseignement à ce sujet, la présente analyse n'en tient pas compte.

Puisque la période de référence pour certaines variables correspond aux 12 mois qui ont précédé les entrevues, déterminer le moment où certains facteurs ont exercé leur action n'est guère possible. Par exemple, l'augmentation du niveau perçu de soutien émotionnel pourrait avoir eu lieu avant le commencement du recours aux services de soins à domicile, peut-être à la suite de contacts plus nombreux avec les enfants après la perte du conjoint. Elle pourrait aussi se manifester après que la personne ait commencé à recevoir des soins à domicile, en raison des contacts avec le prestataire officiel de soins.

La taille relativement faible de l'échantillon de personnes de 65 ans et plus limite la portée de la présente analyse. Analyser séparément les données sur les hommes et sur les femmes aurait été préférable, mais les tailles des échantillons pour ces deux groupes sont trop faibles. De même, certains liens réels ont peut-être été jugés non significatifs au seuil de signification choisi en raison de la petite taille de l'échantillon.

Les données étant autodéclarées ou recueillies par procuration, on ignore dans quelle mesure elles sont entachées d'une erreur de déclaration. Pour réduire au minimum l'erreur de déclaration qui entache les données sur les problèmes de santé chroniques (y compris le cancer, les séquelles d'un accident cérébrovasculaire, l'incontinence urinaire et la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence), les personnes interrogées ne devaient déclarer que les problèmes de santé « diagnostiqués par un professionnel de la santé ».

de l'hôpital doivent souvent continuer de recevoir des soins ou de l'aide, et des dispositions pour que leur soient offerts des soins à domicile peuvent être prises au moment où elles sont renvoyées chez elles.

Liens entre le soutien social et l'obtention de soins officiels

Comme l'ENSP ne fournit aucun renseignement sur les dates exactes, on ne peut établir le calendrier des événements associés au commencement du recours aux services de soins à domicile. La vulnérabilité des personnes âgées peut augmenter progressivement, comme dans le cas d'une maladie chronique invalidante, ou brusquement, peut-être à la suite d'une fracture ou d'une maladie aiguë. Si la perte fonctionnelle est progressive, dans un premier temps, les membres de la famille peuvent fournir eux-mêmes les soins nécessaires et ainsi s'impliquer davantage pour répondre aux nouveaux besoins de la personne âgée¹⁵. Quand le fardeau des soins devient physiquement ou émotionnellement trop éprouvant ou techniquement trop compliqué, les membres de ce réseau non officiel jouent parfois le rôle de porte-parole et mobilisent le système officiel de soutien, y compris les services de soins à domicile subventionnés par l'État. Des études antérieures se sont d'ailleurs penchées sur le rôle de porte-parole joué par la famille et d'autres réseaux non officiels en ce qui concerne l'utilisation des services de santé¹⁵⁻¹⁷, explique peut-être le lien entre le niveau perçu de soutien émotionnel et le commencement du recours aux services de soins à domicile. L'augmentation du niveau perçu de soutien émotionnel pourrait aussi, dans certains cas, être le résultat des contacts avec le prestataire officiel de soins. Dans le cas d'un événement précipitant, un prestataire officiel de soins de santé peut faciliter l'obtention de services de soins à domicile, par exemple, grâce à sa planification lors de la sortie d'un hôpital de soins de courte durée.

Les résultats des rares études qui se concentrent sur le lien entre le soutien social et le recours aux services de soins à domicile sont contradictoires et non concluants. Cependant, à l'instar de l'ENSP, une étude réalisée dans la région de Boston auprès de patients qui ont été renvoyés chez eux à l'issue

d'un séjour dans des hôpitaux de réadaptation montre que ceux dont les parents et amis prodiguaient des soins non officiels étaient plus susceptibles que les autres de recourir aux services de soins à domicile communautaires¹⁸. En outre, une étude réalisée auprès de personnes âgées à Cleveland révèle que le taux d'utilisation des services sociaux et de santé est plus faible chez les personnes âgées socialement isolées que chez les autres¹⁹. En revanche, selon d'autres études, les ressources sociales ne seraient aucunement liées au recours aux services de soins à domicile²⁰⁻²², pas plus que ne le seraient un *faible* niveau de soutien social et l'obtention de soins officiels à domicile^{8,23,24}.

À part l'exception importante d'une étude longitudinale sur le recours aux soins officiels par les personnes âgées fragiles aux États-Unis, la plupart des travaux antérieurs sur l'utilisation des services de santé se fondent sur des variables mesurées à un moment précis dans le temps¹⁰. Par contre, la présente analyse porte sur les modifications du soutien social et du nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés au fil du temps. Les liens entre ces modifications et le recours aux services de soins à domicile pourraient être plus prononcés que ceux observés pour des variables qui ne sont mesurées qu'une seule fois. Par exemple, le fait de commencer à vivre seul, souvent à cause du décès ou du placement en établissement d'un conjoint en mauvaise santé, marque la perte d'une compagnie intime et, fréquemment, d'une aide pour accomplir des tâches telles que les travaux ménagers, les achats d'épicerie ou la préparation des repas. Le besoin de services de soins à domicile peut être plus prononcé durant la période d'adaptation à la vie seule, particulièrement si la personne est déjà handicapée, qu'il ne l'est plus tard, après que la personne a établi de nouveaux moyens de faire face à sa situation. (Voir aussi l'article intitulé *Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il?* dans le présent numéro.)

Cependant, le lien entre le commencement du recours aux services de soins à domicile et la modification du nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés peut aussi refléter la réponse du système de santé. Comme le soulignent

les auteurs d'une étude sur les personnes âgées au Manitoba, l'obtention de soins non officiels diminue la priorité accordée au besoin de services officiels de soins à domicile²². Ainsi, les personnes qui viennent de perdre un partenaire pourraient être vues comme ayant davantage besoin de services de soins à domicile que celles dont l'état de santé est le même, mais qui vivent avec d'autres personnes²⁵.

Mot de la fin

La présente analyse repose sur les données longitudinales tirées des deux premiers cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population. L'analyse de ces données démontre que les modifications du soutien social sont des déterminants importants du commencement du recours aux services officiels de soins à domicile subventionnés par l'État chez les personnes âgées. Elle témoigne également de résultats comparables aux données existantes sur le lien marqué entre les conditions sociodémographiques et les besoins physiques, d'une part, et le commencement du recours aux services de soins à domicile, d'autre part. Même en tenant compte de l'effet de ces facteurs, les données indiquent pourtant que le commencement du recours aux services de soins à domicile est lié à une augmentation du niveau perçu de soutien émotionnel et à un changement dans le nombre de personnes en compagnie desquelles vivent les aînés qui les amènerait à vivre seuls. Le manque de renseignements sur le calendrier des événements qui entoure le commencement du recours aux services de soins à domicile limite quelque peu l'analyse. Néanmoins, que la prestation de services de soins à domicile soit déclenchée par une demande des membres de la famille ou par un représentant du système de santé, la présente analyse donne à penser que le réseau non officiel travaille de concert avec le système officiel pour prodiguer des soins aux personnes âgées qui vivent dans la collectivité. ●

Références

1. F. Béland, « The decision of elderly persons to leave their homes », *Gerontologist*, 24(2), 1984, p. 179-185.
2. M.J. Hollander, « Study 1, Comparative cost analysis of home care and residential care services, preliminary findings », dans *National Evaluation of the Cost-effectiveness of Home Care*, un rapport préparé pour le Health Transition Fund, Ottawa, Santé Canada, novembre 1999.
3. K. Wilkins et E. Park, « Les soins à domicile au Canada », *Rapports sur la santé* 10(1), 1998, p. 31-40 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
4. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, Composante des ménages, Guide de l'utilisateur, fichiers de microdonnées à grande diffusion* (Statistique Canada, n° 82-M0009GPF au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1998.
5. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé* 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
7. R. Andersen et J. Newman, « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 1973, p. 95-124.
8. N.L. Chappell et A. Blandford, « Informal and formal care: Exploring the complementarity », *Ageing and Society*, 11, 1991, p. 299-317.
9. A. Bowling, M. Farquhar et P. Browne, « Use of services in old age: Data from three surveys of elderly people », *Social Science and Medicine*, 33(6), 1991, p. 689-700.
10. B. Miller et S. McFall, « The effect of caregiver's burden on change in frail older persons' use of formal helpers », *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 1991 (juin), p. 165-179.
11. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
12. J.A. Frederick et J.E. Fast, « Le profil des personnes qui prodiguent des soins aux aînés », *Tendances sociales canadiennes* (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue), automne 1999, p. 29-33.
13. N.L. Chappell, « Social support and the receipt of home care services », *Gerontologist*, 25(1), 1985, p. 47-54.
14. N.L. Chappell, « Home care research: what does it tell us? », *Gerontologist*, 34(1), 1994, p. 116-120.
15. D.M. Bass et L.S. Noelker, « The influence of family caregivers on elder's use of in-home services: An expanded conceptual framework », *Journal of Health and Social Behavior*, 28 juin 1987, p. 184-196.
16. G.K. Auslander et H. Litwin, « Social support networks and formal help seeking: Differences between applicants to social services and a nonapplicant sample », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, 1990, p. S112-S119.

17. N. Krause, « Illness behavior in later life », publié sous la direction de Robert H. Binstock et Linda K. George, *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 3^e édition, San Diego, Academic Press, 1990.
18. D.G. Safran, J.D. Graham et J.S. Osberg, « Social supports as a determinant of community-based care utilization among rehabilitation patients », *Health Services Research*, 28(6), 1994, p. 729-750.
19. C. Coulton et A.K. Frost, « Use of social and health services by the elderly », *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 1982 (décembre), p. 330-339.
20. W.J. McAuley et G. Arling, « Use of in-home care by very old people », *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 1984, p. 54-64.
21. M.J. Penning et N.L. Chappell, « Self-care in relation to informal and formal care », *Ageing and Society*, 10, 1990, p. 41-59.
22. M.J. Penning, « Health, social support, and the utilization of health services among older adults », *Journal of Gerontology*, 50B(5), 1995, p. S330-S339.
23. D.H. Solomon, D.R. Wagner, M.E. Marenberg *et al.*, « Predictors of formal home health care use in elderly patients after hospitalization », *Journal of the American Geriatric Society*, 41(9), 1993, p. 961-966.
24. M. Linden, A.L. Horgas, R. Gilberg *et al.*, « Predicting health care utilization in the very old. The role of physical health, mental health, attitudinal and social factors », *Journal of Aging and Health*, 9(1), 1997, p. 3-27.
25. G.L. Cafferata, « Marital status, living arrangements, and the use of health services by elderly persons », *Journal of Gerontology*, 42(6), 1987, p. 613-618.

Annexe

Tableau A
Répartition de certaines caractéristiques, personnes de 65 ans et plus vivant à domicile en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Taille de l'échantillon	Population estimative	
		en milliers	%
Total	2 044	2 686	100
Commencement du recours aux services de soins à domicile, de 1994-1995 à 1996-1997	154	192	7
Facteurs prédisposants			
Groupe d'âge, 1994-1995			
65 à 74 ans	1 294	1 797	67
75 ans et plus	750	889	33
Sexe			
Hommes	814	1 169	44
Femmes	1 230	1 517	56
Revenu du ménage, 1994-1995			
Élevé	1 330	1 944	72
Faible	612	593	22
Inconnu	102	149	6
A commencé à vivre seul(e), de 1994-1995 à 1996-1997	82	138	5
Facteurs du milieu			
Niveau perçu de soutien émotionnel, de 1994-1995 à 1996-1997			
Pas de changement	1 365	1 708	64
Augmentation	286	391	15
Diminution	226	313	12
Inconnu	167	273	10
Fréquence moyenne des contacts avec la famille, de 1994-1995 à 1996-1997			
Pas de changement	888	1 111	41
Augmentation	508	686	26
Diminution	496	625	23
Inconnu	152	264	10
Besoins en matière de santé			
Nouveau besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, de 1994-1995 à 1996-1997	71	82	3
Problème(s) de santé chronique(s) 1994-1995	185	253	9
Hospitalisation au cours des 12 mois précédents, 1996-1997	333	427	16

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, fichier longitudinal

Nota : En l'absence de données pour certaines variables, la somme des données présentées peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

Tableau B
Répartition de certaines caractéristiques, selon la situation concernant le commencement du recours aux services de soins à domicile en 1996-1997, personnes de 65 ans et plus vivant à domicile en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	N'a pas commencé à recourir aux services de soins à domicile	
	A commencé à recourir aux services de soins à domicile	N'a pas commencé à recourir aux services de soins à domicile
	%	%
Facteurs prédisposants		
Groupe d'âge, 1994-1995		
65 à 74 ans	38	69
75 ans et plus	62	31
Sexe		
Hommes	42	44
Femmes	58	56
Revenu du ménage, 1994-1995		
Élevé	61	73
Faible	35	21
Inconnu	5	6
A commencé à vivre seul(e), de 1994-1995 à 1996-1997		
Oui	11	5
Non	89	95
Facteurs du milieu		
Niveau perçu de soutien émotionnel, de 1994-1995 à 1996-1997		
Pas de changement	52	65
Augmentation	19	14
Diminution	10	12
Inconnu	19	9
Fréquence moyenne des contacts avec la famille, de 1994-1995 à 1996-1997		
Pas de changement	39	42
Augmentation	27	25
Diminution	15	24
Inconnu	20	9
Besoins en matière de santé		
Nouveau besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne, de 1994-1995 à 1996-1997		
Oui	20	2
Non	80	98
Problème(s) de santé chronique(s), 1994-1995		
Oui	18	9
Non	82	91
Hospitalisation au cours des 12 mois précédents, 1996-1997		
Oui	47	14
Non	53	86

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, fichier longitudinal

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

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il?

Helen Trottier, Laurent Martel, Christian Houle, Jean-Marie Berthelot et Jacques Légaré

Résumé

Objectifs

Le présent article traite de certaines caractéristiques sociodémographiques et de l'état de santé associées au fait de vivre en établissement de soins prolongés plutôt qu'à domicile chez les personnes âgées présentant divers niveaux d'incapacité.

Source des données

Les données proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée en 1996-1997 par Statistique Canada. Composé de personnes de 65 ans et plus, l'échantillon repose sur 1 711 personnes placées en établissement de soins prolongés et 13 363 personnes vivant à domicile. Les données ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives des 185 100 personnes et des 3,4 millions de personnes âgées vivant respectivement en établissement et à domicile.

Techniques d'analyse

Les données descriptives sont produites d'après les fréquences bidimensionnelles. Le recours à la régression logistique a permis d'étudier l'association entre la présence en établissement de soins prolongés et certaines caractéristiques sociodémographiques et de l'état de santé des personnes âgées dont le niveau d'incapacité déclarée est grave, modérée ou nulle.

Principaux résultats

L'état de santé est fortement lié à la présence en établissement de soins prolongés, mais l'absence de conjoint, le faible revenu, le faible niveau de scolarité et l'âge avancé sont également des facteurs significatifs.

Mots clés

Foyers pour personnes âgées, maisons de soins infirmiers, incapacité, indice de l'état de santé, facteurs socioéconomiques.

Auteurs

Helen Trottier poursuit des études de troisième cycle (doctorat) à l'Université de Montréal. Laurent Martel (613-951-2352; martlau@statcan.ca) travaille à la Division de la démographie et Christian Houle et Jean-Marie Berthelot travaillent à la Division des études sociales et économiques de Statistique Canada. Jacques Légaré travaille à l'Université de Montréal, ainsi qu'à la Division de l'analyse du travail non rémunéré de Statistique Canada.

Maintes études révèlent qu'il existe un lien entre la vieillesse, la limitation d'activités et la présence en établissement^{1,2}. Or, en raison du vieillissement démographique, l'institutionnalisation va exercer, dans l'avenir, une pression financière de plus en plus importante sur le système de soins de santé.

En 1995, au Canada, à peine 1 % de l'ensemble de la population vivait en établissement de soins prolongés³. Chez les personnes âgées, la proportion était plus élevée, soit 5 % pour celles de 65 ans et plus et 18 % pour celles de 80 ans et plus. Selon les plus récentes projections démographiques de Statistique Canada⁴, le nombre de lits requis dans les établissements de soins prolongés passera, si ces taux persistent, de 184 300 en 1996-1997 à plus de 565 000 en 2031. D'autres chercheurs estiment plutôt que 746 000 personnes âgées devront être placées en établissement d'ici 2031⁵. Cependant, d'après des études antérieures, le nombre de lits requis dépend non seulement du nombre absolu de personnes âgées et de leur état de santé, mais aussi de leurs caractéristiques sociodémographiques⁶⁻¹⁰.

Méthodologie

Source des données

Le présent article se fonde sur des données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada. Lancée en 1994-1995, l'ENSP est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada^{11,12}. Elle couvre la population à domicile et les personnes vivant en établissement de santé des provinces et des territoires, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP compte une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal sont suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

La présente analyse porte sur les données transversales du deuxième cycle de l'ENSP réalisé en 1996-1997. Ces données concernent la population à domicile (composante des ménages) et la population des établissements de soins prolongés (composante des établissements de santé) des 10 provinces.

L'échantillon transversal de 1996-1997 de la composante des ménages comprend les membres du panel longitudinal, ainsi qu'un échantillon ponctuel comprenant les personnes sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (acquisition d'unités d'échantillonnage additionnelles) demandés par trois provinces. Ces personnes supplémentaires, qui ont été sélectionnées par la méthode de composition aléatoire (CA), ne sont incluses dans l'échantillon que pour les besoins de l'analyse transversale.

Les données individuelles sont classées dans deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. Le Fichier général rassemble des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de tous les membres des ménages participants. Une personne a en outre été sélectionnée au hasard dans chacun de ces ménages pour fournir des renseignements détaillés sur sa santé. Quant au Fichier santé, il comprend les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les données du Fichier général sur les personnes qui ont fourni ces renseignements.

Dans chaque ménage formant la composante transversale supplémentaire, une personne bien informée s'est vu demander de fournir, pour chaque membre du ménage, des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé. Ces renseignements ont été regroupés dans le Fichier général. En outre, dans chacun de ces ménages, une personne choisie au hasard, qui n'était pas nécessairement la personne bien informée susmentionnée, a été invitée à fournir des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé.

Dans chaque ménage formant la composante longitudinale, la personne qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé est celle qui a été sélectionnée au hasard à l'occasion du premier cycle (1994-1995) et, en général, celle qui a fourni des renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général au moment du deuxième cycle.

Les taux de réponse transversaux de 1996-1997 pour le Fichier santé sont de 93,6 % pour le panel longitudinal et de 75,8 % pour l'échantillon sélectionné par CA, soit un taux global de réponse de 79,0 %.

Les données de la composante des établissements de santé de l'ENSP de 1996-1997 ont été recueillies dans 212 établissements répartis entre les 10 provinces. L'échantillon des établissements de santé a été tiré en dressant la liste des établissements de santé où sont prodigués des soins de longue durée, puis stratifié selon la région géographique, ainsi que selon la catégorie et la taille de l'établissement. Les ministères provinciaux de la Santé ont vérifié l'exactitude des listes et les ont mises à jour. Les établissements ont ensuite été classés

selon la catégorie principale de soins fournis et seuls ceux fournissant des soins prolongés (d'une durée d'au moins six mois) ont été retenus. Enfin, un échantillon aléatoire a été tiré d'après la liste finale. La sélection de l'échantillon a été limitée aux établissements réservant au moins quatre lits pour la prestation de soins prolongés à des personnes ayant des problèmes de santé. Pour chaque établissement, avec l'aide de l'administrateur, un sous-échantillon de personnes recevant des soins a été sélectionné au hasard. L'administrateur a déterminé si les personnes sélectionnées étaient capables de répondre personnellement au questionnaire ou s'il fallait obtenir les renseignements par personne interposée. La personne répondant par procuration pouvait être un parent, un membre du personnel de l'établissement ou une personne y faisant du bénévolat.

Les questions de la composante des établissements de santé sont conçues pour être posées lors d'entrevues sur place. L'entrevue téléphonique a toutefois été autorisée dans les cas où il était impossible d'interroger la personne sur place.

L'effectif de l'échantillon est de 2 383 personnes pour la population des établissements de soins prolongés et de 81 804 personnes pour la population à domicile. L'analyse présentée ici se fonde sur les données recueillies auprès d'un échantillon de 1 711 personnes représentatif des 185 100 personnes de 65 ans et plus vivant en établissement et d'un échantillon de 13 363 personnes représentatif des 3,4 millions de personnes de 65 ans et plus faisant partie de la population à domicile.

Techniques d'analyse

Le calcul des fréquences d'après les données du fichier transversal a permis de démontrer qu'il existe un lien entre les divers niveaux d'incapacité et l'état de santé, tel que mesuré par l'indice de l'état de santé (voir *Indice de l'état de santé*), ce qui témoigne d'une certaine validité conceptuelle. Le croisement des données a en outre permis de décrire les personnes de 65 ans et plus en fonction de leur niveau d'incapacité et de leur lieu de résidence.

La régression logistique a permis d'évaluer l'association entre les variables sociodémographiques et de l'état de santé, d'une part, et le lieu de résidence d'autre part. Cinq modèles distincts de régression logistique ont été étudiés. Le premier permet de comparer les caractéristiques de toutes les personnes vivant en établissement de soins prolongés à celles des membres de la population à domicile. Trois modèles de régression distincts permettent de comparer les personnes en fonction de leur lieu de résidence pour trois niveaux d'incapacité, à savoir grave, modérée et nulle. Enfin, un dernier modèle permet de comparer les caractéristiques des personnes souffrant d'une incapacité grave ou modérée faisant partie de la population à domicile à celles des personnes sans incapacité vivant en établissement, afin de déterminer quels facteurs, outre l'état de santé, sont liés à la présence en établissement.

Les données ont été pondérées afin que l'échantillon soit représentatif de la population du Canada. Néanmoins, le plan de sondage complexe de l'ENSP rend difficile le calcul d'estimations non biaisées de la variance. Pour réduire partiellement le biais, les poids ont été normalisés (en divisant chacun par le poids global moyen) de façon à ce que leur moyenne soit égale à 1. En outre, les résultats pour lesquels la valeur de p est inférieure à 0,01 (au lieu de 0,05) ont été considérés comme significatifs pour tenir compte en partie du fait que l'on aurait obtenu des estimations plus grandes de la variance si l'on avait tenu pleinement compte de l'effet du plan de sondage. Néanmoins, les rapports de cotes présentés ici devraient être interprétés avec prudence. Les écarts types, et donc les intervalles de confiance, pourraient être sous-estimés.

Le niveau d'incapacité reste trop souvent ignoré dans l'étude des facteurs associés à la présence des personnes âgées en établissement. Or, cette analyse tient compte de ce facteur en ayant recours aux données transversales des composantes des ménages et des établissements de santé de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997. Grâce à ces données, l'analyse vise à déterminer les caractéristiques qui, chez les personnes âgées souffrant d'une incapacité grave, modérée ou nulle, sont liées à la présence en établissement de soins prolongés (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*)¹³.

Indice de l'état de santé et incapacité
L'indice de l'état de santé (IES) fournit une mesure sommaire de la santé (voir *Indice de l'état de santé*). Pour le calculer, on combine l'évaluation des attributs fonctionnels de la santé, comme la mobilité et la cognition, et une composante de valeurs, fondée sur une fonction d'utilité, de façon à produire une valeur globale, ou indice, pour chaque personne.

L'indice de l'état de santé devrait, compte tenu des composantes fonctionnelles, refléter le niveau d'incapacité. Autrement dit, il devrait être faible pour les personnes qui présentent une incapacité grave,

Définitions

Pour les besoins de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les établissements de soins prolongés englobent les établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes et les hôpitaux publics ou privés comptant au moins quatre lits réservés à la prestation de soins d'une durée d'au moins six mois. Les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers et les établissements de soins spéciaux pour personnes handicapées sont des exemples d'établissements de ce genre. Sont exclus les établissements faisant partie des bases des Forces canadiennes, des établissements correctionnels, des centres religieux et des réserves indiennes.

Des questions sur la limitation d'activités et sur la dépendance ont été posées pour déterminer le niveau d'*incapacité*. Les questions qui ont été posées aux personnes vivant en établissement de soins prolongés diffèrent légèrement de celles qui ont été posées aux personnes faisant partie de la population à domicile.

Pour déterminer si elles présentaient une limitation d'activités, on a posé aux personnes qui vivent en établissement la question : « 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 dans le nombre d'activités que vous exercez : dans la résidence ou l'établissement? à l'extérieur de la résidence ou de l'établissement, dans d'autres activités comme les voyages ou les loisirs? » On leur a aussi posé la question : « Avez-vous une incapacité ou un handicap quelconque de longue durée? » Aux personnes vivant à domicile, les questions suivantes ont été posées : « 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 dans le nombre d'activités que vous exercez : à la maison? dans d'autres activités (comme les loisirs)? » et « Avez-vous une incapacité ou un handicap quelconque de longue durée? ». Dans chaque cas, les personnes qui ont répondu affirmativement à au moins l'une de ces questions ont été classées dans la catégorie des personnes dont les activités sont limitées.

Pour évaluer la dépendance, on a posé aux personnes demeurant en établissement la question : « À cause de votre état ou d'un problème de santé, avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne : pour vos soins personnels, comme vous lavez, vous habillez ou mangez? pour vous déplacer dans la résidence ou l'établissement? ». Une question semblable a été posée aux personnes vivant à domicile : « À cause de

votre état ou d'un problème de santé, avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne : pour vos soins personnels, comme vous lavez, vous habillez ou mangez? pour vous déplacer dans la maison? ». Les personnes qui ont dit avoir besoin de l'aide de quelqu'un pour au moins l'une des activités mentionnées sont considérées comme étant dépendantes d'autrui.

Les réponses aux questions sur la limitation d'activités et sur la dépendance ont été regroupées selon trois niveaux d'*incapacité* : grave, modérée et nulle (aucune incapacité) (tableau A en annexe). Les personnes dont les activités sont limitées et qui dépendent d'autrui sont classées dans la catégorie de l'incapacité grave. Celles dont les activités sont limitées mais qui ne dépendent pas d'autrui ou qui dépendent d'autrui sans toutefois être limitées dans leurs activités sont classées dans la catégorie de l'incapacité modérée. Enfin, celles dont les activités ne sont pas limitées et qui ne dépendent pas d'autrui entrent dans la catégorie des personnes sans incapacité.

Cinq *groupes d'âge* ont été définis pour les besoins de la présente analyse : 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 à 84 ans et 85 ans et plus.

L'*état matrimonial* comprend quatre catégories : marié(e)/union libre, célibataire, veuf ou veuve et séparé(e)/divorcé(e).

Les catégories de *niveau de scolarité* sont : pas d'études, études primaires, études secondaires partielles, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Quatre sources de *revenu* ont été définies : revenu de retraite (Régime de pensions du Canada/de rentes du Québec, autre régime privé de pension), transferts (Sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti), revenus de placements (régime enregistré d'épargne-retraite, dividendes et intérêts) et revenu d'emploi (salaire, traitement, revenu tiré d'un travail autonome). Ces sources sont celles sur lesquelles on s'est fondé pour dériver la variable du nombre de sources de revenu.

On a demandé aux personnes qui ont participé à l'enquête si un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez elles un *problème de santé chronique*. D'après l'examen des données publiées et des résultats provisoires des analyses multivariées, on a sélectionné pour l'analyse les problèmes de santé chroniques suivants : maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence, incontinence urinaire, ulcères, arthrite, séquelles d'un accident vasculaire cérébral, troubles intestinaux, hypertension, bronchite ou emphyseme, épilepsie et maladie cardiaque.

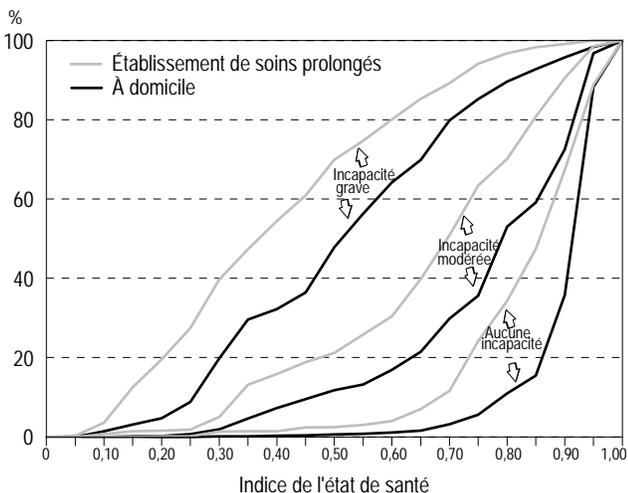
et élevé pour celles qui ne souffrent d'aucune incapacité. Ce profil est celui qui prédominait chez les personnes âgées en 1996-1997 (graphique 1). Les courbes de pourcentages cumulatifs montrent que la proportion de personnes âgées dont l'IES est faible (mauvais état de santé fonctionnel) est plus forte chez celles qui présentent une incapacité grave que chez celles dont l'incapacité est modérée ou nulle.

En outre, pour chaque niveau d'incapacité, la proportion de personnes âgées ayant une valeur de l'IES faible a tendance à être plus forte pour celles qui vivent en établissement de soins prolongés que pour celles qui vivent à domicile. Par exemple, parmi les personnes aux prises avec une incapacité grave, 20 % de celles qui vivent en établissement ont un IES dont la valeur est égale ou inférieure à 0,2 comparativement à seulement 5 % de celles qui vivent à domicile.

En comparant les différentes composantes de l'IES (sens, dextérité, etc.) pour les personnes ayant un même niveau d'incapacité, on peut identifier

Graphique 1

Pourcentage cumulatif de l'indice de l'état de santé, selon le niveau d'incapacité et le lieu de résidence, personnes de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997

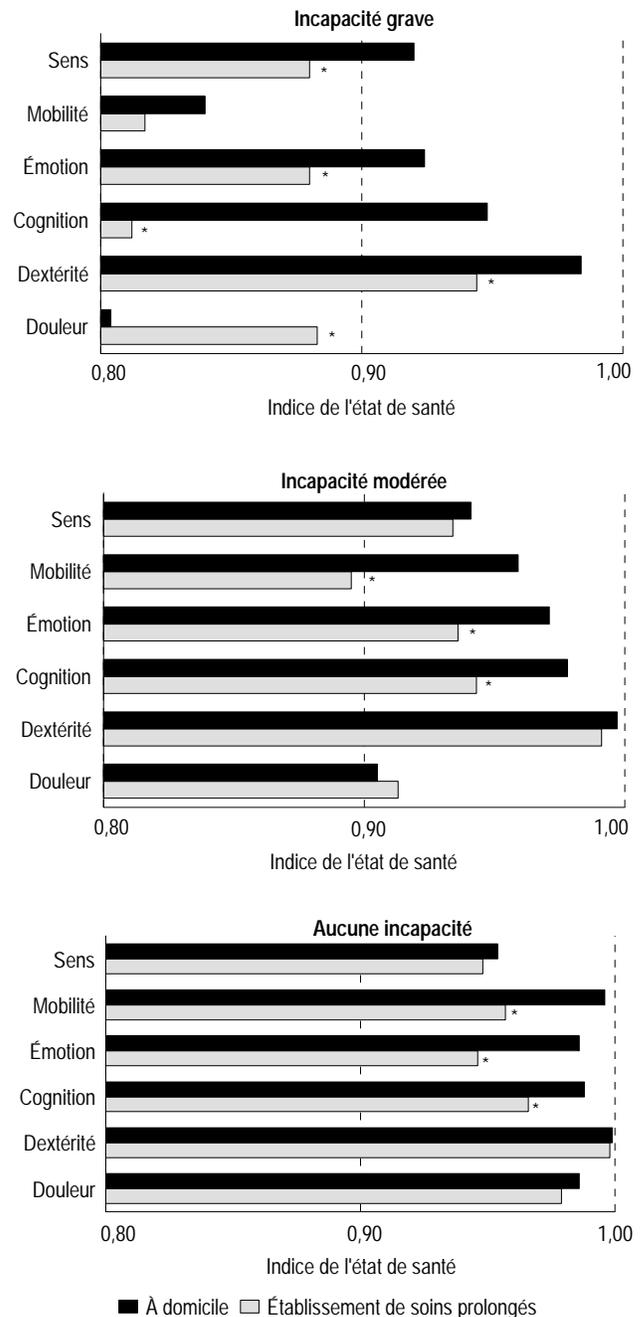


Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé et Fichier des établissements de santé

Nota : Données ajustées pour tenir compte de l'âge et du sexe; les courbes obtenues pour les personnes vivant en établissement de santé ont été normalisées en prenant pour référence la répartition selon l'âge et le sexe de la population à domicile.

Graphique 2

Valeurs moyennes pour chaque attribut de l'indice de l'état de santé, selon le niveau d'incapacité et le lieu de résidence, personnes de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997



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

Nota : Données ajustées pour tenir compte de l'âge et du sexe; les courbes obtenues pour les personnes vivant en établissement de santé ont été normalisées en prenant pour référence la répartition selon l'âge et le sexe de la population à domicile.

* Valeur moyenne significativement différente de celle observée pour les personnes vivant à domicile, $p \leq 0,01$

quelles sont les composantes associées au fait de vivre à domicile ou en établissement (graphique 2). Dans le cas des personnes ayant une incapacité grave, la moyenne calculée à l'égard de la composante de la cognition est nettement plus élevée (ce qui témoigne d'une meilleure santé à l'égard de cette composante) pour celles qui vivent à domicile; par

contre, pour la composante de la douleur, elle est plus élevée pour celles qui vivent en établissement. Les maladies douloureuses, comme l'arthrite, ne nécessitent pas systématiquement le recours à la vie en établissement, alors que les maladies qui diminuent les facultés cognitives, comme la maladie d'Alzheimer, conduisent presque toujours à un

Indice de l'état de santé

Mis au point par le Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA) de l'Université McMaster, l'indice de l'état de santé (IES) synthétise les aspects quantitatifs et qualitatifs de la santé. Il se fonde sur le Comprehensive Health Status Measurement System (CHSMS)¹⁴, qui fournit une mesure descriptive de la santé fonctionnelle globale d'une personne. Pour évaluer la composante fonctionnelle, l'instrument comporte des questions sur huit attributs de l'état de santé individuel, à savoir la vision, l'ouïe, l'élocution, la mobilité (capacité de se déplacer), la dextérité (usage des mains et des doigts), la cognition (mémoire et pensée), l'émotion (sentiments), ainsi que la douleur et les malaises. D'après les valeurs qu'une personne obtient pour chacun de ces huit attributs de la santé, on calcule un indice global dont la valeur varie de 0 à 1. Par exemple, l'échelle de la composante de la vision varie de la cécité à la vision parfaite; la valeur de l'IES pour une personne myope mais ne souffrant d'aucun autre problème de santé serait de 0,95.

La composante des valeurs est tirée d'une autre enquête¹⁵ dans le cadre de laquelle on a demandé aux participants de classer divers états de santé par ordre de préférence. L'évaluation des préférences individuelles est complexe : pour commencer, chaque personne classe par ordre de préférence tous les états de santé définis pour chaque attribut. Puis, on recourt à la méthode du pari standard¹⁶, fondée sur la théorie de l'utilité élaborée par Van Newmann et Morgenstern¹⁷, pour établir les utilités cardinales.

La méthode du pari standard consiste à demander au sujet de choisir entre deux options. L'option 1 offre une solution particulière avec certitude, tandis que l'option 2 représente un pari avec probabilités explicites qui peut mener à deux résultats. Par exemple, le sujet pourrait choisir entre souffrir d'un problème de santé chronique à vie (option 1) et subir une intervention qui lui permettrait de se rétablir et de vivre t années de plus (probabilité p), mais qui pourrait aussi être fatale (probabilité 1-p) (option 2).

Pour chaque personne, on calcule un IES global en pondérant les valeurs obtenues pour chaque dimension fonctionnelle par la composante des valeurs. L'IES ainsi obtenu varie de 0,00 à 1,00, ce dernier chiffre correspondant à la santé parfaite.

L'IES est l'une des variables pour lesquelles l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) fournit des données. Toutefois, l'IES calculé d'après ces données porte sur six attributs de la santé au lieu de huit, la vision, l'ouïe et l'élocution étant regroupées pour former la composante unique des sens. D'après les réponses aux questions sur la vision, l'ouïe, l'élocution, la mobilité, l'émotion, la cognition, la dextérité et la douleur, on attribue une valeur à chaque composante de l'IES sur une échelle allant de 0,51 (incapacité grave) à 1,00 (santé parfaite).

La valeur de l'IES ainsi obtenue représente la transposition numérique du vecteur résultant de la multiplication des cotes

Composantes de l'indice de l'état de santé (IES) et cotes attribuées à chaque composante d'après les réponses au questionnaire

SENS U1	MOBILITÉ U2	ÉMOTION U3	COGNITION U4	DEXTÉRITÉ U5	DOULEUR U6
1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
0,95	0,97	0,93	0,95	0,97	0,97
0,90	0,84	0,81	0,88	0,91	0,85
0,86	0,78	0,53	0,65	0,80	0,51
0,74	0,73				
0,67					
0,61					

obtenues pour chaque composante, puis de l'ajout d'un facteur de correction qui tient compte des préférences sociales. Calculé en prenant la valeur minimale pour chaque attribut, l'IES est égal à 0; autrement dit, $1,06^*(((0,61*0,73*0,53*0,65*0,80*0,51)-0,06) = 0$. Par ailleurs, calculé en prenant la valeur maximale pour chaque composante, l'IES est égal à 1; autrement dit, $1,06^*(((1*1*1*1*1*1)-0,06) = 1$.

Les tests de cohérence appliquée à l'IES par les analystes de Statistique Canada indiquent qu'il produit une évaluation raisonnable de l'état de santé fonctionnel de la population. L'explication détaillée du calcul de l'IES figure dans un autre rapport¹⁸.

hébergement en établissement de santé étant donné la dépendance quotidienne qu'entraîne ce type de maladie.

La présence en établissement de soins prolongés de certaines personnes âgées sans aucune incapacité ne semble pas être due à leur état de santé. À cet

égard, les moyennes calculées pour les diverses composantes de l'IES chez ces personnes sont relativement élevées en comparaison de celles calculées à l'égard des personnes ayant une incapacité grave ou modérée. Ainsi, des facteurs autres que l'état de santé (tel que mesuré par l'IES) seraient

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques et de l'état de santé des personnes de 65 ans et plus, selon le niveau d'incapacité et le lieu de résidence, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Personnes vivant en établissement de soins prolongés			Personnes vivant à domicile		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Incapacité grave						
Indice moyen de l'état de santé	0,40*	0,41*	0,40*	0,52	0,55	0,50
Âge moyen (années)	84,0*	81,1*	85,1*	79,1	77,7	80,2
Répartition selon le sexe (%)						
Hommes	26,3*	...	...	42,2	...	...
Femmes	73,7*	...	...	57,8	...	...
Répartition selon l'état matrimonial (%)						
Marié(e)/union libre	18,4*	38,9*	11,1*	50,2	73,5	33,3
Veuf ou veuve	64,3*	36,4*	74,2*	39,3	16,4	55,9
Séparé(e)/divorcé(e)	2,6	4,9	1,8	4,1	3,0	5,0
Célibataire	14,1*	18,6*	12,5*	6,2	7,1	5,5
Données non disponibles	0,6	1,2	0,4	0,2	-	0,3
Incapacité modérée						
Indice moyen de l'état de santé	0,64*	0,66*	0,64*	0,77	0,77	0,76
Âge moyen (années)	82,8*	78,4*	84,5*	74,6	74,4	74,8
Répartition selon le sexe (%)						
Hommes	28,2*	...	...	43,9	...	...
Femmes	71,8*	...	...	56,1	...	...
Répartition selon l'état matrimonial (%)						
Marié(e)/union libre	10,3*	24,1*	4,9*	56,7	77,7	40,3
Veuf ou veuve	67,4*	43,1*	76,9*	33,1	13,7	48,2
Séparé(e)/divorcé(e)	7,9	16,2	4,6	5,1	4,4	5,7
Célibataire	13,5*	14,9	13,0	5,0	4,2	5,7
Données non disponibles	0,9	1,7	0,6	0,1	-	0,1
Aucune incapacité						
Indice moyen de l'état de santé	0,80*	0,84*	0,78*	0,91	0,91	0,91
Âge moyen (années)	82,2*	79,3*	83,5*	72,6	72,5	72,6
Répartition selon le sexe (%)						
Hommes	31,1*	...	...	43,0	...	...
Femmes	68,9*	...	...	57,0	...	...
Répartition selon l'état matrimonial (%)						
Marié(e)/union libre	10,2*	15,6*	7,8*	60,1	74,8	48,9
Veuf ou veuve	65,7*	41,1*	76,8*	27,7	13,6	38,3
Séparé(e)/divorcé(e)	6,4	13,0	3,4	6,5	5,9	7,0
Célibataire	17,7*	30,3*	12,0	5,5	5,5	5,6
Données non disponibles	-	-	-	0,2	0,2	0,2

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

... N'ayant pas lieu de figurer

- Néant

* Cote significativement différente de celle observée pour les personnes vivant à domicile, $p \leq 0,01$.

vraisemblablement liées à la présence en établissement de certaines personnes âgées.

Caractéristiques différentes

Les caractéristiques des personnes âgées vivant en établissement de soins prolongés diffèrent, il va sans dire, de celles qui vivent à domicile.

Pour chaque niveau d'incapacité, la valeur moyenne de l'indice de l'état de santé est plus faible pour les personnes habitant en établissement de santé que pour celles qui vivent à domicile (tableau 1). De plus, l'âge moyen des personnes vivant en établissement est plus élevé que celui des personnes qui vivent à domicile. L'écart le plus prononcé — environ 10 ans — s'observe pour les personnes qui ne rapportent aucune incapacité.

Aux âges avancés, les femmes représentent une part graduellement plus importante de la population. Pourtant, cette majorité de femmes est nettement plus prononcée pour la population demeurant en établissement que pour la population à domicile. Ce déséquilibre tient, en grande partie, à la plus forte mortalité masculine, particulièrement aux âges avancés.

Par conséquent, chez les personnes âgées, le veuvage est plus probable pour les femmes que pour les hommes. Et, quoique les proportions de veuves et de veufs soient toutes deux beaucoup plus fortes pour la population en établissement de santé que pour la population à domicile, l'écart est nettement plus marqué pour les femmes que pour les hommes. Comme, très souvent, elles n'ont pas de conjoint, les femmes âgées ont moins de chances d'obtenir une aide personnelle à domicile et sont ainsi plus susceptibles de devoir vivre en établissement. Par contre, les hommes sont plus susceptibles d'avoir une conjointe, donc, de recevoir de l'aide à domicile.

Analyse multivariée

Les différences entre les caractéristiques des personnes âgées placées en établissement de soins prolongés et celles qui font partie de la population à domicile donnent à penser qu'outre l'état de santé, des caractéristiques personnelles comme l'âge, le sexe et l'état matrimonial pourraient être associées à la présence en établissement. Selon des études antérieures, les niveaux de scolarité et de revenu

joueraient aussi parfois un rôle^{19,20}. Naturellement, nombre de ces variables ont tendance à être interdépendantes. Par exemple, les personnes dont le niveau de scolarité est élevé ont souvent un meilleur revenu que les autres et les femmes veuves un revenu inférieur. L'analyse multivariée est le meilleur moyen d'étudier l'association de chacun de ces facteurs avec la présence des personnes âgées en établissement.

Le modèle conceptuel d'Andersen²¹, qui définit l'utilisation des services de santé en fonction des facteurs prédisposants, des facteurs du milieu et des besoins en matière de santé, facilite l'analyse des variables associées à la présence des personnes âgées en établissement. Les facteurs prédisposants sont les caractéristiques sociodémographiques, comme

Limites

Idéalement, l'étude du passage de la vie à domicile à la vie en établissement devrait être longitudinale. Toutefois, fort peu de personnes de plus de 65 ans (environ six dans l'échantillon longitudinal) sortent d'un établissement de soins prolongés pour aller vivre ailleurs; en outre, le nombre de personnes de l'échantillon longitudinal qui ont quitté leur domicile pour être placés en établissement (moins de 50) est trop faible pour permettre une analyse fiable. Donc, la présente analyse, comme la plupart des études sur la population vivant en établissement au Canada, se fonde sur des données transversales.

Les questions posées aux personnes placées en établissement de soins prolongés diffèrent légèrement de celles posées aux membres de la population à domicile. En outre, pour plus de la moitié des personnes vivant en établissement (et presque les trois quarts de celles souffrant d'une incapacité grave), les renseignements ont été recueillis par personne interposée (tableau B en annexe).

On a demandé aux personnes qui ont participé à l'enquête si un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez elles certains problèmes de santé chroniques. Aucun renseignement n'a toutefois été recueilli sur la gravité de ces problèmes de santé.

Enfin, la composante des établissements de santé de l'ENSP ne fournit pas de données sur certaines variables importantes, comme l'existence d'un réseau de soutien informel, qui permettraient de faire la distinction entre les personnes âgées présentant une incapacité modérée ou grave qui continuent de vivre chez elles et celles qui vivent en établissement.

Tableau 2

Rapports corrigés de cotes exprimant la possibilité de vivre en établissement de soins prolongés, selon le niveau d'incapacité, personnes de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Total		Incapacité grave		Incapacité modérée		Aucune incapacité	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %
Facteurs prédisposants								
Âge								
65 à 69 ans [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
70 à 74 ans	1,21	0,68 - 2,13	1,16	0,47 - 2,82	0,90	0,32 - 2,53	1,24	0,31 - 4,96
75 à 79 ans	1,45	0,83 - 2,53	1,21	0,51 - 2,84	1,14	0,40 - 3,20	1,59	0,41 - 6,17
80 à 84 ans	2,52*	1,45 - 4,36	1,79	0,76 - 4,20	1,60	0,59 - 4,36	5,04*	1,44 - 17,62
85 ans et plus	4,96*	2,94 - 8,38	2,55*	1,14 - 5,74	6,43*	2,65 - 15,64	17,89*	5,44 - 58,87
État matrimonial								
Marié(e)/union libre [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Veuf ou veuve	3,81*	2,57 - 5,68	2,51*	1,51 - 4,16	6,31*	2,62 - 15,22	8,14*	2,52 - 26,27
Séparé(e)/divorcé(e)	4,18*	2,11 - 8,28	2,06	0,72 - 5,92	11,90*	3,53 - 40,09	8,07*	1,56 - 41,82
Célibataire	7,59*	4,63 - 12,45	6,40*	3,21 - 12,77	13,07*	4,53 - 37,70	17,31*	4,68 - 64,08
Sexe								
Femmes [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Hommes	0,85	0,61 - 1,18	0,57*	0,36 - 0,90	0,89	0,48 - 1,67	0,91	0,42 - 1,98
Niveau de scolarité								
Pas d'études	4,31*	1,95 - 9,52	1,87	0,73 - 4,76	5,89*	1,34 - 25,81	15,33*	2,13 - 110,16
Études primaires	2,06*	1,35 - 3,14	1,51	0,86 - 2,64	3,45*	1,45 - 8,19	2,52	0,83 - 7,69
Études secondaires partielles	0,89	0,56 - 1,42	0,77	0,41 - 1,44	1,34	0,52 - 3,46	1,23	0,37 - 4,03
Diplôme d'études secondaires	1,18	0,70 - 2,00	0,96	0,47 - 1,95	1,44	0,48 - 4,35	2,55	0,78 - 8,28
Études postsecondaires partielles	0,74	0,40 - 1,36	0,96	0,42 - 2,18	0,88	0,27 - 2,83	0,30	0,04 - 2,10
Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Facteur du milieu								
Revenu								
Une seule source [‡]	1,68*	1,14 - 2,49	2,40*	1,42 - 4,05	0,87	0,39 - 1,95	1,57	0,63 - 3,91
Deux sources	1,56*	1,11 - 2,18	1,75*	1,11 - 2,73	1,11	0,58 - 2,11	1,10	0,48 - 2,54
Au moins trois sources [‡]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Besoins en matière de santé								
Dépendance								
Ne dépend pas d'autrui [†]	1,00	...	...	...	...	...	...	...
Dépend d'autrui : soins personnels et transport	9,55*	6,35 - 14,37	...	...	...	...	...	...
Dépend d'autrui : soins personnels uniquement	12,57*	8,35 - 18,94	...	...	...	...	...	...
Dépend d'autrui : transport uniquement	0,51	0,17 - 1,57	...	...	...	...	...	...
Limitation d'activités[§]								
1,35	0,92 - 1,97	...	...	...	...	...	...	...
Problèmes de santé chroniques^{††}								
Maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence	9,33*	6,08 - 14,30	7,00*	4,44 - 11,04	12,23*	4,24 - 35,32	44,92*	9,59 - 210,27
Incontinence urinaire	4,94*	3,58 - 6,82	6,40*	4,30 - 9,52	3,03*	1,56 - 5,88	4,12*	1,46 - 11,63
Ulcères	0,09*	0,02 - 0,32	0,23	0,04 - 1,29	0,17	0,01 - 2,09	0,10	0,00 - 11,06
Arthrite	0,62*	0,46 - 0,84	0,45*	0,30 - 0,66	0,70	0,40 - 1,23	0,92	0,45 - 1,86
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	1,86*	1,24 - 2,77	1,92*	1,23 - 2,97	1,56	0,59 - 4,08	2,09	0,42 - 10,30
Troubles intestinaux	0,34*	0,16 - 0,73	0,30*	0,13 - 0,67	0,35	0,06 - 2,03	0,65	0,06 - 7,29
Hypertension	0,51*	0,37 - 0,71	0,52*	0,34 - 0,80	0,53	0,28 - 1,00	0,52	0,23 - 1,20
Bronchite ou emphysème	1,29	0,80 - 2,09	1,14	0,63 - 2,09	1,22	0,51 - 2,93	1,75	0,48 - 6,44
Épilepsie	2,13	0,81 - 5,59	1,82	0,52 - 6,41	2,21	0,42 - 11,60	1,08	0,01 - 190,83
Maladie cardiaque	0,74	0,52 - 1,05	0,63*	0,41 - 0,95	0,85	0,43 - 1,65	1,69	0,72 - 3,95

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

Nota : On ne peut tester la dépendance en fonction du niveau d'incapacité, puisque la limitation des activités et la dépendance servent à établir les niveaux d'incapacité. Toute personne souffrant d'une incapacité grave est limitée dans ses activités et dépend d'autrui, qu'elle vive à domicile ou en établissement de soins prolongés. Par conséquent, le rapport de cotes serait toujours égal à 1,00.

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

‡ Inclut les personnes n'ayant aucune source de revenu.

§ La catégorie de référence est l'absence du problème de santé.

†† Diagnostic posé par un professionnel de la santé; la catégorie de référence est l'absence du problème de santé.

* $p \leq 0,01$

... N'ayant pas lieu de figurer

l'âge, le sexe, l'état matrimonial et le niveau de scolarité. Les facteurs du milieu représentent les ressources personnelles ou communautaires; par exemple, le revenu peut être un déterminant de l'accès aux services de santé. Enfin, les indicateurs de besoins en matière de santé sont les problèmes de santé qui suscitent une demande de soins, comme les problèmes de santé chroniques ou la limitation d'activités.

Une comparaison globale des personnes âgées vivant en établissement de soins prolongés à celles vivant à domicile permet de dégager les facteurs prédisposants, les facteurs du milieu et les besoins en matière de santé liés de façon significative à la présence en établissement.

Parmi les facteurs prédisposants, l'âge surclasse les autres. La cote exprimant la possibilité de vivre en établissement est nettement plus élevée pour les personnes de 80 ans et plus que pour celles dans la soixantaine (tableau 2). De surcroît, la cote exprimant la possibilité de vivre dans un établissement de santé est nettement plus élevée pour les personnes âgées célibataires, veuves, divorcées ou séparées que pour celles qui sont mariées. Le niveau de scolarité est également un facteur prédisposant significatif. À cet égard, la cote exprimant la possibilité de vivre en établissement est plus élevée pour les personnes n'ayant fait que des études primaires ou n'ayant pas achevé ces études, que pour celles qui possèdent un diplôme d'études postsecondaires. Cependant, si l'on tient compte de l'effet de ces facteurs prédisposants, ainsi que des facteurs du milieu et des indicateurs de besoins en matière de santé, la cote exprimant la possibilité de vivre en établissement de soins prolongés n'est, sur le plan statistique, pas plus élevée pour les femmes que pour les hommes.

Le revenu, seul facteur du milieu analysé ici, a un effet significatif. Ainsi, la cote exprimant la possibilité de vivre en établissement est plus forte pour les personnes âgées disposant au plus de deux sources de revenu que pour celles bénéficiant d'au moins trois sources. Les personnes âgées les mieux nanties pourraient ainsi courir un moins grand risque que les autres de vivre en établissement de soins prolongés, peut-être parce qu'elles ont les moyens de s'offrir l'aide dont elles ont besoin².

Plusieurs besoins en matière de santé font bien sûr augmenter la cote exprimant la possibilité qu'une personne âgée vive en établissement. La dépendance à l'égard d'autrui pour les soins personnels et les problèmes de santé chroniques, particulièrement la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence, l'incontinence urinaire et les séquelles d'un accident vasculaire cérébral sont associés de façon significative à la présence en établissement de soins.

Comparer l'ensemble des caractéristiques des personnes âgées vivant en établissement de soins prolongés à celles de leurs homologues vivant à domicile aide certes à expliquer la présence en établissement. Toutefois, l'analyse des caractéristiques des personnes qui présentent le même niveau d'incapacité permet de mieux cerner les facteurs qui déterminent le lieu de résidence.

Incapacité grave

En 1996-1997, on estime que 135 100 personnes âgées souffrant d'une incapacité grave vivaient en établissement de soins prolongés. Toutefois, un nombre beaucoup plus élevé, à savoir 230 700, vivaient à domicile (tableau A en annexe).

Chez les personnes âgées souffrant d'une incapacité grave, les indicateurs de besoins en matière de santé et les facteurs du milieu (autrement dit, les problèmes de santé chroniques entraînant une forte dépendance à l'égard d'autrui et le faible nombre de sources de revenu, respectivement) sont bien entendu fortement liés à la présence en établissement, même si l'on tient compte de l'effet d'autres variables. Ces résultats ne sont pas surprenants, car l'existence d'une incapacité grave explique, plus que tout autre facteur étudié, la présence en établissement de soins prolongés¹³. La cote exprimant la possibilité qu'une personne souffrant d'une incapacité grave vive en établissement de santé est beaucoup plus élevée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence et pour celles souffrant d'incontinence urinaire que pour celles ne souffrant d'aucun de ces problèmes de santé. Elle est aussi significativement plus élevée pour celles souffrant de séquelles d'un accident vasculaire cérébral (tableau 2).

L'âge est lié de façon significative à la présence en établissement des personnes âgées souffrant d'une incapacité grave. La cote exprimant la possibilité que ces personnes vivent en établissement est environ deux fois et demie plus élevée pour celles de 85 ans et plus que pour celles de 65 à 69 ans.

Chez les personnes âgées qui ont une incapacité grave, le célibat ou le veuvage, par opposition à la vie en couple, est lié de façon significative à la vie en établissement de soins prolongés. De même, la cote exprimant la possibilité de vivre en établissement est nettement plus faible pour les hommes âgés qu'elle ne l'est pour les femmes âgées. Cette situation pourrait tenir au fait que le veuvage et la survie à un âge très avancé sont moins fréquents chez les hommes que chez les femmes.

La cote élevée exprimant la possibilité de vivre en établissement observée pour les personnes âgées ne possédant que peu de sources de revenu indique que les personnes âgées qui en ont les moyens continuent de vivre à leur domicile, même si l'on tient compte de l'effet d'états très invalidants, comme la maladie d'Alzheimer ou l'incontinence urinaire.

La valeur significativement faible de la cote exprimant la possibilité de la présence en établissement lié aux ulcères, à l'arthrite, aux troubles intestinaux ou à l'hypertension est inattendue, puisqu'il est peu probable que ces problèmes de santé réduisent effectivement le risque de vivre en établissement de soins prolongés. Ces résultats pourraient être dus à la déclaration par personne interposée. En effet, pour au moins 73 % des personnes âgées souffrant d'incapacité grave vivant en établissement de soins prolongés, les réponses au questionnaire de l'ENSP ont été obtenues par procuration (tableau B en annexe). La sous-estimation de problèmes de santé comme l'arthrite et les ulcères pourrait expliquer la faible valeur du rapport de cotes, comme en témoigne l'observation suivante. Parmi les personnes âgées souffrant d'une incapacité grave vivant en établissement, la proportion de cas déclarés pour ces problèmes de santé est plus forte pour celles qui ont répondu personnellement au questionnaire que pour celles dont les renseignements ont été recueillis par procuration (par exemple, 7,9 % contre 5,7 % pour

les ulcères). Ainsi, les ulcères, l'arthrite, l'hypertension et les problèmes intestinaux auraient tendance à ne pas être décelés chez les personnes qui souffrent de problèmes de santé plus graves, comme la maladie d'Alzheimer.

Incapacité modérée

Parmi les personnes âgées qui, en 1996-1997, souffraient d'une incapacité modérée, environ 28 700 vivaient en établissement de soins prolongés, tandis que 934 100 vivaient à domicile (tableau A en annexe).

La présence des personnes âgées ayant une incapacité modérée en établissement de soins prolongés est lié à bon nombre de facteurs identiques à ceux observés pour les personnes qui souffrent d'une incapacité grave. Ainsi, la cote exprimant la possibilité de vivre en établissement est plus élevée pour les personnes de 85 ans et plus que pour celles de 65 à 69 ans, de même que pour celles atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence ou d'incontinence urinaire (tableau 2).

Comparativement aux personnes âgées qui vivent en couple, la cote exprimant la possibilité que les personnes âgées souffrant d'une incapacité modérée vivent en établissement est plus élevée non seulement pour celles qui sont célibataires ou veuves, mais aussi pour celles qui sont séparées ou divorcées. En outre, la cote exprimant la possibilité de vivre dans un établissement de soins prolongés est plus élevée pour celles qui n'ont achevé que leurs études primaires ou qui n'ont fait aucunes études que pour celles qui ont poursuivi des études postsecondaires.

Chez les personnes âgées souffrant d'une incapacité modérée, aucun lien significatif n'existe entre le nombre de sources de revenu et la présence en établissement.

Aucune incapacité

Comme il faut s'y attendre, rares sont les personnes âgées déclarant ne souffrir d'aucune incapacité qui vivaient en établissement de soins prolongés en 1996-1997 (à peine 17 400) (tableau A en annexe). Pour ce petit groupe, la vie en établissement est lié à deux problèmes de santé chroniques, à savoir la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence

et l'incontinence urinaire (tableau 2). Il semble illogique de caractériser les personnes atteintes de démence comme ne présentant « aucune incapacité ». Cependant, comme la démence est une maladie dégénérative qui ne se manifeste au départ que par une perte de la mémoire à court terme, aux premiers stades, les malades ne présentent pas systématiquement un niveau grave d'incapacité tel que défini ici.

L'association entre les facteurs prédisposants et la présence en établissement est également significatif chez les personnes âgées ne souffrant d'aucune incapacité. La cote exprimant la possibilité de vivre dans un établissement de soins prolongés est significativement plus élevée pour les groupes des 80 à 84 ans et des 85 ans et plus que pour celui des 65 à 69 ans. En outre, la cote exprimant la possibilité de vivre en établissement est nettement plus élevée pour les personnes âgées ne présentant aucune incapacité qui sont célibataires, veuves, séparées ou divorcées que pour celles qui sont mariées. La cote est aussi plus élevée pour celles qui n'ont pas fait d'études que pour celles qui possèdent un diplôme d'études postsecondaires. En revanche, aucune association significative n'existe entre la présence en établissement et le nombre de sources de revenu chez les personnes âgées sans incapacité.

Le fait que, en 1996-1997, plus d'un million de personnes âgées souffrant d'une incapacité grave ou modérée faisaient partie de la population à domicile, alors que 17 400 personnes sans aucune incapacité vivaient en établissement de soins prolongés, est peut-être l'observation la plus paradoxale (tableau A en annexe). La présence en établissement de soins de personnes âgées qui n'ont déclaré aucune incapacité n'est ni associée aux problèmes de santé chroniques ni au nombre de sources de revenu (tableau 3). Ce sont les facteurs prédisposants, notamment l'âge avancé et l'absence de conjoint, qui semblent plutôt jouer un rôle déterminant.

Mot de la fin

D'après l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, les caractéristiques de l'état de santé, notamment les problèmes chroniques invalidants, comme la maladie d'Alzheimer, l'incontinence urinaire ou les séquelles d'un accident

Tableau 3

Rapports corrigés de cotes, personnes de 65 ans et plus sans aucune incapacité vivant en établissement de soins prolongés comparativement à celles souffrant d'une incapacité grave ou modérée vivant à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %
Facteurs prédisposants		
Âge		
65 à 69 ans [†]	1,00	...
70 à 74 ans	1,17	0,29 - 4,67
75 à 79 ans	1,50	0,38 - 5,89
80 à 84 ans	3,25	0,95 - 11,17
85 ans et plus	5,00*	1,53 - 16,37
État matrimonial		
Marié(e)/union libre [†]	1,00	...
Célibataire	14,04*	3,96 - 49,74
Veuf ou veuve	6,70*	2,21 - 20,27
Séparé(e)/divorcé(e)	12,08*	2,44 - 59,89
Sexe		
Femmes [†]	1,00	...
Hommes	0,89	0,43 - 1,86
Niveau de scolarité		
Pas d'études	2,68	0,43 - 16,71
Études primaires	2,85	0,98 - 8,23
Études secondaires partielles	1,63	0,51 - 5,17
Diplôme d'études secondaires	3,75*	1,19 - 11,85
Études postsecondaires partielles	0,55	0,08 - 3,62
Diplômes d'études postsecondaires [†]	1,00	...
Facteur du milieu		
Revenu		
Une seule source [‡]	2,01	0,83 - 4,87
Deux sources	1,29	0,58 - 2,85
Au moins trois sources [†]	1,00	...
Besoins en matière de santé		
Problèmes de santé chroniques^{††}		
Maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence	2,13	0,65 - 7,02
Incontinence urinaire	1,41	0,56 - 3,58
Ulcères	0,26	0,01 - 13,04
Arthrite	0,31*	0,16 - 0,62
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	0,48	0,11 - 2,04
Troubles intestinaux	0,28	0,03 - 2,81
Hypertension	0,46	0,20 - 1,04
Bronchite ou emphysème	0,81	0,24 - 2,70
Épilepsie	0,10	0,00 - 15,33
Maladie cardiaque	0,73	0,32 - 1,65

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

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

[‡] Inclut les personnes n'ayant aucune source de revenu.

[§] La catégorie de référence est l'absence du problème de santé.

^{††} Diagnostic posé par un professionnel de la santé; la catégorie de référence est l'absence du problème de santé.

* $p \leq 0,01$

... N'ayant pas lieu de figurer

vasculaire cérébral, sont des facteurs fortement liés à la présence des personnes âgées en établissement de soins prolongés. En fait, au moment de l'enquête, la majorité (75 %) des personnes de 65 ans et plus vivant en établissement de soins prolongés

souffraient d'une incapacité grave, alors que la plupart des personnes âgées faisant partie de la population à domicile ne souffraient d'aucune incapacité (66 %). Puisque la maladie d'Alzheimer – ou toute autre forme de démence – semble être l'un des déterminants les plus importants de la présence en établissement, les progrès de la médecine dans ce domaine et l'amélioration du traitement de ces problèmes de santé pourraient contribuer à réduire le nombre de personnes vivant en établissement de soins prolongés dans l'avenir. Un plus large éventail de services de soins à domicile conjugué à des soins mieux adaptés aux besoins des personnes atteintes de démence pourrait également réduire la demande de soins de longue durée aujourd'hui, ainsi que dans l'avenir.

Néanmoins, un nombre considérable de personnes âgées qui ne souffrent d'aucune incapacité vivent en établissement de soins prolongés. En revanche, presque un quart de million de personnes âgées souffrant d'une incapacité grave vivent à domicile. Le maintien à domicile d'une personne âgée peut donc dépendre de considérations autres que son état de santé. La présente analyse des données de l'ENSP montre que l'âge, l'état matrimonial et le revenu sont au nombre des facteurs liés à la présence des personnes âgées en établissement. De nouveau, l'existence de programmes provinciaux de soins à domicile offrant des services aux personnes âgées peut jouer un rôle déterminant²².

Sauf parmi les personnes présentant une incapacité grave, être une femme n'est pas, en soi, un facteur associé à la présence en établissement. Le plus grand nombre de femmes parmi les personnes qui vivent en établissement de soins prolongés tient à d'autres caractéristiques des femmes âgées, dont l'âge avancé, l'absence de conjoint et le faible nombre de sources de revenu.

Le lien entre l'absence de conjoint et la présence des personnes âgées en établissement est manifeste, particulièrement pour celles n'ayant aucune incapacité. La perte du conjoint ou de la conjointe est inévitable pour l'un des partenaires d'un couple marié. Or, l'écart décroissant entre les espérances de vie des hommes et des femmes²³ pourrait réduire considérablement la période durant laquelle les

personnes âgées, particulièrement les femmes, vivent sans conjoint. Par contre, le taux élevé de divorce observé ces dernières années pourrait faire augmenter le nombre de personnes n'ayant pas de conjoint.

Même en tenant compte de l'effet d'autres variables, un lien indépendant persiste entre l'âge avancé et la présence des personnes âgées en établissement. L'accroissement de l'espérance de vie et l'augmentation prévue du nombre de Canadiens de 80 ans et plus⁴ donnent à penser que le besoin de lits de soins de longue durée pourrait augmenter dans l'avenir.

Une tendance démographique connexe, à savoir le recul de la taille de la famille, pourrait aussi avoir des répercussions sur la demande de places en établissement de soins de santé. Un certain nombre d'études^{9,24,25} montrent que la présence d'enfants (particulièrement des filles) pouvant fournir de l'aide à domicile peut prévenir, ou du moins retarder, l'entrée en établissement (voir *Soutien social aux aînés et soins à domicile* dans ce numéro). Si le nombre d'enfants capables d'offrir ce genre de soutien diminue dans l'avenir, la demande de placement en établissement pourrait augmenter.

La croissance du revenu des personnes âgées²⁶ permettra sans doute à un nombre de plus en plus élevé d'entre elles d'éviter, ou du moins de retarder, le placement en établissement dans les années à venir. En outre, étant donné la participation croissante des femmes au marché du travail²⁷, la proportion de femmes âgées qui tireront un revenu de leurs économies, de placements et de régimes de retraite offerts par les employeurs sera plus forte dans l'avenir qu'aujourd'hui.

Bien que les changements démographiques importants qui surviendront à court et à moyen termes influenceront les politiques relatives aux services de santé visant les personnes âgées, les facteurs socioéconomiques joueront aussi un rôle dans la demande de divers niveaux de soins. ●

Références

1. P.A. Dunn, *Obstacles auxquels font face les personnes âgées ayant une incapacité au Canada* (Statistique Canada, n° 82-615 au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1990.
2. J. Chen et R. Wilkins, « Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle », *Rapports sur la santé* 10(1), 1998, p. 41-53 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. P. Tully et C. Mohl, « Résidents âgés des établissements de santé », *Rapports sur la santé* 7(3), 1998, p. 27-30 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
4. Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires* (n° 91-520 au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, 1994.
5. Y. Carrière et J. Légaré, « Vieillesse démographique et institutionnalisation des personnes âgées : des projections nuancées pour le Canada », *Cahiers québécois de démographie*, 22(1), 1993, p. 63-92.
6. Y. Carrière et L. Pelletier, « Factors underlying the institutionalization of elderly persons in Canada », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B(3), 1995, p. S164-S172.
7. F. Béland, « The decision of elderly persons to leave their homes », *The Gerontologist*, 24(2) 1984, p. 179-185.
8. E. Shapiro et R. Tate, « Predictors of long term care facility use among the elderly », *Canadian Journal on Aging* 4(1), 1985, p. 11-19.
9. E. Shapiro et R. Tate, « Who is really at risk of institutionalization? », *The Gerontologist*, 28(2), 1988, p. 237-245.
10. E. Shapiro et N.P. Roos, « Predictors, patterns and consequences of nursing home use in one Canadian province », publié sous la direction de V.W. Marshall, *Aging in Canada—Social Perspectives*, deuxième édition, Don Mills, Ontario, Fitzhenry and Whiteside Ltd., 1987, p. 521-537.
11. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé* 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
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. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
13. C. Houle, J.-M. Berthelot et R. Roberge, *Comparaisons des personnes avec limitations en institutions et hors institutions au Canada*, Actes du Symposium 97 : Nouvelles orientations pour les enquêtes et les recensements, Ottawa, Statistique Canada, p. 444-447.
14. G.W. Torrance, W. Furlong, D. Feeny *et al.*, *Provisional Health Index for the Ontario Health Survey*, Hamilton, Ontario, McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis, 1992, projet n° 44400900187.
15. D. Feeny, R.D. Barr, W. Furlong *et al.*, « Quality of life of the treatment process in pediatric oncology: An approach to measurement », publié sous la direction de D. Osoba, *Effect of Cancer on Quality of Life*, Boca Raton, CRC Press, 1991, p. 73-88.
16. D. Feeny, W. Furlong et M. Boyle, « Multi-attribute health status classification systems: Health Utilities Index, *Pharmacoeconomics*, 7(6), 1995, p. 503-520.
17. J. von Neumann et O. Morgenstern, *Theory of Games and Economic Behavior*, Princeton, Princeton University Press, 1947.
18. J.-M. Berthelot, R. Roberge et M.C. Wolfson, « The calculation of health-adjusted life expectancy for a Canadian province using a multi-attribute utility function: A first attempt », publié sous la direction de J.M. Robine, C.D. Mather, M. Bone *et al.*, *Calculation of Health Expectancies: Harmonization, Consensus Achieved and Future Perspectives*, Montpellier, France, Colloque INSERM, octobre 1992, John Libbey Eurotext Ltd., 1993, p. 161-172.
19. A.E. Headen, « Economic disability and health determinants of the hazard of nursing home entry », *Journal of Human Resources*, 28(1), 1993, p. 81-110.
20. L. Pelletier, « Vieillir en institution ou à domicile? », *Espace Population et Société*, 1, 1992, p. 71-86.
21. R.M. Andersen, A. McCutcheon, L.A. Aday *et al.*, « Exploring dimensions of access to medical care », *Health Services Research*, 18(1), 1983, p. 49-74.
22. K. Wilkins et E. Park, « Les soins à domicile au Canada », *Rapports sur la santé* 10(1), 1998, p. 31-40 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
23. F. Nault, « Diminution des écarts de mortalité de 1978 à 1995 », *Rapports sur la santé* 9(1), 1997, p. 37-43 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
24. L.G. Branch et A.M. Jette, « A prospective study of long-term institutionalization among the aged », *American Journal of Public Health*, 72(12), 1982, p. 1373-1379.
25. D.J. Foley, A.M. Ostfeld, L.G. Branch *et al.*, « The risk of nursing home admission in three communities », *Journal of Aging and Health*, 4(2), 1992, p. 155-173.
26. C. Lindsay, *Un portrait des aînés au Canada*, deuxième édition (Statistique Canada, n° 89-519XPF au catalogue) Ottawa, ministre de l'Industrie, 1997.
27. M. Almey, « Caractéristiques de la population active », *Portrait statistique des femmes au Canada*, troisième édition (Statistique Canada, n° 89-503F au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1995.

Annexe

Tableau A
Effectif de l'échantillon, comptes pondérés et répartition de la population de 65 ans et plus, selon le lieu de résidence, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997

	Personnes vivant en établissement de soins prolongés			Personnes vivant à domicile		
	Effectif de l'échantillon	Dénombrement pondéré		Effectif de l'échantillon	Dénombrement pondéré	
		en milliers	%		en milliers	%
Total	1 674	181,2	100,0	13 337	3 403,8	100,0
Incapacité grave (limitation des activités et dépendance)	1 238	135,1	74,5	889	230,7	6,8
Incapacité modérée (limitation des activités mais aucune dépendance ou dépendance mais aucune limitation)	267	28,7	15,9	3 702	934,1	27,4
Aucune incapacité (aucune limitation ni dépendance)	169	17,4	9,6	8 746	2 239,1	65,8

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

Nota : Le total ne comprend pas les valeurs non disponibles.

Tableau B
Proportion de réponses par procuration, selon le niveau d'incapacité et le lieu de résidence, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997

Niveau d'incapacité	Établissements de soins prolongés	Population à domicile
	%	%
Total	59,2	18,3
Grave	73,3	31,7
Modérée	28,8	17,3
Aucune	6,5	17,3

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

Nota : Comptes non pondérés fondés sur l'échantillon de 1 674 personnes vivant en établissement et 13 337 personnes vivant à domicile.

Errata

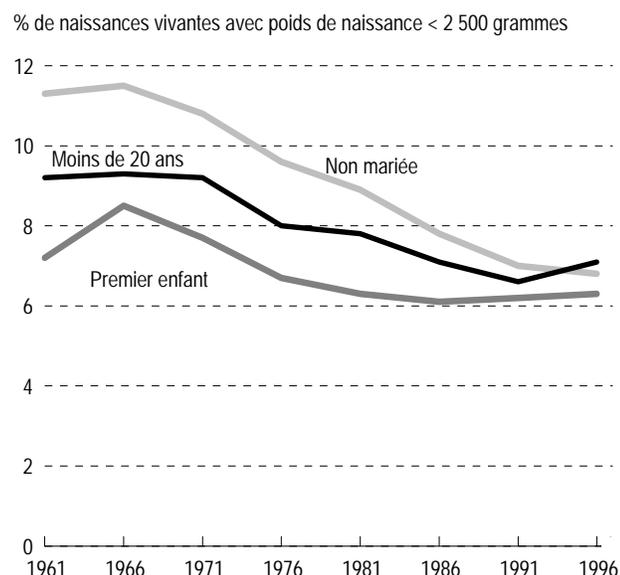
Rapports sur la santé, hiver 1999, volume 11, numéro 3

L'état de santé des enfants

À la page 29 de cet article, les années mentionnées dans le titre du tableau 1 devraient être « 1970 à 1996 » plutôt que « 1970 à 1975 ».

À la page 32, une erreur s'est glissée dans le libellé des courbes du Graphique 3. Les identificateurs « Non mariée » et « moins de 20 ans » ont été inversés. Voici ci-dessous la version corrigée du graphique.

Graphique 3
Taux de bébés ayant un faible poids à la naissance, selon les caractéristiques de la mère, Canada, de 1961 à 1997



Sources des données : Références nos 2, 13 et 14 et Base canadienne de données sur la natalité

L'état de santé des personnes âgées

Le troisième fait saillant à la page 53 a trait à la proportion de personnes de 75 ans et plus et non de 65 ans et plus qui vivaient en établissement.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids

Dans le tableau 4 à la page 99 de cet article, la colonne « Obésité (IMC \geq 27) » devrait plutôt se lire « Poids excessif (IMC \geq 27) ».

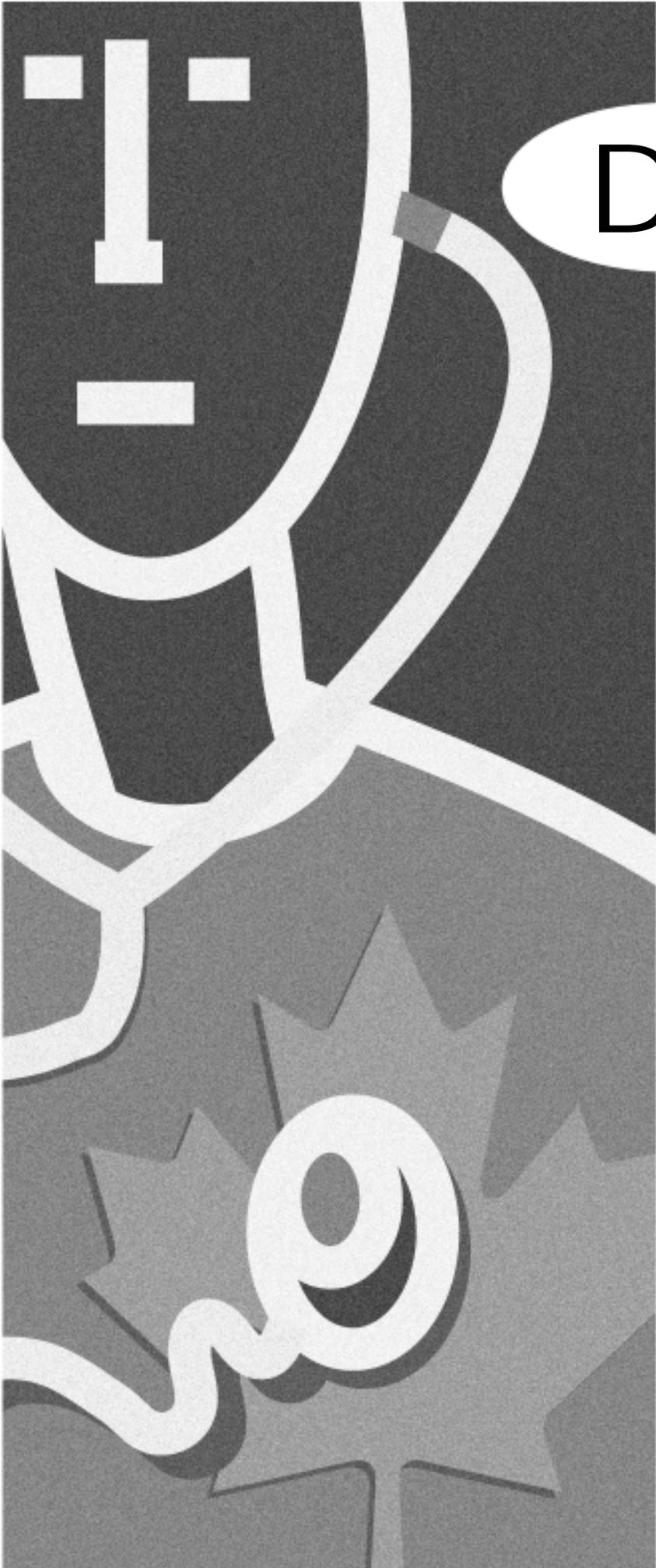
Les services de santé - tendances récentes

À la page 104, les codes de la CIM mentionnés au troisième paragraphe de la section « Sources des données » devraient être : « complications de la grossesse (codes de la CIM 630.0 à 679.9), anomalies congénitales (codes de la CIM 740.0 à 759.9) », et non « complications de la grossesse (codes de la CIM 630.0 à 678.9), anomalies congénitales (codes de la CIM 740.0 à 759.4) ».

Dans le tableau 6, à la page 116, le rapport de cotes et l'intervalle de confiance donnés sous la colonne « Les deux sexes (corrige pour le sexe et l'âge) » à l'égard de la catégorie « Au moins une journée d'incapacité » devraient être 1,64* (1,33 - 2,02), et non 1,68* (1,36 - 2,06), tandis que ceux mentionnés à l'égard de la catégorie « Douleur et malaise » devraient être 1,39* (1,09 - 1,77), et non 1,44* (1,12 - 1,85).

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



A stylized, high-contrast graphic of a person's face. The face is composed of white and light gray shapes against a dark gray background. The eyes are represented by two small white squares. The nose is a vertical white bar. The mouth is a horizontal white bar. The chin and neck area are filled with a stylized maple leaf pattern in shades of gray. The overall style is modern and minimalist.

Données

Aperçu des données sur la santé
produites récemment par
Statistique Canada

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999

Les données du troisième cycle (1998-1999) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), composante ménages, sont maintenant disponibles.

Les données de l'ENSP de 1996-1997 pour les Territoires du Nord-Ouest (frontières de 1996-1997) et le Yukon sont aussi disponibles. Sur demande, ces données peuvent être produites séparément pour les Territoires du Nord-Ouest (frontières actuelles) et le Nunavut.

Pour commander des totalisations spéciales, communiquez avec les Services à la clientèle au (613) 951-1746 (hd-ds@statcan.ca), Division des statistiques sur la santé. Télécopieur: (613) 951-0792.

Pour plus de renseignements sur l'ENSP, composante ménages, ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données, communiquez avec Mario Bédard au (613) 951-8933 (mario.bedard@statcan.ca). Pour en savoir davantage sur l'ENSP pour les territoires, communiquez avec Brent Diverty au (613) 951-4269 (brent.diverty@statcan.ca), Division des statistiques sur la santé.

Rapport sur la prévalence de l'usage de la cigarette, 1985 à 1999

Le *Rapport sur la prévalence de l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 1999* décrit l'analyse de la comparabilité des données sur la prévalence de l'usage de la cigarette tirées des enquêtes réalisées par Statistique Canada de 1985 à 1999 et examine la signification statistique des tendances des taux d'usage de la cigarette observées durant cette période.

De 1985 à 1999, Statistique Canada a réalisé 11 enquêtes comprenant un volet sur l'usage de la cigarette. La plupart de ces enquêtes contiennent des questions comparables sur l'usage de la cigarette, mais il faut interpréter avec prudence les résultats de la comparaison des données de l'Enquête nationale sur la consommation d'alcool et de drogue de 1989, de l'Enquête promotion santé de 1990, de l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogue de 1994 et de l'Enquête sociale générale

de 1995 à celles des autres enquêtes.

Dans l'ensemble, les enquêtes indiquent que, de 1985 à 1999, la prévalence de l'usage de la cigarette chez les Canadiens de 15 ans et plus a subi une diminution appréciable de 10,3 points de pourcentage (fourchette d'erreur: plus ou moins 2,3 points de pourcentage) et que cette diminution a eu lieu en grande partie après 1994.

Cependant, le taux d'usage actuel de la cigarette chez les jeunes de 15 à 19 ans a, de 1991 au 1^{er} janvier 1994, connu une augmentation importante et significative de l'ordre de 6,5 points de pourcentage (fourchette d'erreur: plus ou moins 4,4 points de pourcentage). Depuis 1994, on ne constate aucune variation significative du taux d'usage de la cigarette chez les jeunes.

Les adultes qui fument occasionnellement (environ un million de Canadiens en 1994-1995) forment un des groupes les plus instables en ce qui concerne l'usage de la cigarette. En 1996-1997, 28 % avaient commencé à fumer quotidiennement, 32 % continuaient de fumer occasionnellement et 38 % avaient cessé de fumer.

Le *Rapport sur la prévalence de l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 1999* (82F0077XIF), produit à la demande du Conseil canadien des fabricants des produits du tabac, peut être consulté gratuitement dès maintenant dans le site Web de Statistique Canada (www.statcan.ca) sous Produits et services, puis Publications téléchargeables (gratuites). Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données, communiquez avec Larry Swain au (613) 951-8569 ou avec Michel Séguin au (613) 951-4262 (michel.seguin@statcan.ca), Division des statistiques sur la santé.

Recueil de statistiques de l'état civil, 1996

Le *Recueil de statistiques de l'état civil* présente un résumé complet des tendances récentes en ce qui touche les naissances, les décès, les mortinaissances, les mariages et les divorces jusqu'à 1996. Par exemple, au Canada, 1 001 enfants sont nés, 582 personnes sont décédées, 428 couples se sont mariés et 195 divorces ont été accordés, en moyenne, chaque jour en 1996.

La proportion de naissances vivantes associées aux femmes de 30 ans et plus en 1996 s'élevait à 44 %, contrairement à 29 % en 1986. Pour la première fois en 10 ans, le taux de mortalité infantile a chuté sous la barre de 6 décès infantiles pour 1 000 naissances vivantes en 1996.

De 1986 à 1996, l'espérance de vie à la naissance a augmenté pour les deux sexes. Chez les hommes, elle a augmenté de 2,4 ans pour atteindre 75,7 ans, tandis que chez les femmes, elle était en hausse de 1,4 an pour atteindre 81,4 ans. Par conséquent, l'écart entre les sexes pour ce qui est de l'espérance de vie s'est amenuisé, passant de 6,7 à 5,7 ans au cours de la décennie.

Par ailleurs, le nombre de mariages enregistrés en 1996 a été le plus faible en 30 ans : 156 700. Il s'agit d'une baisse de 18 % par rapport à 1989, laquelle a été observée malgré une croissance importante de la population au cours de cette période.

L'âge moyen au premier mariage a augmenté régulièrement depuis 1986 autant pour les hommes que pour les femmes. En moyenne, les femmes contractant leur premier mariage étaient âgées de 27,3 ans en 1996, comparativement à 24,8 ans 10 ans auparavant, et leurs homologues masculins étaient âgés respectivement de 29,3 et de 27,0 ans.

La proportion de couples mariés susceptibles de divorcer avant leur 30^e anniversaire de mariage (l'indice synthétique de divortialité) allait de 24 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 56 % au Yukon. L'indice synthétique de divortialité était également élevé au Québec (46 %) et en Colombie-Britannique (45 %).

Recueil de statistiques de l'état civil 1996 (84-214-XPF, 45 \$; 84-214-XIF, 33 \$) est maintenant en vente. Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données, communiquez avec Doreen Duchesne au (613) 951-6379, Division des statistiques sur la santé, télécopieur : (613) 951-0792. Pour commander des tableaux personnalisés, communiquez avec les Services personnalisés à la clientèle au (613) 951-1746, Division des statistiques sur la santé, télécopieur : (613) 951-0792.

Mariages, 1997

En 1997, le nombre de mariages célébrés s'est établi à 153 306, en baisse de 2 % par rapport à l'année précédente et de 24 % par rapport au sommet de 1972. Terre-Neuve, la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest sont les seules régions ayant enregistré une légère augmentation du nombre de mariages célébrés de 1996 à 1997, à l'inverse des autres provinces et territoires qui ont tous connu une baisse.

Bien que l'âge moyen des femmes au mariage en 1997 ait été de 30,9 ans comparativement à 28,4 ans 10 ans plus tôt, l'âge de la femme se situait entre 20 et 29 ans dans plus de la moitié (56 %) des mariages célébrés en 1997. L'âge moyen des femmes au premier mariage était de 27,4 ans. Chez les femmes divorcées et les veuves, l'âge moyen au mariage était respectivement de 39,8 et de 55,5 ans.

En 1997, l'âge moyen des hommes au mariage était de 33,5 ans comparativement à 31,1 ans 10 ans auparavant. Dans plus de la moitié (52 %) des mariages célébrés, l'âge de l'homme se situait entre 25 et 34 ans. L'âge moyen des hommes au premier mariage était de 29,5 ans. Chez les hommes divorcés et les veufs, l'âge moyen au mariage était respectivement de 43,4 et de 62,1 ans.

En 1997, trois nouvelles mariées sur quatre en étaient à leur premier mariage. Cette proportion était la même chez les hommes. Dans la plupart des autres cas, il s'agissait d'hommes et de femmes ayant déjà divorcé; le reste étant des veufs et des veuves. Dans deux mariages sur trois célébrés en 1997, il s'agissait, pour les deux conjoints, d'un premier mariage. Dans 18 % des cas, le mariage unissait une personne se mariant pour la première fois à un conjoint divorcé et, dans 12 % des cas, les conjoints étaient tous deux divorcés. Très peu de mariages célébrés en 1997 comptaient des veufs ou des veuves (moins de 5 %).

Mariages, 1997 (tableau standard format papier 84F0212XPB, 20 \$) est maintenant en vente. Pour obtenir des extractions de données personnalisées ou pour commander le tableau standard, communiquez avec les Services personnalisés à la clientèle au (613) 951-1746, Division des statistiques sur la santé, télécopieur : (613) 951-0792. Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur

les concepts, les méthodes et la qualité des données, communiquez avec Patricia Tully au (613) 951-1759 ou avec Doreen Duchesne au (613) 951-6379, Division des statistiques sur la santé.

Nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux, 2000

Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada dresse un tableau des maladies cardiovasculaires au pays et renferme des données provenant de diverses sources, sur la mortalité, les facteurs de risque, le traitement ainsi que sur les coûts liés aux soins médicaux. Un nouvel ajout cette année met l'accent sur la jeunesse. Les données sont en majeure partie tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population, la Base de données sur les décès et la Base de données sur la morbidité hospitalière.

Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada (82F0076XIF) est maintenant offert gratuitement dans le site Web de Statistique Canada (www.statcan.ca) sous les rubriques Produits et services, Publications téléchargeables (gratuites) et Santé. Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données, communiquez avec Cyril Nair au (613) 951-8387, Division des statistiques sur la santé, ou avec Barbara Steele au (613) 569-4361, poste 318 (bsteele@hsf.ca), Fondation des maladies du cœur du Canada. Les personnes qui désirent obtenir des exemplaires de ce rapport peuvent composer sans frais le 1 888 473-4636.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca





Index

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Index par sujet

Volumes 7 à 11

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.

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaire W.J. Millar et D. Locker, 11(1), 1999, p. 59-72.

Disparités des régimes d'assurance-médicaments W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 9-30.

Les services de santé—tendances récentes W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

Accident cérébrovasculaire

L'utilisation des contraceptifs oraux K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet *et al.*, 11(4), 2000, p. 27-41.

Accidents

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

Chutes, gens âgés et recours aux services de santé K. Wilkins, 10(4), 1999, p. 47-57.

Adolescent(e)

Voir Jeunesse

Aînés

Voir aussi Vieillesse

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

Chutes, gens âgés et recours aux services de santé K. Wilkins, 10(4), 1999, p. 47-57.

Les conducteurs âgés — un dossier de santé publique compliqué W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

L'état de santé des personnes âgées M. Shields et J. Chen, 11(3), 2000, p. 53-69.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

Soutien social aux aînés et soins à domicile K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

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

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

Les soins à domicile au Canada K. Wilkins et E. Park, 10(1), 1998, p. 31-40.

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Alcool

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids C. Pérez, 11(3), 2000, p. 93-101.

Les longues heures de travail et la santé M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Les services de santé – tendances récentes W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

Anévrismes de l'aorte abdominale

Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différences 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.

Arthrite

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

Assurance-maladie

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaire. W.J. Millar et D. Locker, 11(1), 1999, p. 59-72.

Disparités des régimes d'assurance-médicaments. W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 9-30.

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

Asthme

L'asthme chez l'enfant. W.J. Millar et G.B. Hill, 10(3), 1998, p. 9-22.

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Avortements

Voir aussi Avortements spontanés

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

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

Évolution des tendances de l'incidence du mélanome et de la mortalité par ce cancer. L.A. Gaudette et R.-N. Gao, 10(2), 1998, p. 33-46.

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.

L'incidence du cancer et de la mortalité par cancer au Canada. L.A. Gaudette, C.A. Altmayer, M. Wysocki *et al.*, 10(1), 1998, p. 55-72.

Le non-respect des lignes directrices quant au test de Papanicolaou. J. Lee, G.F. Parsons et J. Gentleman, 10(1), 1998, p. 9-21.

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

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

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'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.

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.

L'état de santé des enfants. R. Wilkins et C. Houle, 11(3), 2000, p. 27-38.

La mortalité dans les régions métropolitaines. H. Gilmour et J.F. Gentleman, 11(1), 1999, p. 9-20.

Césariennes

Diminution du taux de césariennes : la tendance va-t-elle se poursuivre? W.J. Millar, C. Nair et S. Wadhwa, 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

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

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

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

Collecte de données

Voir aussi Enquêtes sur la santé

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

Enquête nationale sur la santé de la population—une enquête longitudinale. L. Swain, G. Catlin et Marie P. Beaudet, 10(4), 1999, p. 73-89.

Conducteurs

Les conducteurs âgés — un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

Consommation de médicaments

Voir Usage de médicaments

Contraception

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet et al., 11(4), 2000, p. 27-41.

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.

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.

L'espérance de vie. J. Gilmore et B. Wannell, 11(3), 2000, p. 9-26.

L'état de santé des enfants. R. Wilkins et C. Houle, 11(3), 2000, p. 27-38.

Évolution des tendances de l'incidence du mélanome et de la mortalité par ce cancer. L.A. Gaudette et R.-N. Gao, 10(2), 1998, p. 33-46.

L'incidence du cancer et de la mortalité par cancer au Canada. L.A. Gaudette, C.A. Altmayer, M. Wysocki et al., 10(1), 1998, p. 55-72.

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. M. Wolfson, 11(3), 2000, p. 85-91.

La mortalité dans les régions métropolitaines. H. Gilmour et J.F. Gentleman, 11(1), 1999, p. 9-20.

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

Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins et al., 10(2), 1998, p. 57-70.

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

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.

Viellir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il ? H. Trottier, L. Martel, C. Houle et al., 11(4), 2000, p. 55-68.

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.

Dépendence

Voir aussi Soutien social

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

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.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

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.

Viellir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il ? H. Trottier, L. Martel, C. Houle et al., 11(4), 2000, p. 55-68.

Dépression

Voir aussi Santé mentale

Les conséquences de l'activité physique sur la santé. J. Chen et W.J. Millar, 11(1), 1999, p. 21-31.

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.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

La santé des mères seules. C. Pérez et M.P. Beaudet, 11(2), 1999, p. 23-36.

Santé psychologique—la dépression. M.P. Beaudet, 11(3), 2000, p. 71-84.

Diabète sucré

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé ? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

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

Divorce

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

L'asthme chez l'enfant. W.J. Millar et G.B. Hill, 10(3), 1998, p. 9-22.

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

L'état de santé des enfants. R. Wilkins et C. Houle, 11(3), 2000, p. 27-38.

Enquêtes sur la santé

Voir aussi Collecte de données

Enquête nationale sur la santé de la population—une enquête longitudinale. L. Swain, G. Catlin et Marie P. Beaudet, 10(4), 1999, p. 73-89.

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.

L'espérance de vie. J. Gilmore et B. Wannell, 11(3), 2000, p. 9-26.

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.

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis M. Wolfson, 11(3), 2000, p. 85-91.

Établissements de soins de santé

Voir aussi Hôpitaux

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

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

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il ? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

États-Unis

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis M. Wolfson, 11(3), 2000, p. 85-91.

Exercice

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids C. Pérez, 11(3), 2000, p. 93-101.

Les conséquences de l'activité physique sur la santé J. Chen et W.J. Millar, 11(1), 1999, p. 21-31.

Les longues heures de travail et la santé M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Les services de santé—tendances récentes W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

L'utilisation des contraceptifs oraux K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet *et al.*, 11(4), 2000, p. 27-41.

F

Familles monoparentales

La santé des mères seules C. Pérez et M.P. Beaudet, 11(2), 1999, p. 23-36.

Fractures

Changements dans l'hospitalisation des enfants C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

G

Grossesse

Voir aussi Naissances

L'état de santé des enfants R. Wilkins et C. Houle, 11(3), 2000, p. 27-38.

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.

L'issue de la grossesse, le milieu social et la santé de l'enfant J. Chen et W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 59-71.

Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin W.J. Millar et J. Chen, 10(2), 1998, p. 47-56.

Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec J. Chen, M. Fair, R. Wilkins *et al.*, 10(2), 1998, p. 57-70.

L'utilisation des services hospitaliers et la grossesse T. Werschler, 10(1), 1998, p. 23-30.

H

Hôpitaux

Voir aussi Établissements de 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.

Hormonothérapie substitutive

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

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Hospitalisation

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

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

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

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

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

Tendances actuelles et futures en matière d'hospitalisation après une crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair et G. Taylor, 10(2), 1998, p. 23-31.

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.

L'utilisation des services hospitaliers et la grossesse. T. Werschler, 10(1), 1998, p. 23-30.

Hypertension

L'état de santé à l'âge mûr. J. Chen et M. Shields, 11(3), 2000, p. 39-52.

L'état de santé des personnes âgées. M. Shields et J. Chen, 11(3), 2000, p. 53-69.

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

Maladie du cœur et population en âge de travailler. H. Johansen, 10(4), 1999, p. 31-45.

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.

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

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet *et al.*, 11(4), 2000, p. 27-41.

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.

L'espérance de vie. J. Gilmore et B. Wannell, 11(3), 2000, p. 9-26.

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

L'état de santé à l'âge mûr. J. Chen et M. Shields, 11(3), 2000, p. 39-52.

L'état de santé des enfants. R. Wilkins et C. Houle, 11(3), 2000, p. 27-38.

L'état de santé des personnes âgées. M. Shields et J. Chen, 11(3), 2000, p. 53-69.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

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. 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.

Indice de l'état de santé

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. Wolfson, 7(2), 1995, p. 29-37.

Viellir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

J

Jeunesse*Voir aussi* Enfants

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

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

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. C. Pérez, 11(3), 2000, p. 93-101.

L

Limitations d'activités

Les conducteurs âgés — un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

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'état de santé à l'âge mûr. J. Chen et M. Shields, 11(3), 2000, p. 39-52.

L'état de santé des personnes âgées. M. Shields et J. Chen, 11(3), 2000, p. 53-69.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

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.

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle et al., 11(4), 2000, p. 55-68.

M

Maisons de santé*Voir* Établissements de soins de santé**Maladies du système circulatoire**

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

Les conséquences de l'activité physique sur la santé. J. Chen et W.J. Millar, 11(1), 1999, p. 21-31.

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

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

Maladie du cœur et population en âge de travailler. H. Johansen, 10(4), 1999, p. 31-45.

Tendances actuelles et futures en matière d'hospitalisation après une crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair et G. Taylor, 10(2), 1998, p. 23-31.

Variations ayant trait à l'angioplastie et au pontage. H. Johansen, C. Nair et G. Taylor, 10(3), 1998, p. 67-81.

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet et al., 11(4), 2000, p. 27-41.

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

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

Médecins

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

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

Ménopause

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

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Morbidité

Voir Hospitalisation

Mortalité

Voir Décès

N**Naissances**

Voir aussi Grossesse

Poids faible à la naissance

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

L'état de santé des enfants. R. Wilkins et C. Houle, 11(3), 2000, p. 27-38.

L'issue de la grossesse, le milieu social et la santé de l'enfant. J. Chen et W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 59-71.

Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin. W.J. Millar et J. Chen, 10(2), 1998, p. 47-56.

Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins *et al.*, 10(2), 1998, p. 57-70.

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

P**Personnel infirmier**

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

Peuples autochtones

L'espérance de vie. J. Gilmore et B. Wannell, 11(3), 2000, p. 9-26.

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

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

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.

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

Poids

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. C. Pérez, 11(3), 2000, p. 93-101.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

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.

L'état de santé des enfants. R. Wilkins et C. Houle, 11(3), 2000, p. 27-38.

L'issue de la grossesse, le milieu social et la santé de l'enfant. J. Chen et W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 59-71.

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

Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin. W.J. Millar et J. Chen, 10(2), 1998, p. 47-56.

Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins *et al.*, 10(2), 1998, p. 57-70.

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

Voir aussi Accidents cérébrovasculaire

Arthrite
Asthme
Cancer
Dépression
Diabète sucré
Hypertension
Maladies du système circulatoire

Les conducteurs âgés—un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

L'état de santé à l'âge mûr. J. Chen et M. Shields, 11(3), 2000, p. 39-52.

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

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

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.

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

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

L'espérance de vie. J. Gilmore et B. Wannell, 11(3), 2000, p. 9-26.

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

Revenu

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. M. Wolfson, 11(3), 2000, p. 85-91.

S

Santé mentale

Voir aussi Dépression
Stress, psychologique

La santé des mères seules. C. Pérez et M.P. Beaudet, 11(2), 1999, p. 23-36.

Santé psychologique—la dépression. M.P. Beaudet, 11(3), 2000, p. 71-84.

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

Le stress au travail et la santé. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 10(3), 1998, p. 49-66.

Vieillir chez soi ou en établissement : À quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Santé préventive

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

Santé professionnelle

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Quels sont les travailleurs qui fument? L.A. Gaudette, R. Richardson et S. Huang, 10(3), 1998, p. 35-47.

Le stress au travail et la santé. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 10(3), 1998, p. 49-66.

Santé régionale

Voir aussi 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.

L'espérance de vie. J. Gilmore et B. Wannell, 11(3), 2000, p. 9-26.

La mortalité dans les régions métropolitaines. H. Gilmour et J.F. Gentleman, 11(1), 1999, p. 9-20.

Soins à domicile

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

Les soins à domicile au Canada. K. Wilkins et E. Park, 10(1), 1998, p. 31-40.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Soins de santé

Voir aussi Établissements de soins de santé

Hôpitaux
Hospitalisation
Médecins
Personnel infirmier
Santé régionale

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

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 É. Saint-Pierre, 8(4), 1997, p. 35-42.

La santé des mères seules. C. Pérez et M.P. Beaudet, 11(2), 1999, p. 23-36.

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

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

Soins dentaire

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaire. W.J. Millar et D. Locker, 11(1), 1999, p. 59-72.

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

Soutien social

Voir aussi Dépendance

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Les soins à domicile au Canada. K. Wilkins et E. Park, 10(1), 1998, p. 31-40.

Viellir chez soi ou en établissement : À quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Statistiques de l'état civil

Voir aussi Décès

Démographie
Divorce
Mariage
Naissances

L'espérance de vie. J. Gilmore et B. Wannell, 11(3), 2000, p. 9-26.

L'état de santé des enfants. R. Wilkins et C. Houle, 11(3), 2000, p. 27-38.

Stress, psychologique

Voir aussi Santé mentale

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

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

Santé psychologique—la dépression. M.P. Beaudet, 11(3), 2000, p. 71-84.

Le stress au travail et la santé. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 10(3), 1998, p. 49-66.

T

Tabagisme

Attitudes à l'égard du tabac. N. Ross et C. Pérez, 10(3), 1998, p. 23-34.

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.

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

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

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. C. Pérez, 11(3), 2000, p. 93-101.

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin. W.J. Millar et J. Chen, 10(2), 1998, p. 47-56.

Quels sont les travailleurs qui fument? L.A. Gaudette, A. Richardson et S. Huang, 10(3), 1998, p. 35-47.

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet *et al.*, 11(4), 2000, p. 27-41.

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

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

Tuberculose

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.

Les conducteurs âgés — un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

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

Disparités des régimes d'assurance-médicaments. W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 9-30.

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

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées. K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

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

Les services de santé—tendances récentes. W.J. Millar et H. Johansen, 11(3), 2000, p. 103-123.

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet *et al.*, 11(4), 2000, p. 27-41.

V

Vieillesse

Voir aussi *Aînés*

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

Chutes, gens âgés et recours aux services de santé. K. Wilkins, 10(4) 1999, p. 47-57.

Les conducteurs âgés — un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

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.

L'état de santé des personnes âgées. M. Shields et J. Chen, 11(3), 2000, p. 53-69.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées. K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

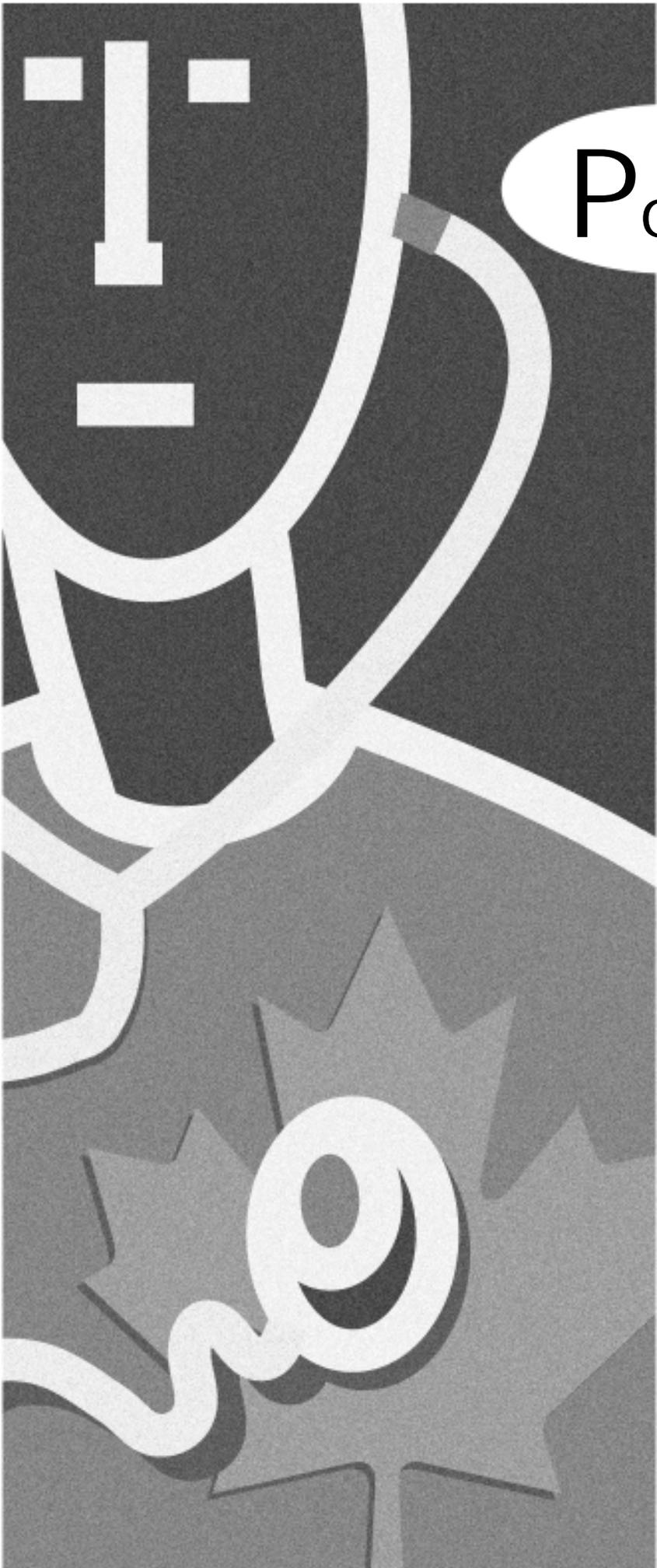
Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Les soins à domicile au Canada. K. Wilkins et E. Park, 10(1), 1998, p. 31-40.

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il ? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Violence conjugale

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

The background features a dark grey vertical band on the left. It contains stylized white and light grey shapes representing human figures. At the top, a figure has a face with rectangular eyes and a mouth. Below it, another figure is shown in profile. At the bottom, a large gear is partially visible, with a stylized white shape resembling a lowercase 'e' or a similar character overlaid on it.

Pour commander les publications

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

Demandses de réimpression

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

Version électronique

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, n° 82-003-XPB au catalogue).



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

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

Ou visiter notre site Internet : www.statcan.ca

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix [†]		
			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 \$
· par année · l'exemplaire	82-003-XIF	Internet	87 \$	87 \$	87 \$
			26 \$	26 \$	26 \$
Aperçu des statistiques sur la santé	82F0075XCB	CD-ROM	100 \$	100 \$	100 \$
Rapport statistique sur la santé de la population canadienne	82-570-XIF	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Rapport sur la prévalence de l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 1999	82F0077XIF	Internet	gratuit	gratuit	gratuit
Statistiques sur la santé · Catalogue des produits et services	82F0058XIF	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Indicateurs sur la santé	82-221-XCB	(remplacé par l'Aperçu des statistiques sur la santé)			
Cancer					
L'incidence du cancer au Canada, de 1969 à 1993	82-566-XPB	Papier	42 \$	42 \$	42 \$
Enquête nationale sur la santé de la population					
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995	82-567-XPB 82-567-XIB	Papier	10 \$	12 \$	14 \$
		Internet	8 \$	8 \$	8 \$
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997	82-567-XPB 82-567-XIB	Papier	35 \$	35 \$	35 \$
		Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées Enquête nationale sur la santé de la population 1998-1999 – composante des ménages (disponibles été 2000)	82M0009GPF	Papier	50 \$	50 \$	50 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$	50 \$	50 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997 – établissements de soins de santé	82M0010GPF	Papier	50 \$	50 \$	50 \$
Renseignements sur l'Enquête nationale sur la santé de la population	82F0068XIF	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Espérance de vie					
Tables de mortalité, Canada et provinces, de 1990 à 1992	84-537-XPB 84-537-XDB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
		Disquette	40 \$	40 \$	40 \$

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

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix [†]		
			Canada	É.-U. (\$US)	Autres pays (\$US)
État civil					
Tableaux standards					
La Division des statistiques sur la santé prépare les tableaux standards suivants, à partir des années de référence 1996 et 1997.					
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001-XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Causes de décès	84F0208XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes	84F0209XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes	84F0209XIB	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Naissances et décès	84F0210XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Mariages	84F0212XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Divorces	84F0213XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Causes principales de décès	84F0503XPB	Papier	20 \$	20 \$	20 \$
Ces tableaux standards peuvent être commandés en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle					
Autre					
Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada	84F0013XIF	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Renseignements historiques					
Recueil de statistiques de l'état civil, 1996	84-214-XPB	Papier	45 \$	45 \$	45 \$
	84-214-XIF	Internet	33 \$	33 \$	33 \$
Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, de 1974 à 1993	82-568-XPB	Papier	32 \$	39 \$	45 \$
Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, de 1921 à 1990	82-548-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Le déclin du mariage au Canada de 1981 à 1991	84-536-XPB	Papier	36 \$	44 \$	51 \$
Hospitalisation					
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Maladies cardiovasculaires					
Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada	82F0076XIF	Internet	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Maladies et lésions professionnelles					
Dépistage des maladies et lésions professionnelles au Canada (à venir en juin)	84-546-XCB	CD-ROM	500 \$	500 \$	500 \$
Personnel infirmier					
Données sur les infirmiers(ères) autorisés(ées) à l'intention de la direction 1998, tableau standard	83F0005-XPB	Papier	25 \$	25 \$	25 \$

Ce tableau standard peut être commandé en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle - voir à la page 95 pour les coordonnées.

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



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
Courriel : HD-DS@statcan.ca

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



Fichiers de microdonnées

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

Services personnalisés à la clientèle

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

Fichiers de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1991-1995	Numéro du produit	Version	Prix [†]		
			Canada	Autres pays (\$US)	
Cycle 3, 1998-1999 Ménages (CD-ROM disponible été 2000)	Fichiers transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaires de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le fichier de données « santé »	82M0009XCB	CD-ROM	2 000 \$	2 000 \$
Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée		
Cycle 2, 1996-1997 Composante des ménages	Données transversales, fichier texte ASCII, Navigateur Beyond 20/20 – Fichier santé seulement,	82M0009XCB	CD-ROM	2 000 \$	2 000 \$
Établissements de soins de santé [‡]	Données transversales, fichier texte ASCII	82M0010XCB	CD-ROM	295 \$	295 \$
Tableaux personnalisés	Ménages Établissements de soins de santé	82C0013 82C0015	Le prix varie selon l'information demandée Le prix varie selon l'information demandée		
Offre spéciale ENSP 1994-1995 et 1996-1997		2 CD-ROM 82F0001XCB 82M0009XCB	2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$
Cycle 1, 1994-1995 Composante des ménages	Données, navigateur Beyond 20/20 – Fichier santé seulement, fichier texte ASCII	82F0001XCB 82F0001XDB	CD-ROM Disquette	800 \$ 650 \$	800 \$ 650 \$
Établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	250 \$	250 \$
Tableaux personnalisés	Ménages Établissements de soins de santé	82C0013 82C0015	Le prix varie selon l'information demandée Le prix varie selon l'information demandée		

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

[‡] Disponible en mai.



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

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

Veillez visiter notre site web au <http://www.statcan.ca>, sous Concepts, définitions et méthodes et sur Documents de discussion ou nouvelles enquêtes, pour des renseignements additionnels.

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

- Ménages
- Institutions
- Nord

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