



N° 82-003-XIF au catalogue

Rapports sur la santé

Vol. 18, n° 1

- La dépression et les problèmes au travail
- Consultations avec un médecin
- Naissances chez les adolescentes
- Symptômes physiques médicalement inexplicables



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

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

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

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 services de dépôt	1-800-889-9734
Renseignements par courriel	infostats@statcan.ca
Site Web	www.statcan.ca

Renseignements pour accéder ou commander le produit

Le produit n° 82-003-XIF au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.ca et de choisir la rubrique Publications.

Ce produit, n° 82-003-XPF au catalogue, est aussi disponible en version imprimée standard au prix de 22 \$CAN l'exemplaire et de 63 \$CAN pour un abonnement annuel.

Les frais de livraison supplémentaires suivants s'appliquent aux envois à l'extérieur du Canada :

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

Les prix ne comprennent pas les taxes sur les ventes.

La version imprimée peut être commandée par

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

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

Normes de service à la clientèle

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



Statistique Canada
Division de la statistique de la santé

Rapports sur la santé

Volume 18, numéro 1

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2007

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication électronique peut être reproduit en tout ou en partie, et par quelque moyen que ce soit, sans autre permission de Statistique Canada, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou " Adapté de ", s'il y a lieu) : Statistique Canada, année de publication, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire le contenu de la présente publication, ou de l'emmagasiner dans un système d'extraction, ou de le transmettre sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division des services à la clientèle, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

Février 2007

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 18, n° 1
ISSN : 1209-1375

No 82-003-XPF au catalogue, vol. 18, no 1
ISSN : 1492-7128

Périodicité : trimestrielle

Ottawa

Note de reconnaissance

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

Signes conventionnels

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

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

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



Au sujet de *Rapports sur la santé*

Rédactrice en chef
Christine Wright

Rédactrice principale
Mary Sue Devereaux

Rédactrice
Barbara Riggs

Rédactrice adjointe
Anne Marie Baxter

Supervision de la production
Nicole Leduc

Production et composition
Robert Pellarin

Vérification des données
Julia Gal

Administration
Céline Desfonds

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

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

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

On peut obtenir d'autres renseignements à propos des *Rapports sur la santé* en s'adressant à l'équipe de la rédaction, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, 2^e étage, pièce 2602, immeuble Principal, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-1765. Télécopieur : (613) 951-4436.

Version électronique

Rapports sur la santé est une publication offerte aussi sous forme électronique, fichiers PDF. On peut y accéder gratuitement à partir du site Web de Statistique Canada, à l'adresse www.statcan.ca. Choisissez « Français » à la page d'accueil, puis « Nos produits et services » à la page suivante. Choisissez ensuite « Parcourir nos publications gratuites offertes sur Internet (PDF ou HTML) »; vous trouverez *Rapports sur la santé*, n° 82-003-XIF au catalogue, à la rubrique « Santé ».

Recommandation concernant les citations

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

Exemple :

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

Travaux de recherche

La dépression et les problèmes au travail 9

Heather Gilmour et Scott B. Patten

Près de 4 % des travailleurs qui étaient âgés de 25 à 64 ans en 2002 avaient vécu un épisode dépressif l'année précédente. Pour ces personnes, comparativement aux personnes qui n'avaient pas vécu d'épisode dépressif, la cote exprimant la possibilité qu'elles réduisent leurs activités au travail et s'absentent du travail était élevée.

Aller chez le médecin 25

Alice Nabalamba et Wayne J. Millar

La majorité des adultes consultent un omnipraticien au moins une fois l'an, et plus du quart des personnes de 18 à 64 ans et le tiers des personnes âgées consultent un spécialiste. Même après avoir tenu compte de l'état de santé, mesuré par l'existence de problèmes de santé chroniques et l'autoévaluation de la santé générale et mentale, les consultations avec un médecin étaient associées indépendamment à des facteurs culturels et socioéconomiques.

Santé en bref

Deuxièmes naissances ou naissances subséquentes chez les adolescentes 43

Michelle Rotermann

En 2003, le taux de deuxièmes naissances ou de naissances subséquentes chez les adolescentes était de 2,4 pour 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans, un recul par rapport au 4,8 enregistré en 1993. Par rapport à l'ensemble des naissances chez les adolescentes, la proportion de cas qui représentaient une deuxième naissance ou une naissance subséquente s'établissait à 15,2 % en 2003.

Symptômes physiques médicalement inexpliqués 49

Jungwee Park et Sarah Knudson

En 2003, une proportion de Canadiens de 12 ans et plus ont déclaré que l'on avait diagnostiqué chez eux l'un de trois problèmes de santé : le syndrome de fatigue chronique (1,3 %), la fibromyalgie (1,5 %) et les sensibilités aux agresseurs chimiques (2,4 %). Près du quart des personnes souffrant de ces problèmes de santé éprouvaient une insatisfaction face à la vie, contre 8 % des personnes non atteintes de ces troubles.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



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

Travaux de recherche

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

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



La dépression et les problèmes au travail

Heather Gilmour et Scott B. Patten

Résumé

Objectifs

Le présent article vise à estimer la prévalence de la dépression chez les Canadiens occupés de 25 à 64 ans et à examiner son association avec les problèmes au travail tels que mesurés par la réduction des activités au travail, les jours d'incapacité pour des raisons générales ou de santé mentale et l'absence du travail.

Sources des données

Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 : Santé mentale et bien-être et de la composante longitudinale des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population (1994-1995 à 2002-2003).

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont permis d'estimer et de déterminer les facteurs associés à la prévalence de la dépression au sein de la population occupée. On a utilisé la régression logistique multiple pour examiner les associations entre la dépression et les problèmes au travail tout en tenant compte de l'effet d'autres variables. Les données longitudinales pour 1994-1995 à 2002-2003 ont été utilisées pour examiner la séquence temporelle de la dépression et des problèmes au travail.

Principaux résultats

En 2002, près de 4 % des personnes occupées de 25 à 64 ans avaient vécu un épisode dépressif au cours de l'année précédente. Selon l'analyse transversale, la cote exprimant la possibilité d'avoir réduit leurs activités au travail en raison d'un problème de santé de longue durée, d'avoir pris au moins un jour d'incapacité pour des raisons de santé mentale au cours des deux dernières semaines et d'avoir été absents du travail au cours de la dernière semaine est élevée pour ces travailleurs. Longitudinalement, la dépression était associée à la réduction des activités au travail et à des jours d'incapacité deux ans plus tard.

Mots-clés

absentéisme, comorbidité, études longitudinales, santé mentale, santé au travail, présentéisme, stress psychologique, soutien social

Auteurs

Heather Gilmour (613-951-2114; Heather.Gilmour@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6. Scott B. Patten (403-220-8752; patten@ucalgary.ca) travaille aux départements de Psychiatrie et des Sciences de la santé communautaire, Université de Calgary, 3330 Hospital Drive NW, Calgary (Alberta) T2N 4N1.

À l'échelle mondiale, la dépression est la principale cause à l'origine d'années vécues avec une incapacité¹. Elle peut influencer sur de nombreux aspects de la vie, y compris le travail. En fait, on estime que les répercussions de la dépression sur le rendement au travail sont plus importantes que celles des problèmes de santé chroniques comme l'arthrite, l'hypertension, les maux de dos et le diabète^{2,3}.

Même si l'incapacité associée à la dépression peut rendre difficile de trouver et de conserver un emploi⁴⁻⁶, de nombreuses personnes qui ont vécu un épisode dépressif récemment font partie de la population active. En 2002, la majorité (71 %) des personnes de 25 à 64 ans qui avaient vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête étaient occupées et pouvaient donc être aux prises avec des symptômes dépressifs nuisant à leur capacité d'accomplir leur travail.

La dépression a été associée à l'absentéisme ainsi qu'à la baisse de productivité (présentéisme). Selon les estimations pour les États-Unis, le coût de la dépression s'élève à 83,1 milliards de dollars par an (en dollars de 2000)⁷, dont la plus grande partie (62 % ou 51,5 milliards de dollars américains) est attribuable à l'absentéisme et au plus faible rendement au travail. Au Canada, les pertes de

Méthodologie

Sources des données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 : Santé mentale et bien-être, soit le cycle 1.2 de l'ESCC, a débuté en mai 2002 et a été réalisée sur une période de huit mois. L'enquête couvre la population à domicile de 15 ans et plus des dix provinces, sauf les personnes vivant en établissement, les habitants des réserves indiennes, des trois territoires et de certaines régions éloignées ainsi que les membres de la force régulière des Forces canadiennes et les civils résidant dans les bases militaires. L'échantillon a été sélectionné à partir de la base aréolaire utilisée pour l'Enquête sur la population active du Canada. Les logements dans cette base aréolaire ont été sélectionnés selon un échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. Une personne a été sélectionnée au hasard dans chaque ménage échantillonné. On trouvera des descriptions plus détaillées du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'entrevue dans d'autres rapports ainsi que dans le site Web de Statistique Canada^{8,9}.

Toutes les entrevues ont été menées au moyen d'une application assistée par ordinateur. La plupart (86 %) ont été menées en personne, les autres, par téléphone. Les participants sélectionnés ont été priés de fournir personnellement les renseignements demandés, les réponses par procuration n'étant pas acceptées. L'échantillon répondant comptait 36 984 personnes de 15 ans et plus; le taux de réponse a été de 77 %.

Enquête nationale sur la santé de la population

Depuis 1994-1995, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) permet de recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population canadienne. Elle vise la population à domicile et les personnes vivant en établissement dans l'ensemble des provinces et des territoires, sauf les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. En 1994-1995, pour former le panel longitudinal qui serait suivi au cours du temps, on a regroupé un sous-ensemble de personnes choisies parmi les personnes sélectionnées au hasard dans les ménages (17 626) dans les dix provinces. Le taux de réponse en 1994-1995 a été de 86,0 %. Les taux de réponse aux cycles 2 (1996-1997), 3 (1998-1999), 4 (2000-2001) et 5 (2002-2003) ont été de 92,8 %, 88,2 %, 84,8 % et 80,6 %, respectivement. L'analyse des problèmes au travail repose sur le Fichier santé longitudinal (carré) du cycle 5, qui contient des enregistrements pour tous les membres répondants du panel original sur lesquels des renseignements recueillis dans le cadre du cycle 1 étaient disponibles, que l'on ait ou non recueilli des renseignements à leur sujet lors des cycles subséquents. On trouvera des descriptions plus détaillées du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'entrevue de l'ENSP dans des rapports déjà publiés^{10,11}.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont servi à estimer la prévalence de la dépression ainsi que les caractéristiques qui y sont associées chez les personnes de 25 à 64 ans dans les dix provinces qui étaient occupées au moment de leur entrevue dans le cadre de l'ESCC. L'échantillon comprenait 17 433 personnes, dont 716 étaient classées comme ayant vécu un épisode de dépression au cours de l'année qui a précédé l'enquête.

Des modèles de régression logistique multivariée ont servi à évaluer les associations entre le fait d'avoir vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue, ou plus tôt, et certains types de problèmes au travail, soit la réduction des activités, au moins un jour d'incapacité pour des raisons de santé mentale au cours des deux dernières semaines et l'absence du travail au cours de la dernière semaine. Les modèles ont été exécutés de nouveau afin d'inclure des termes d'interaction entre la dépression et les caractéristiques de l'emploi.

Des régressions logistiques multivariées distinctes ont été exécutées pour les 716 travailleurs ayant souffert de dépression au cours de l'année qui a

précédé l'enquête afin de déterminer si les comportements d'adaptation, le soutien social émotionnel, le soutien des collègues et le soutien des surveillants étaient associés aux problèmes au travail dans le cas de ce groupe.

Étant donné la petite taille de l'échantillon, les modèles multivariés ont été exécutés pour les hommes et les femmes confondus. Les interactions entre le sexe et la dépression n'étaient significatives dans aucun des modèles.

Les associations entre la dépression et les problèmes au travail deux ans plus tard étaient fondées sur les données longitudinales de l'ENSP. Les modèles longitudinaux diffèrent légèrement des modèles transversaux parce que certaines variables n'étaient pas disponibles ou étaient mesurées différemment dans l'ENSP et l'ESCC (voir *Définitions*). On a procédé à un examen longitudinal des facteurs associés à la réduction des activités au travail et au fait d'avoir eu au moins un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines à cause d'une maladie ou d'une blessure en utilisant des observations répétées sur des périodes de deux ans¹². Quatre cohortes d'observations ont servi à l'analyse de la réduction des activités au travail et deux cohortes, à l'analyse d'au moins un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines. Les années de référence pour les quatre cohortes étaient 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001. Pour chaque année de référence, tous les travailleurs actuellement occupés de 25 à 64 ans qui n'ont pas déclaré avoir réduit leurs activités au travail ont été sélectionnés pour le premier modèle; ceux qui n'avaient pas eu un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines ont été sélectionnés pour le deuxième.

Tailles des échantillons pour l'analyse longitudinale des problèmes au travail

Cohorte	Année de référence	Suivi	Pas de réduction des activités au travail (année de référence)	Réduction des activités au travail (suivi)	Aucun jour d'incapacité au cours des 2 dernières semaines (année de référence)	Au moins un jour d'incapacité au cours des 2 dernières semaines (suivi)
1	1994-1995	1996-1997	5 274	251	5 499	538
2	1996-1997	1998-1999	5 142	236	5 383	571
3	1998-1999	2000-2001	4 985	293
4	2000-2001	2002-2003	4 766	284
Total			20 167	1 064	10 882	1 109

.. indisponible pour cette période de référence précise.

On a ensuite procédé à une analyse par régression logistique multivariée de cet ensemble d'observations pour examiner les caractéristiques des travailleurs en l'année de référence par rapport au fait d'avoir déclaré des problèmes au travail deux ans plus tard (tels que mesurés dans des modèles distincts par la réduction des activités au travail et des jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines). Certaines variables dans l'analyse transversale multivariée n'étaient pas disponibles dans le fichier longitudinal ou étaient disponibles seulement pour certains cycles (autoévaluation du stress au travail, comportements d'adaptation, troubles anxieux comorbides au cours de la dernière année, dépendance à l'alcool ou aux drogues au cours de la dernière année, soutien des collègues, soutien des surveillants). Bien que l'usage du tabac n'était pas disponible comme variable de contrôle dans l'analyse transversale, il a été utilisé aux fins de l'analyse longitudinale.

Toutes les estimations et les analyses étaient fondées sur des données pondérées reflétant la répartition selon l'âge et le sexe de la population à domicile de 15 ans et plus dans les dix provinces en 2002. Pour tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode du *bootstrap*¹³⁻¹⁵.

productivité sous forme de jours d'absence pour incapacité de courte durée attribuable à la dépression ou à une combinaison de dépression et de détresse ont été estimées à 2,6 milliards de dollars en 1998¹⁶.

Le présent article est fondé sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être (cycle 1.2) et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) menée de 1994-1995 à 2002-2003 (voir *Méthodologie* et *Limites*). La prévalence de la dépression chez les Canadiens occupés de 25 à 64 ans est estimée selon certaines caractéristiques (voir *Définitions*). Pour évaluer les répercussions de la dépression en milieu de travail, on examine les associations avec la réduction des activités au travail, les jours d'incapacité et les absences au moyen de modèles multivariés qui tiennent compte de l'effet des facteurs sociodémographiques, des caractéristiques de l'emploi et de la santé physique et mentale.

Dans la présente analyse, l'expression « problèmes au travail » couvre à la fois l'« absentéisme » et le « présentéisme ». L'absence du travail au cours de la dernière semaine est utilisée comme une mesure de l'absentéisme et la réduction des activités au travail, comme une mesure du présentéisme. Une troisième variable, soit « au moins un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines », combine des éléments des deux premières en ce qu'elle mesure les jours où les participants à l'enquête ont gardé le lit (absentéisme) et les jours où ils ont dû réduire leurs activités ou faire un effort supplémentaire pour les accomplir (présentéisme).

Près d'un demi-million

Selon l'ESCC de 2002, 3,7 % des personnes de 25 à 64 ans occupées au moment de leur entrevue (soit quelque 489 000 personnes) avaient vécu un épisode dépressif au cours de l'année qui a précédé l'enquête (tableau 1). Un autre 8 % des personnes occupées (1,05 million) avaient vécu un épisode dépressif au cours de leur vie, mais non au cours de l'année qui a précédé l'enquête (données non présentées).

Tableau 1
Pourcentage de personnes ayant souffert de dépression au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques, population occupée de 25 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2002

	Prévalence de la dépression au cours des 12 derniers mois	
	Nombre (en milliers)	%
Total	489,0	3,7
Hommes [†]	184,6	2,6
Femmes	304,3	5,1*
Groupe d'âge		
25 à 44 ans	317,2	4,1
45 à 64 ans [†]	171,8	3,2
Profession		
Col blanc	264,6	3,9*
Ventes/services	107,9	4,6*
Col bleu [†]	77,6	2,5
Nombre d'heures de travail par semaine		
1 à 29	90,5	5,7*
30 à 40 [†]	273,5	4,1
Plus de 40	124,3	2,6*
Horaire de travail		
Normal de jour [†]	331,7	3,5
Normal de soirée/ de nuit	48,1 ^E	5,6 ^{EE}
Irrégulier/quart rotatif	109,2	4,0
Autoévaluation du stress au travail – niveau élevé		
Oui	260,5	6,0*
Non [†]	216,6	2,5
État matrimonial		
Marié(e)/en union libre [†]	292,7	3,0
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf(veuve)	98,8	7,5*
Jamais marié(e)	96,5	5,0*
Niveau de scolarité		
Diplôme d'études postsecondaires	296,4	3,8
Études postsecondaires partielles	35,5 ^E	4,2 ^E
Diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur d'études [†]	151,5	3,5
Revenu du ménage		
Inférieur/moyen-inférieur/moyen	114,6	4,7*
Moyen-supérieur/supérieur [†]	344,1	3,4
Problème de santé chronique		
Oui	328,2	4,9*
Non [†]	159,8	2,5
Catégorie d'indice de masse corporelle		
Poids insuffisant/normal [†]	241,0	4,0
Embonpoint	162,3	3,5
Obésité	77,5	3,4
Trouble anxieux au cours des 12 derniers mois		
Oui	108,3	20,0*
Non [†]	357,4	2,9
Trouble anxieux au cours de la vie, pas au cours des 12 derniers mois		
Oui	46,4	5,0*
Non [†]	311,0	2,7
Dépendance à l'alcool/aux drogues au cours des 12 derniers mois		
Oui	28,7 ^E	9,3*
Non [†]	458,6	3,6

[†] Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

^E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %).

Nota : Fondé sur 17 433 participants à l'enquête dont 716 (255 hommes, 461 femmes) ont souffert de dépression au cours des 12 derniers mois.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Comme dans la population générale¹⁷⁻²⁵, la prévalence de la dépression chez les travailleurs était presque deux fois plus forte chez les femmes que chez les hommes (tableau 1) la dépression était moins prévalente chez les personnes mariées ou vivant en union libre (tableau 1) et plus prévalente chez celles vivant dans un ménage à faible revenu (tableau 1). Les différences selon l'âge et le niveau de scolarité n'étaient pas significatives.

Des études antérieures ont indiqué que la dépression est associée à la comorbidité physique ainsi que mentale^{21,25,26}. Les résultats de l'ESCC de 2002 étaient similaires. Les travailleurs qui ont souffert de problèmes de santé chroniques ou eu une dépendance à l'alcool ou aux drogues (au cours des 12 derniers mois) ou des troubles anxieux (au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie) étaient plus susceptibles que ceux qui n'avaient pas ces problèmes de déclarer avoir vécu un épisode dépressif au cours de l'année qui a précédé l'enquête. L'excès de poids, toutefois, n'était pas associé à la dépression chez les travailleurs.

Caractéristiques de l'emploi

Un certain nombre de facteurs liés à l'emploi, soit la profession, les heures de travail, le travail par quarts et le stress au travail, étaient associés à la dépression.

Les cols blancs et les travailleurs dans les ventes ou les services étaient plus susceptibles que les cols bleus d'avoir souffert de dépression (tableau 1). Ce résultat est conforme à celui d'autres études qui ont révélé des différences sur le plan de la prévalence de la dépression selon la profession^{19,27-31}.

La prévalence de la dépression était relativement faible chez les travailleurs qui passaient plus de 40 heures par semaine au travail, mais relativement élevée chez ceux qui travaillaient moins de 30 heures, écart qui reflète peut-être l'effet de la santé mentale sur le nombre d'heures travaillées. Les personnes qui avaient vécu un épisode dépressif au cours de l'année qui a précédé l'enquête n'étaient peut-être pas capables de faire une semaine de travail complète, tandis que celles qui n'étaient pas de ce nombre étaient peut-être capables de travailler de plus longues heures.

Conformément aux recherches antérieures qui ont révélé un lien entre la santé mentale et le travail par quarts³², la prévalence de la dépression était plus élevée chez les travailleurs faisant le quart de soirée et de nuit que chez ceux ayant un horaire normal de jour.

En outre, selon l'ESCC, les personnes occupées qui ont déclaré que la plupart de leurs journées au travail étaient stressantes étaient plus susceptibles que celles dans une situation de travail moins stressante d'avoir vécu un épisode dépressif au cours de l'année qui a précédé l'enquête (voir *Stress, adaptation et soutien*). D'autres recherches ont également révélé un lien entre, d'une part, le stress au travail et, d'autre part, la dépression et d'autres troubles psychologiques³³⁻³⁵.

Les symptômes dépressifs nuisent au travail

On a demandé aux participants à l'ESCC qui avaient vécu un épisode dépressif au cours de l'année qui a précédé l'enquête, d'indiquer dans quelle mesure, selon une échelle allant de 1 à 10, il avait nui à plusieurs aspects de leur vie durant la période où leurs symptômes avaient été les plus sévères. On leur a également demandé pendant combien de jours les symptômes dépressifs les avaient rendus totalement incapables de travailler ou d'exécuter leurs activités normales.

La plupart des travailleurs qui avaient souffert de dépression au cours de l'année qui a précédé l'entrevue (79 %) ont déclaré que les symptômes avaient nui à leur capacité de travailler dans au moins une certaine mesure. Près de un sur cinq (19 %) avait connu des troubles très sévères (cote 10) (tableau 2). En moyenne, les travailleurs souffrant de dépression ont déclaré 32 jours au cours de la dernière année durant lesquels leurs symptômes les avaient rendus totalement incapables de travailler ou d'exécuter leurs activités normales.

La forte mesure dans laquelle la dépression a nui au fonctionnement au travail n'est pas étonnante. Les symptômes de dépression peuvent comprendre la fatigue ou le manque d'énergie, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à penser ou

Tableau 2

Répartition en pourcentage des cotes indiquant la gravité du trouble au niveau du travail et des jours d'incapacité de travailler ou d'accomplir les activités normales au cours de la dernière année, population occupée de 25 à 64 ans ayant souffert de dépression au cours des 12 derniers mois, Canada, territoires non compris, 2002

	%
Cote indiquant la gravité du trouble au niveau du travail	
0 (aucun)	21
1 à 3 (léger)	26
4 à 6 (modéré)	18
7 à 9 (sévère)	16
10 (très sévère)	19
Jours d'incapacité de travailler ou d'accomplir les activités normales	
0	40
1 à 5	17
6 à 30	24
31 à 365	19
Nombre moyen de jours d'incapacité de travailler/d'accomplir les activités normales	31,6

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

à se concentrer et le fait de se sentir triste, découragé ou désespéré. Un certain nombre d'éléments cruciaux du rendement au travail sont particulièrement vulnérables à de tels symptômes, comme la gestion du temps, la concentration, le travail d'équipe et la production globale³⁶.

Néanmoins, un travailleur sur cinq (21 %) ayant souffert de dépression au cours de l'année qui a précédé l'enquête a déclaré qu'elle n'avait pas eu d'effet sur sa capacité de travailler (tableau 2). Une proportion encore plus importante (40 %) ont déclaré n'avoir jamais eu un jour où ils avaient été totalement incapables de travailler ou d'accomplir leurs activités normales. Chez ces travailleurs, les symptômes n'avaient peut-être pas été assez sévères pour nuire à l'exécution de leurs fonctions ou bien ils avaient eu une plus forte incidence sur d'autres aspects de leur vie. En fait, conformément aux résultats de recherches antérieures²⁵, la cote moyenne indiquant la gravité du trouble occasionné par les symptômes dépressifs était plus élevée pour la vie sociale et les responsabilités à la maison que pour la capacité de travailler (tableau 3).

Le nombre de jours indiqué où le travailleur était totalement incapable de travailler, toutefois,

Tableau 3

Cote moyenne indiquant la gravité du trouble au niveau de certaines activités, population occupée de 25 à 64 ans ayant souffert de dépression au cours des 12 derniers mois, Canada, territoires non compris, 2002

Activité	Cote moyenne ¹
Vie sociale	5,9*
Responsabilités à la maison	5,3*
Relations proches	4,8
Capacité de travailler	4,6

¹ 0 indique aucun trouble; 10 indique un trouble très sévère.

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

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

représente probablement une sous-estimation de l'effet de la dépression sur le rendement au travail. Cette mesure ne saisit pas les jours où les participants à l'enquête sont allés au travail, mais ont été incapables de remplir leurs fonctions intégralement. D'autres études ont révélé un lien plus étroit entre les troubles mentaux et les jours où les travailleurs ont dû faire un effort supplémentaire ou réduire leurs activités au travail au lieu de perdre la journée de travail complètement^{29,30,37,38}. En outre, ces jours d'efforts supplémentaires ou d'activités réduites au travail représentent une proportion plus grande du coût économique total des troubles mentaux pour les employeurs³⁸.

Problèmes au travail

Les travailleurs ayant souffert de dépression étaient plus susceptibles que ceux n'ayant pas d'antécédents de dépression de déclarer plusieurs problèmes particuliers au travail : réduction des activités en raison d'un problème de santé de longue durée, au moins un jour d'incapacité pour des raisons de santé mentale au cours des deux dernières semaines et absence du travail au cours de la dernière semaine (graphique 1) (voir *Les problèmes au travail*).

Comparativement aux travailleurs sans antécédents de dépression, ceux qui avaient vécu un épisode dépressif au cours de l'année qui a précédé l'enquête étaient près de trois fois plus susceptibles de déclarer avoir réduit leurs activités au travail en raison d'un problème de santé de

Stress, adaptation et soutien

L'*autoévaluation du stress au travail* dans l'entreprise ou l'emploi principal au cours des 12 derniers mois a été mesurée au moyen de la question : « Diriez-vous que la plupart de vos journées étaient : « Pas du tout stressantes? Pas tellement stressantes? Un peu stressantes? Assez stressantes? Extrêmement stressantes? ». Les personnes qui ont répondu « Assez stressantes » ont été classées comme ayant un niveau élevé de stress au travail autoévalué.

Dans l'ESCC de 2002, on a posé aux participants à l'enquête des questions sur leur façon de faire face au stress. On leur a également demandé à quelle fréquence ils utilisaient chacune des méthodes suivantes :

- essayer de résoudre le problème
- parler aux autres
- éviter d'être en compagnie des gens
- utiliser des moyens négatifs de réduire la tension (consommer de l'alcool, fumer plus de cigarettes qu'à l'habitude, consommer des drogues ou des médicaments, manger plus ou moins qu'à l'habitude, dormir plus qu'à l'habitude)
- utiliser des moyens positifs de réduire la tension (prier ou chercher de l'aide spirituelle, faire du jogging ou d'autres exercices, essayer de se détendre en faisant quelque chose d'agréable)
- se blâmer
- souhaiter que la situation disparaisse et qu'elle prenne fin d'une manière ou d'une autre
- essayer de regarder le bon côté des choses

Les catégories des moyens négatifs et moyens positifs de réduire la tension regroupent des méthodes d'adaptation déterminées au moyen de l'analyse factorielle (coefficients alpha de Cronbach de 0,47 et 0,34, respectivement). Aux fins de l'enquête, les participants ont été considérés comme utilisant un *comportement d'adaptation* particulier s'ils ont répondu « souvent » ou « parfois », au lieu de « rarement » ou « jamais », à l'énoncé correspondant au comportement donné. Dans le cas des moyens négatifs de réduire la tension, comme dans celui des moyens positifs, les participants ont été classés comme ayant recours à ce genre de comportement s'ils ont répondu « souvent » ou « parfois » à l'une quelconque des méthodes énumérées à l'intérieur de la catégorie.

On a également demandé aux participants à l'ESCC d'évaluer sur une échelle de cinq points allant de « tout à fait d'accord » (cote de 1) à « entièrement en désaccord » (cote de 5) les deux déclarations suivantes : « Vous étiez exposé à l'hostilité ou aux conflits de vos collègues » et « Vos collègues facilitaient l'exécution du travail ». Ceux qui ont répondu « tout à fait d'accord » ou « d'accord » au premier énoncé ou qui ont répondu « en désaccord » ou « entièrement en désaccord » au deuxième ont été considérés comme ayant un *faible soutien de la part des collègues*.

Les personnes qui ont répondu « en désaccord » ou « entièrement en désaccord » à l'énoncé « Votre surveillant facilitait l'exécution du travail » ont été considérées comme ayant un *faible soutien de la part des surveillants*.

L'ESCC de 2002 évalue quatre dimensions du soutien social en utilisant une version abrégée des mesures de la Medical Outcomes Study (MOS)³⁹. Afin d'assurer la comparabilité entre les analyses transversale et longitudinale, on a utilisé dans la présente étude la variable du soutien émotionnel et informationnel, laquelle sous-entend l'expression de sentiments positifs, la compréhension empathique et l'encouragement à l'expression des sentiments, de même que le fait de renseigner, de conseiller ou de fournir une rétroaction. On a posé aux participants la question suivante : « Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin? »

Quelqu'un :

- qui vous écoute quand vous avez besoin de parler? »
- qui vous conseille en situation de crise? »
- qui peut vous renseigner afin de vous aider à comprendre les situations que vous traversez? »
- à qui vous confier ou parler de vous-même et de vos problèmes? »
- dont vous recherchez vraiment les conseils? »
- à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes? »
- à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel? »
- qui comprend vos problèmes? »

Pour chaque question, les participants devaient indiquer si ce soutien leur était disponible « jamais », « rarement », « parfois », « la plupart du temps » ou « tout le temps ». La variable a été dichotomisée : les participants qui ont répondu « jamais » ou « rarement » ont été classés dans la catégorie de ceux ayant un « *faible niveau de soutien social émotionnel* ».

Dans l'analyse longitudinale fondée sur les données de l'ENSP, le soutien social émotionnel perçu a été évalué au moyen de quatre questions à réponse « oui » ou « non » dans les cycles 1 et 2, et des questions ci-dessus dans les cycles 3, 4 et 5. Dans les cycles 1 et 2, les questions suivantes ont été posées :

- « 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)? »

Dans les cycles 1 et 2, les participants ont été classés comme ayant un *faible soutien social émotionnel* s'ils ont répondu « non » à au moins l'une des quatre questions. Dans les cycles 3, 4 et 5, les participants qui ont répondu « jamais » ou « parfois » à l'une quelconque des huit questions ont été considérés comme ayant un faible soutien social émotionnel.

Les problèmes au travail

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être (cycle 1.2) et l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) contenaient toutes les deux des questions sur les *problèmes au travail*.

On a posé aux participants à l'ESCC qui avaient vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois une question au sujet de la période qui a duré un mois ou plus pendant laquelle leurs sentiments de dépression étaient les plus sévères. Puis, on leur a demandé d'indiquer, sur une échelle allant de 0 à 10 (0 signifiant aucun trouble, et 10, trouble très sévère), à quel point ces sentiments avaient troublé leur capacité de travailler à : un emploi, leurs responsabilités à la maison, leurs relations proches et leur vie sociale. On a calculé la cote moyenne indiquant la gravité du trouble occasionné par les symptômes dépressifs dans chaque domaine. Pour la capacité de travailler à un emploi, on a utilisé également les catégories suivantes de cotes indiquant la gravité du trouble : 0 (aucun trouble), 1 à 3 (trouble léger), 4 à 6 (trouble modéré), 7 à 9 (trouble sévère), et 10 (trouble très sévère).

Le nombre de jours d'incapacité de travailler ou d'accomplir les activités normales au cours de la dernière année mesure la fréquence à laquelle les participants à l'enquête avaient été totalement incapables de travailler ou d'accomplir leurs activités normales pour des raisons de dépression au cours de la dernière année.

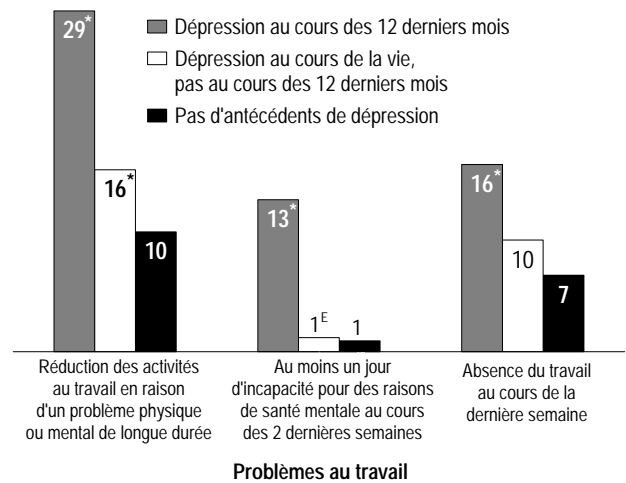
Pour l'ESCC, la *réduction des activités au travail* était fondée sur la réponse « souvent » ou « parfois » (par opposition à « jamais ») à la question : « Est-ce qu'un état physique ou un état mental ou un problème de santé de longue durée réduit la quantité ou le genre d'activités que vous pouvez faire au travail? ». La question posée dans le cadre de l'ENSP était semblable, mais les réponses entraient dans l'une de deux catégories, « oui » ou « non ».

On a demandé aux participants à l'enquête si, au cours des deux dernières semaines, ils avaient dû garder le lit pour toute une journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital) ou limité leurs activités habituelles à cause d'une maladie ou d'une blessure. Ils ont aussi été priés d'indiquer le nombre de jours, sans compter les jours où ils avaient dû garder le lit, où ils avaient dû faire plus d'effort pour accomplir leur travail ou effectuer leurs activités quotidiennes au même niveau. Dans chaque cas, on a posé aux participants une question de suivi : « Était-ce à cause de votre santé émotionnelle ou mentale ou de votre consommation d'alcool ou de drogues? ». Aux fins de l'analyse transversale, les participants à l'enquête ont été considérés comme ayant eu *au moins un jour d'incapacité pour des raisons de santé mentale au cours des deux dernières semaines* s'ils avaient déclaré au moins un jour au cours de cette période où ils avaient gardé le lit ou limité leurs activités habituelles ou bien encore avoir dû faire plus d'effort pour accomplir leurs activités habituelles à cause de leur santé émotionnelle ou mentale ou de leur consommation d'alcool ou de drogues.

Aux fins de l'analyse longitudinale fondée sur les données de l'ENSP, les participants qui ont déclaré au moins un jour au cours des deux dernières semaines où ils avaient dû garder le lit pour toute une journée ou presque ou limiter leurs activités habituelles à cause d'une maladie ou d'une blessure ont été considérés comme ayant eu *au moins un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines à cause d'une maladie ou d'une blessure*. L'ENSP ne comprenait pas la question de suivi visant à déterminer si cela était pour une raison de santé émotionnelle ou mentale ou à cause de la consommation d'alcool ou de drogues.

Dans l'ESCC, l'*absence du travail la semaine dernière* a été mesurée grâce à la question suivante : « La semaine dernière, aviez-vous un emploi ou une entreprise dont vous vous êtes absenté? ».

Graphique 1
Pourcentage de personnes ayant déclaré des problèmes au travail, selon la prévalence de la dépression, population occupée de 25 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2002



* Valeur significativement différente de l'estimation pour Pas d'antécédents de dépression ($p < 0,05$).

^E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

longue durée (29 % par rapport à 10 %). Les travailleurs qui avaient eu des antécédents de dépression au cours de la vie, même s'ils n'avaient pas souffert de dépression au cours de l'année qui a précédé l'enquête, couraient un plus grand risque de réduire leurs activités au travail (16 %). Toutefois, les travailleurs qui avaient des antécédents de dépression peuvent avoir intentionnellement réduit leurs activités, peut-être pour diminuer le stress au travail et réduire au minimum le risque d'un autre épisode dépressif. En outre, ils souffraient peut-être d'une dépression subclinique, phénomène qui a été lié à l'incapacité fonctionnelle^{2,40}.

On observe aussi une relation étroite entre la dépression et les jours d'incapacité pour des raisons de santé mentale : 13 % des travailleurs ayant souffert de dépression au cours de l'année qui a précédé l'enquête ont déclaré au moins un jour au cours des deux dernières semaines où, pour des raisons émotionnelles ou mentales ou à cause de l'usage d'alcool ou de drogues, ils ont dû garder le lit, réduire leurs activités normales ou faire un effort

supplémentaire pour accomplir leurs activités quotidiennes. En revanche, seulement 1 % des travailleurs sans antécédents de dépression ont déclaré avoir pris un jour d'incapacité pour des raisons de santé mentale.

Les absences du travail étaient beaucoup plus fréquentes chez les personnes qui avaient souffert de dépression au cours de l'année qui a précédé l'enquête que chez celles n'ayant pas d'antécédents de dépression. Alors que 16 % des travailleurs ayant déclaré un épisode récent avaient été absents au cours de la dernière semaine, c'était le cas de 7 % de ceux qui n'avaient jamais vécu un épisode dépressif.

La dépression s'accompagne souvent d'autres troubles psychiatriques, de consommation abusive d'alcool ou de drogues, ou de problèmes de santé qui peuvent nuire à la capacité de travailler. Pour déterminer si les associations entre la dépression et les problèmes au travail étaient statistiquement significatives, on a utilisé des modèles multivariés qui tiennent compte de l'effet de ces facteurs et d'autres facteurs confusionnels éventuels comme les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques de l'emploi. Même lorsque les effets de tous ces facteurs sont pris en compte, les associations entre la dépression et les problèmes au travail persistent : pour les travailleurs ayant vécu un épisode dépressif au cours de l'année qui a précédé l'enquête, la cote exprimant la possibilité de réduction des activités au travail et d'absence du travail était plus de deux fois plus élevée et celle de déclarer un jour d'incapacité pour des raisons de santé mentale, six fois plus élevée que pour les travailleurs qui n'avaient pas d'antécédents de dépression (tableau 4).

Interactions avec les caractéristiques de l'emploi

L'association entre la dépression et les problèmes au travail peut être particulièrement forte dans certaines situations d'emploi. Par conséquent, les modèles pour les problèmes au travail ont été exécutés à nouveau en incluant des termes d'interaction entre la dépression et la profession, les heures de travail et l'horaire de travail.

L'interaction entre la dépression et les emplois de cols blancs était positive pour la réduction des activités au travail (rapport de cotes, 2,88; intervalle de confiance de 95 %, 1,36 à 6,12). Ainsi, même si les cols blancs étaient généralement moins susceptibles que les cols bleus de réduire leurs activités au travail (tableau 4), les cols blancs qui avaient vécu récemment un épisode de dépression étaient en réalité plus susceptibles de réduire leurs activités au travail (données non présentées). Cette différence peut être attribuable à une plus forte incidence des symptômes dépressifs sur les activités plus souvent comprises dans les emplois de cols blancs, comparativement à d'autres professions.

Une association entre la dépression et la réduction des activités au travail se dégage également dans le cas des personnes qui travaillent régulièrement le soir ou la nuit plutôt que le jour (rapport de cotes, 2,88; intervalle de confiance de 95 %, 1,04 à 7,95). Une étude antérieure a révélé des relations entre le fait de travailler le quart de soirée et les problèmes psychosociaux, les problèmes de santé chroniques, les problèmes de sommeil et la détresse³². Ainsi, il se peut que les symptômes dépressifs viennent renforcer l'incidence d'autres problèmes de santé associés au travail par quarts et, par conséquent, entraîner encore plus de problèmes au travail.

Adaptation au stress et soutien

Dans de nombreuses études, les stratégies d'adaptation et les niveaux de soutien ont été associés au risque de dépression et à d'autres maladies mentales⁴¹⁻⁴⁷. Peu d'études ont porté sur la question de savoir si ces facteurs sont liés au rendement au travail des travailleurs souffrant de troubles mentaux.

Les résultats de l'ESCC montrent que les travailleurs qui avaient vécu récemment un épisode dépressif utilisaient souvent des mécanismes d'adaptation différents de ceux auxquels avaient recours d'autres travailleurs (voir *Stress, adaptation et soutien*). En effet, les travailleurs qui avaient vécu un épisode dépressif étaient plus susceptibles de déclarer faire face au stress en évitant d'être en compagnie des gens, en utilisant des moyens

Tableau 4

Rapports de cotes corrigés exprimant la relation entre, d'une part, la dépression et certaines caractéristiques, et, d'autre part, les résultats sur le plan des problèmes au travail, population occupée de 25 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2002

	Réduction des activités au travail en raison d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée		Au moins un jour d'incapacité pour des raisons de santé mentale au cours des deux dernières semaines		Absence du travail au cours de la dernière semaine	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Dépression						
Au cours des 12 derniers mois	2,4*	1,7 à 3,4	6,2*	4,0 à 9,4	2,3*	1,5 à 3,3
Au cours de la vie, pas au cours des 12 derniers mois	1,3*	1,0 à 1,8	0,9	0,5 à 1,5	1,4	0,9 à 2,1
Pas d'antécédents de dépression [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Sexe						
Hommes	1,1	0,9 à 1,3	0,8	0,5 à 1,1	0,6*	0,5 à 0,7
Femmes [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Groupe d'âge						
25 à 44 ans	1,2	1,0 à 1,4	0,8	0,6 à 1,1	0,9	0,8 à 1,2
45 à 64 ans [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Profession						
Col blanc	0,7*	0,6 à 0,8	1,0	0,7 à 1,5	1,0	0,8 à 1,2
Ventes/services	1,0	0,8 à 1,2	1,1	0,7 à 1,8	0,7*	0,6 à 1,0
Col bleu [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Nombre d'heures de travail par semaine						
1 à 29	1,2	1,0 à 1,5	1,1	0,7 à 1,7	0,9	0,7 à 1,2
30 à 40 [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Plus de 40	1,0	0,8 à 1,2	0,5*	0,3 à 0,7	0,8*	0,7 à 1,0
Horaire de travail						
Normal de jour [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Normal de soirée/de nuit	1,0	0,8 à 1,4	1,7	1,0 à 3,0	1,2	0,8 à 1,7
Irrégulier/quart rotatif	1,2	1,0 à 1,4	1,5	1,0 à 2,3	1,2	0,9 à 1,5
Autoévaluation du stress au travail — niveau élevé						
Oui	1,4*	1,2 à 1,6	1,8*	1,2 à 2,5	1,2	1,0 à 1,4
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
État matrimonial						
Marié(e)/en union libre [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf(veuve)	1,0	0,8 à 1,3	1,2	0,7 à 2,0	1,1	0,8 à 1,4
Jamais marié(e)	1,1	0,9 à 1,3	1,7*	1,1 à 2,5	0,7*	0,5 à 0,9
Niveau de scolarité						
Diplôme d'études postsecondaires	0,9	0,8 à 1,1	0,9	0,6 à 1,3	1,0	0,8 à 1,2
Études postsecondaires partielles	1,1	0,8 à 1,5	0,8	0,4 à 1,6	1,0	0,7 à 1,4
Diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur d'études [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Revenu du ménage[†]						
Inférieur/moyen-inférieur/moyen	1,1	0,9 à 1,3	1,0	0,7 à 1,6	0,9	0,7 à 1,2
Moyen-supérieur/supérieur [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Problème de santé chronique						
	4,7*	3,9 à 5,7	1,9*	1,3 à 2,7	1,1	0,9 à 1,3
Catégorie d'indice de masse corporelle[†]						
Poids insuffisant/normal [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Embonpoint	1,2	1,0 à 1,4	1,4	0,9 à 2,1	1,2	1,0 à 1,5
Obésité	1,5*	1,2 à 1,8	0,9	0,6 à 1,4	1,0	0,8 à 1,4
Trouble anxieux au cours des 12 derniers mois						
	2,2*	1,6 à 2,9	5,9*	4,0 à 8,7	1,0	0,7 à 1,4
Dépendance à l'alcool/aux drogues au cours des 12 derniers mois						
	1,4	0,9 à 2,2	3,8*	2,1 à 6,8	0,9	0,5 à 1,4

[†] Catégorie de référence; si elle n'est pas indiquée, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

* À chaque modèle, on a intégré une catégorie « Données manquantes » afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

... n'ayant pas lieu de figurer.

Nota : L'analyse de la réduction des activités au travail en raison d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée était fondée sur 16 154 participants, dont 1 890 ont déclaré avoir réduit leurs activités au travail; 1 279 enregistrements ont été supprimés à cause de valeurs manquantes. L'analyse des jours d'incapacité pour des raisons de santé mentale au cours des deux dernières semaines était fondée sur 16 502 participants, dont 279 ont déclaré des jours d'incapacité pour des raisons de santé mentale au cours des deux dernières semaines; 931 enregistrements ont été supprimés à cause de valeurs manquantes. L'analyse de l'absence du travail au cours de la dernière semaine était fondée sur 16 513 participants, dont 1 231 s'étaient absentes du travail au cours de la dernière semaine; 920 enregistrements ont été supprimés à cause de valeurs manquantes. Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne de confiance inférieure/supérieure est égale à 1,0 étaient statistiquement significatifs.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Définitions

Des méthodes différentes ont été utilisées aux fins de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) pour mesurer le *trouble dépressif majeur*. Pour les besoins de l'ESCC, la prévalence de divers troubles mentaux, y compris la dépression, a été estimée à partir de la World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). La WMH-CIDI, conçue de manière à pouvoir être administrée par des intervieweurs non professionnels, est fondée de façon générale sur les critères diagnostiques énoncés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte (DSM-IV®-TR)*⁴⁹. Le questionnaire de l'ESCC est disponible à l'adresse http://www.statcan.ca/francais/sdds/0039ti_f.htm, et l'algorithme utilisé pour mesurer la prévalence de la dépression sur 12 mois est exposé dans l'annexe du supplément de 2004 de *Rapports sur la santé*⁴⁹.

Dans le cadre de l'ENSP, un sous-ensemble de questions de la *Composite International Diagnostic Interview* a servi à définir la dépression, selon la méthode de Kessler et coll.⁵⁰. Les questions couvrent une grappe de symptômes qui sont énumérés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Troisième édition révisée*⁵¹.

Les personnes ayant vécu un épisode maniaque au cours de la vie étaient exclues des estimations de l'ESCC du nombre de personnes ayant vécu un épisode dépressif majeur au cours de la vie, mais non des estimations de l'ENSP.

La population *en âge de travailler* comprenait les personnes de 25 à 64 ans et, aux fins de la présente analyse, elle a été divisée en deux groupes d'âge, soit ceux des 25 à 44 ans et des 45 à 64 ans.

Les participants ont été classés comme étant *occupés* actuellement si, dans la semaine qui a précédé l'entrevue, ils avaient travaillé ou eu un emploi ou une entreprise dont ils avaient été absents.

Pour l'ESCC, la *profession* a été établie d'après la réponse à la question « Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux votre occupation? » Les réponses ont été regroupées dans les trois catégories suivantes : cols blancs (gestion; professionnel; technologue, technicien ou emploi technique; administration, finance ou travail de bureau), ventes ou services, et cols bleus (métiers, transport ou machinerie; occupation en agriculture, foresterie, pêche ou extraction minière; occupation en transformation, fabrication ou services d'utilité publique). Pour l'ENSP, on a déterminé les catégories professionnelles suivantes : cols blancs (administration et professionnels), ventes ou services et cols bleus, d'après la Classification type des professions (CTP) de 1991⁵².

Les *heures de travail par semaine* ont été classées dans l'une de trois catégories : de 1 à 29 heures, de 30 à 40 heures, et plus de 40 heures, selon la réponse à la question « Environ combien d'heures par semaine est-ce que vous [travaillez/travaillez] habituellement à votre [emploi/entreprise]? Si vous [travaillez/travaillez] habituellement des heures supplémentaires, rémunérées ou non, veuillez les compter ».

L'*horaire de travail* a été déterminé selon la réponse à la question « Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux les heures que vous [travaillez/travaillez] habituellement à votre [emploi/entreprise]? » Trois catégories d'horaires de travail ont été utilisées aux fins de la présente analyse : horaire normal de jour (horaire ou quart normal de jour); horaire normal de soirée/de nuit (quart normal de soirée, quart normal de nuit), et horaire ou quart irrégulier / quart rotatif (quart rotatif, quart brisé, sur appel, horaire irrégulier, ou autre).

Si le participant avait plus d'un emploi au moment de l'entrevue, les variables utilisées pour la profession, le nombre d'heures de travail par semaine et l'horaire de travail étaient fondés sur l'emploi principal, c'est-à-dire celui représentant le plus grand nombre d'heures de travail par semaine.

L'*état matrimonial* a été défini en fonction des catégories suivantes : marié(e) ou en union libre; divorcé(e), séparé(e) ou veuf(veuve); jamais marié(e).

Selon leur plus haut niveau de *scolarité*, les participants ont été regroupés dans l'une de trois catégories : diplôme d'études postsecondaires, études

postsecondaires partielles et diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur d'études.

Le *revenu du ménage* était fondé sur le nombre de personnes dans le ménage et le revenu total du ménage de toutes les sources au cours des 12 mois ayant précédé l'entrevue de 2002 :

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

Dans le cadre de l'ESCC, les *problèmes de santé chroniques* ont été mesurés en posant aux participants des questions sur les problèmes de santé de longue durée, soit les états qui duraient ou qui devaient durer six mois ou plus et qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Les intervieweurs ont lu une liste de problèmes. La présente analyse a porté sur 18 problèmes de santé physique : l'asthme; l'arthrite ou le rhumatisme; les problèmes de dos à l'exclusion de la fibromyalgie et de l'arthrite; l'hypertension; la migraine; la bronchite chronique, l'emphysème ou la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC); le diabète; l'épilepsie; la maladie cardiaque; le cancer; les ulcères à l'estomac ou à l'intestin; les troubles dus à un accident vasculaire cérébral; les troubles intestinaux / maladie de Crohn ou colite; la maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence; la cataracte; le glaucome; et la maladie thyroïdienne. L'analyse longitudinale fondée sur les données de l'ENSP a porté sur 14 problèmes de santé : l'asthme; l'arthrite ou le rhumatisme; les problèmes de dos à l'exclusion de l'arthrite; l'hypertension; la migraine; la bronchite chronique ou l'emphysème; le diabète; l'épilepsie; la maladie cardiaque; le cancer; les ulcères à l'estomac ou à l'intestin; les troubles dus à un accident vasculaire cérébral; la maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence; et le glaucome.

L'indice de masse corporelle (IMC) se calcule en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Trois *catégories d'IMC* ont été utilisées aux fins de la présente analyse : poids insuffisant/normal (IMC inférieur à 25), embonpoint (25 à 29), ou obésité (IMC supérieur à 30).

On a considéré comme ayant souffert d'un *trouble anxieux au cours des 12 derniers mois* les participants qui satisfaisaient aux critères de diagnostic de phobie sociale, de trouble panique ou d'agoraphobie au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

On a considéré comme ayant souffert d'un *trouble anxieux au cours de la vie, pas au cours des 12 derniers mois*, les participants qui satisfaisaient aux critères de phobie sociale, de trouble panique ou d'agoraphobie à un moment donné au cours de la vie mais pas au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

La *dépendance à l'alcool/aux drogues au cours des 12 derniers mois* s'entend des participants qui satisfaisaient aux critères de la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

Les participants étaient considérés être des *fumeurs quotidiens* s'ils avaient répondu « quotidiennement » à la question « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? » Cette variable n'était disponible que dans l'ENSP.

Limites

La World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI), utilisée aux fins de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Santé mentale et bien-être, n'a pas encore été validée. Par conséquent, on ne sait pas dans quelle mesure les évaluations cliniques faites par les professionnels de la santé sont conformes à celles fondées sur les données de l'ESCC.

Dans la présente étude, l'association entre la dépression et les problèmes au travail repose sur des données autodéclarées plutôt que sur des mesures objectives des problèmes au travail. On ne connaît pas le degré de biais découlant de l'erreur de remémoration ou de l'effet de la dépression sur la perception des participants quant à leurs problèmes au travail.

Certaines des variables utilisées aux fins de l'analyse transversale n'étaient pas incluses dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) – enquête longitudinale – (dépendance à l'alcool et aux drogues, trouble anxieux, autoévaluation du stress au travail, adaptation, soutien des collègues, soutien des surveillants) ou ont été définies de façon légèrement différentes (dépression au cours de l'année qui a précédé l'enquête, au moins un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines, problèmes de santé chroniques, faible soutien social émotionnel, profession). Par conséquent, les modèles transversaux et longitudinaux sont similaires mais non identiques.

Comme les entrevues de l'ENSP sont menées tous les deux ans, les problèmes au travail à la suite d'une dépression déclarée au moment de l'entrevue de référence se rapportent à la situation deux ans après celle-ci. Si les problèmes au travail se produisent au cours de cet intervalle de deux ans, ils ne sont pas saisis dans l'enquête. Par conséquent, les associations longitudinales entre la dépression et les problèmes au travail en résultant peuvent être sous-estimées.

À cause d'une erreur au plan de l'enchaînement des questions, on n'a pas recueilli de renseignements auprès de 2 093 femmes occupées de 25 à 49 ans au moment de leur entrevue pour l'ESCC afin de savoir si elles étaient enceintes. Par conséquent, celles qui étaient enceintes et dont le poids était supérieur à leur poids habituel d'avant la grossesse ont peut-être été classées dans une catégorie d'IMC incorrecte. Toutefois, l'effet de cette lacune sur la prévalence et les rapports de cotes fournis dans le présent document est probablement négligeable.

Des données sur l'usage du tabac, un facteur éventuellement confusionnel dans la relation entre la dépression et les problèmes au travail, n'étaient pas disponibles à partir de l'ESCC de 2002, de sorte qu'on n'a pu en tenir compte dans l'analyse transversale multivariée. Toutefois, on a inclus ce facteur dans l'analyse longitudinale en utilisant les données de l'ENSP.

négatifs de réduire la tension (comme fumer ou boire plus que d'habitude), en se blâmant ou en souhaitant que la situation disparaisse; ils étaient moins susceptibles de parler à d'autres personnes ou de « regarder le bon côté des choses » (tableau 5). En outre, les travailleurs qui avaient souffert de dépression au cours de l'année qui a précédé l'enquête étaient plus susceptibles que ceux qui n'en avaient pas souffert de déclarer qu'ils avaient eu de faibles niveaux de soutien des collègues et des surveillants ainsi que de soutien social émotionnel.

Dans l'analyse multivariée, la plupart de ces variables portant sur les comportements d'adaptation et le soutien étaient associées aux problèmes au travail chez les personnes occupées dans leur ensemble (tableau 6). Cependant, dans l'analyse portant uniquement sur les travailleurs qui avaient vécu un épisode dépressif au cours de l'année qui a précédé l'enquête, seulement deux variables se sont révélées significatives, soit le fait

Tableau 5
Pourcentage de personnes qui ont utilisé certains comportements d'adaptation et avaient de faibles niveaux de soutien, selon la prévalence de la dépression, population occupée de 25 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2002

	Dépression au cours des 12 derniers mois	
	Oui	Non
Comportement d'adaptation (utilisé souvent/parfois par rapport à rarement/jamais)		
Essayer de résoudre le problème	97,4	97,2
Souhaiter que la situation disparaisse	90,9	76,4*
Utiliser des moyens positifs de réduire la tension	90,8	91,9
Regarder le bon côté des choses	88,1	95,3*
Utiliser des moyens négatifs de réduire la tension	82,0	53,1*
Parler aux autres	76,1	82,7*
Se blâmer	74,2	49,7*
Éviter d'être en compagnie des gens	66,0	32,7*
Soutien		
Faible soutien des collègues	47,0	32,2*
Faible soutien des surveillants	24,2	16,9*
Faible soutien social émotionnel	23,9	12,2*

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les personnes ayant souffert de dépression au cours des 12 derniers mois ($p < 0,05$).

Nota : Fondé sur 17 433 participants, dont 716 (255 hommes, 461 femmes) avaient souffert de dépression au cours des 12 derniers mois et 16 662 (8 662 hommes, 8 000 femmes) n'avaient pas souffert de dépression; dans le cas de 55 enregistrements (28 hommes, 27 femmes), les données sur la dépression étaient manquantes.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Tableau 6

Rapports de cotes corrigés exprimant la relation entre, d'une part, le comportement d'adaptation et le soutien, et, d'autre part, certains résultats sur le plan des problèmes au travail, selon la prévalence de la dépression, population occupée de 25 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2002

	Réduction des activités au travail en raison d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée				Au moins un jour d'incapacité pour des raisons de santé mentale au cours des deux dernières semaines				Absence du travail au cours de la dernière semaine			
	Tous les travailleurs		Travailleurs ayant souffert de dépression au cours des 12 derniers mois		Tous les travailleurs		Travailleurs ayant souffert de dépression au cours des 12 derniers mois		Tous les travailleurs		Travailleurs ayant souffert de dépression au cours des 12 derniers mois	
	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %
Comportement d'adaptation (utilisé souvent/parfois par rapport à rarement/jamais)												
Essayer de résoudre le problème	0,8	0,5 à 1,3	0,9	0,3 à 2,7	0,7	0,3 à 1,6	0,8	0,1 à 9,4	1,0	0,6 à 1,7
Souhaiter que la situation disparaisse	1,3*	1,1 à 1,6	0,6	0,2 à 1,5	2,1*	1,2 à 3,9	0,6	0,2 à 1,6	0,9	0,7 à 1,2	0,8	0,3 à 2,3
Utiliser des moyens positifs de réduire la tension	0,9	0,6 à 1,2	0,5	0,2 à 1,6	1,1	0,6 à 2,2	2,1	0,6 à 7,2	0,7	0,5 à 1,2	0,4	0,1 à 1,4
Regarder le bon côté des choses	0,9	0,6 à 1,2	0,7	0,3 à 1,4	0,5*	0,3 à 0,8	0,3*	0,1 à 0,7	0,9	0,5 à 1,6	1,4	0,5 à 4,1
Utiliser des moyens négatifs de réduire la tension	1,4*	1,2 à 1,7	0,8	0,4 à 1,8	3,1*	2,0 à 4,8	2,6	0,8 à 8,6	1,2	1,0 à 1,4	1,2	0,5 à 3,0
Parler aux autres	0,8*	0,6 à 0,9	1,0	0,5 à 1,8	0,7*	0,5 à 1,0	0,6	0,3 à 1,2	0,9	0,6 à 1,2	1,6	0,7 à 3,8
Se blâmer	1,1	0,9 à 1,3	1,7	0,9 à 3,3	1,3	0,9 à 1,8	1,3	0,6 à 2,8	1,1	0,9 à 1,4	1,4	0,7 à 2,9
Éviter la compagnie des gens	1,1	0,9 à 1,3	1,0	0,5 à 1,7	1,4	1,0 à 2,0	0,7	0,4 à 1,5	1,1	0,9 à 1,4	1,3	0,6 à 2,7
Soutien												
Faible soutien des collègues	1,1	1,0 à 1,3	1,1	0,6 à 2,1	1,7*	1,2 à 2,3	0,8	0,4 à 1,9	1,1	0,9 à 1,4	1,9*	1,0 à 3,7
Faible soutien des surveillants	1,0	0,8 à 1,2	1,3	0,7 à 2,4	1,7*	1,2 à 2,5	1,1	0,5 à 2,4	1,3	1,0 à 1,7	1,1	0,5 à 2,4
Faible soutien social émotionnel	1,5*	1,2 à 1,8	1,5	0,8 à 2,7	1,9*	1,3 à 2,8	1,7	0,8 à 3,6	0,7	0,5 à 1,1	1,1	0,5 à 2,5

[†] Les variables de soutien et de comportements d'adaptation ont été intégrées individuellement dans les modèles qui tiennent compte de la dépression en plus des variables ci-dessus.

[‡] Les variables de soutien et de comportements d'adaptation ont été intégrées individuellement dans les modèles qui tiennent compte du sexe, du groupe d'âge, de la profession, du nombre d'heures de travail par semaine, de l'horaire de travail, de l'autoévaluation du stress au travail, de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, des problèmes de santé chroniques, du poids, du trouble anxieux au cours des 12 derniers mois, de la dépendance à l'alcool/aux drogues au cours des 12 derniers mois.

... n'ayant pas lieu de figurer (trop peu de participants ont déclaré utiliser le comportement rarement/jamais pour permettre de produire un rapport de cotes utile).

* $p < 0,05$

Nota : Les données ayant été arrondies, les rapports de cotes dont les bornes de confiance inférieures/supérieures sont égales à 1,0 étaient statistiquement significatifs.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

de regarder le bon côté des choses et le faible soutien des collègues.

Regarder le bon côté des choses a réduit la cote exprimant la possibilité que les travailleurs souffrant de dépression aient pris au moins un jour d'incapacité pour des raisons de santé mentale au cours des deux dernières semaines. Toutefois, il est possible que les symptômes dépressifs influent sur les stratégies d'adaptation incluses dans l'ESCC. Comme les personnes déprimées ont souvent une optique négative, l'association avec regarder le bon

côté des choses pourrait rendre compte d'une dépression légère chez un travailleur plutôt que d'une dépression sévère.

Le faible soutien des collègues a augmenté la cote exprimant la possibilité que les travailleurs déprimés se soient absents du travail au cours de la semaine précédente. Cependant, comme la présente analyse est transversale, il est impossible de déterminer la direction de cette association : il n'est pas clair si le faible soutien des collègues a influé sur l'absence du travail ou vice-versa.

Associations à long terme

Les données transversales ne permettent pas de déterminer si la dépression entraîne des problèmes au travail ou si les travailleurs qui sont limités dans ce qu'ils peuvent faire au travail sont plus susceptibles de souffrir de dépression. Les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) peuvent apporter des éclaircissements sur la séquence temporelle de ces événements.

Comparativement à ce que l'on observe chez les travailleurs qui n'avaient pas vécu un épisode dépressif récemment, la cote exprimant la possibilité de déclarer, au moment d'un suivi deux ans plus tard, avoir réduit leurs activités au travail ou avoir pris des jours d'incapacité est élevée chez les travailleurs qui avaient souffert de dépression au cours des 12 mois qui ont précédé leur entrevue dans le cadre de l'ENSP (tableau 7).

En outre, une étude menée en 2005 a révélé que de nombreuses personnes en rémission après un épisode dépressif continuent d'avoir des symptômes qui influent sur le fonctionnement social⁵³. Selon une autre étude, cependant, l'effet des symptômes résiduels sur le travail disparaît en 6 à 12 mois⁵⁴. Dans le modèle longitudinal de l'ENSP, il n'a pas été possible de tenir compte de l'effet de la comorbidité psychiatrique, qui a peut-être joué un rôle dans l'apparition d'un nouveau cas de problèmes au travail.

Mot de la fin

Selon les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002, près d'un demi-million de travailleurs de 25 à 64 ans (près de 4 %) avaient vécu un épisode dépressif au cours de l'année qui a précédé l'enquête, et un autre million avaient souffert de dépression à un moment donné au cours de leur vie.

Conformément aux résultats d'autres recherches^{4,19,37,38,55-57}, les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de l'Enquête nationale sur la santé de la population donnent à penser que la dépression est associée aux absences du travail et à la perte de productivité sous forme d'activités réduites. Les

Tableau 7

Rapports de cotes corrigés exprimant le lien entre, d'une part, la dépression et certaines caractéristiques et, d'autre part, les nouveaux cas de problèmes au travail au cours d'une période de deux ans, population occupée de 25 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Réduction des activités au travail en raison d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée		Au moins un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines à cause d'une maladie ou d'une blessure	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Dépression au cours des 12 derniers mois	1,4*	1,0 à 2,0	1,8*	1,2 à 2,6
Sexe				
Hommes	0,9	0,7 à 1,1	0,7*	0,5 à 0,8
Femmes [†]	1,0	...	1,0	...
Groupe d'âge				
25 à 44 ans	0,8	0,7 à 1,0	1,0	0,8 à 1,3
45 à 64 ans [†]	1,0	...	1,0	...
Profession				
Col-blanc	0,8	0,7 à 1,0	1,2	0,9 à 1,5
Ventes/services	0,8*	0,6 à 1,0	1,0	0,8 à 1,3
Col-bleu [†]	1,0	...	1,0	...
Nombre d'heures de travail par semaine				
1 à 29	1,2	0,9 à 1,6	0,9	0,7 à 1,2
30 à 40 [†]	1,0	...	1,0	...
Plus de 40	1,0	0,8 à 1,2	0,8*	0,7 à 1,0
Horaire de travail				
Normal de jour [†]	1,0	...	1,0	...
Normal de soirée/de nuit	1,3	0,9 à 1,9	1,2	0,8 à 1,9
Irrégulier/quart rotatif	1,1	0,9 à 1,4	1,2	1,0 à 1,4
État matrimonial				
Marié(e)/en union libre [†]	1,0	...	1,0	...
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf(veuve)	1,2	0,9 à 1,4	1,4*	1,1 à 1,7
Jamais marié(e)	1,3*	1,0 à 1,7	1,2	0,9 à 1,6
Niveau de scolarité[‡]				
Diplôme d'études postsecondaires	0,7*	0,5 à 0,9	1,0	0,8 à 1,4
Études postsecondaires partielles	0,7*	0,5 à 1,0	1,0	0,7 à 1,4
Diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur d'études [†]	1,0	...	1,0	...
Revenu du ménage[†]				
Inférieur/moyen-inférieur/moyen	1,1	0,9 à 1,3	0,9	0,8 à 1,1
Moyen-supérieur/supérieur [†]	1,0	...	1,0	...
Problème de santé chronique	2,7*	2,3 à 3,1	1,8*	1,5 à 2,1
Catégorie d'indice de masse corporelle[‡]				
Poids insuffisant/normal [†]	1,0	...	1,0	...
Embonpoint	1,1	0,9 à 1,3	1,1	0,9 à 1,4
Obésité	1,3*	1,0 à 1,7	1,4*	1,1 à 1,9
Faible soutien social émotionnel	1,2	1,0 à 1,6	0,9	0,7 à 1,1
Fumeurs quotidiens	1,4*	1,2 à 1,7	1,2	1,0 à 1,5

[†] Catégorie de référence; si elle n'est pas indiquée, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

[‡] On a intégré à chaque modèle une catégorie « Données manquantes » afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

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

... n'ayant pas lieu de figurer.

Nota : L'analyse de la réduction des activités au travail en raison d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée était fondée sur 18 995 enregistrements, dont 994 cas de réduction des activités au travail; 1 172 enregistrements ont été supprimés à cause de valeurs manquantes. L'analyse d'au moins un jour d'incapacité à cause d'une maladie ou d'une blessure au cours des deux dernières semaines était fondée sur 10 032 enregistrements, dont 1 013 cas d'au moins un jour d'incapacité et 850 enregistrements qui ont été supprimés à cause de valeurs manquantes. Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont la borne de confiance inférieure est égale à 1,0 sont statistiquement significatifs.

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003, Fichier santé longitudinal (carré)

analyses transversales et longitudinales montrent que la dépression a des associations avec les problèmes au travail qui persistent même lorsque les effets des caractéristiques sociodémographiques, de l'emploi et de la santé sont pris en compte.

Les résultats exposés dans le présent article soulignent le rôle important des emplois de cols

blancs et du travail de soir ou de nuit dans le lien entre la dépression et les problèmes au travail. En outre, l'adaptation grâce au fait de « regarder le bon côté des choses » et le soutien des collègues peuvent peut-être atténuer l'impact de la dépression sur le rendement au travail. ●

Références

1. T.B. Ustun, J.L. Yuso-Mateos, S. Chatterji *et al.*, « Global burden of depressive disorders in the year 2000 », *British Journal of Psychiatry*, 184, 2004, p. 386-392.
2. K.B. Wells, A. Stewart, R.D. Hays *et al.*, « The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 262(7), 1989, p. 914-919.
3. R.C. Kessler, P.E. Greenberg, K.D. Mickelson *et al.*, « The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(3), 2001, p. 218-225.
4. D. Lerner, D.A. Adler, H. Chang *et al.*, « Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression », *Psychiatric Services*, 55(12), 2004, p. 1371-1378.
5. D.E. Marcotte et V. Wilcox-Gok, « Estimating the employment and earnings costs of mental illness: recent developments in the United States », *Social Science and Medicine*, 53(1), 2001, p. 21-27.
6. M. Virtanen, M. Kivimäki, M. Elovainio *et al.*, « Mental health and hostility as predictors of temporary employment: evidence from two prospective studies », *Social Science and Medicine*, 61(10), 2005, p. 2084-2095.
7. P.E. Greenberg, R.C. Kessler, H.G. Birnbaum *et al.*, « The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? », *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 2003, p. 1465-1475.
8. Y. Béland, J. Dufour et R. Gravel, « Sample Design of the Canadian Mental Health Survey », *Proceedings of the Survey Methods Section, 2001*, Vancouver, Société statistique du Canada, 2001, p. 93-98.
9. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale et bien-être, Cycle 1.2, disponible à http://www.statcan.ca/francais/concepts/hs/index_f.htm (document consulté le 10 mars 2006).
10. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 catalogue).
12. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, Cycle 6 (2004-2005), volet ménages, documentation longitudinale*, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, 2006.
13. 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).
14. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
15. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, Survey Research Methods Section*, Baltimore, août 1999.
16. T. Stephens et N. Joubert, « The economic burden of mental health problems in Canada », *Chronic Diseases in Canada*, 22(1), 2001, p. 18-23.
17. M.P. Beudet, « Dépression », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 11-25 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
18. D.R. Offord, M.H. Boyle, D. Campbell *et al.*, « One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age », *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(9), 1996, p. 559-563.
19. R.R. De Marco, « The epidemiology of major depression: implications of occurrence, recurrence, and stress in a Canadian community sample », *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(1), 2000, p. 67-74.
20. R.E. Noble, « Depression in women », *Metabolism*, 54(5, supplément 1), 2005, p. 49-52.
21. M.M. Weissman, R.C. Bland, G.J. Canino *et al.*, « Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 276(4), 1996, p. 293-299.
22. D.S. Hasin, R.D. Goodwin, F.S. Stinson *et al.*, « Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions », *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 2005, p. 1097-1106.
23. M. Piccinelli et G. Wilkinson, « Gender differences in depression. Critical review », *British Journal of Psychiatry*, 177, 2000, p. 486-492.
24. C. Kuehner, « Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 2003, p. 163-174.

25. R.C. Kessler, P. Berglund, O. Demler *et al.*, « The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 289(23), 2003, p. 3095-3105.
26. P.F. Verhaak, M.J. Heijmans, L. Peters *et al.*, « Chronic disease and mental disorder », *Social Science and Medicine*, 60(4), 2005, p. 789-797.
27. K. Wilhelm, V. Kovess, C. Rios-Seidel *et al.*, « Work and mental health », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(11), 2004, p. 866-873.
28. F.J. Zimmerman, D.A. Christakis et S.A. Vander, « Tinker, tailor, soldier, patient: work attributes and depression disparities among young adults », *Social Science and Medicine*, 58(10), 2004, p. 1889-1901.
29. C.S. Dewa et E. Lin, « Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace », *Social Science and Medicine*, 51(1), 2000, p. 41-50.
30. R.C. Kessler et R.G. Frank, « The impact of psychiatric disorders on work loss days », *Psychological Medicine*, 27(4), 1997, p. 861-873.
31. W.W. Eaton, J.C. Anthony, W. Mandel *et al.*, « Occupations and the prevalence of major depressive disorder », *Journal of Occupational Medicine*, 32(11), 1990, p. 1079-1087.
32. M. Shields, « Travail par quarts et santé », *Rapports sur la santé*, 13(4), 2002, p. 11-36 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
33. C. Tennant, « Work-related stress and depressive disorders », *Journal of Psychosomatic Research*, 51(5), 2001, p. 697-704.
34. J. Wang, « Work stress as a risk factor for major depressive episode(s) », *Psychological Medicine*, 35(6), 2005, p. 865-871.
35. M. Shields, « Le stress et la dépression au sein de la population active », *Rapports sur la santé*, 17(4), 2006, p. 11-31 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
36. W.N. Burton, G. Pransky, D.J. Conti *et al.*, « The association of medical conditions and presenteeism », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(6, supplément), 2004, p. S38-S45.
37. D. Lim, K. Sanderson et G. Andrews, « Lost productivity among full-time workers with mental disorders », *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3(3), 2000, p. 139-146.
38. W.F. Stewart, J.A. Ricci, E. Chee *et al.*, « Cost of lost productive work time among US workers with depression », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 289(23), 2003, p. 3135-3144.
39. C.D. Sherbourne et A.L. Stewart, « The MOS social support survey », *Social Science and Medicine*, 32(6), 1991, p. 705-714.
40. J.K. Martin, T.C. Blum, S.R. Beach *et al.*, « Subclinical depression and performance at work », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(1), 1996, p. 3-9.
41. I. Niedhammer, M. Goldberg, A. Leclerc *et al.*, « Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort », *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 24(3), 1998, p. 197-205.
42. S. Stansfeld, « Work, personality and mental health », *British Journal of Psychiatry*, 181, 2002, p. 96-98.
43. K.O. Park, M.G. Wilson et M.S. Lee, « Effects of social support at work on depression and organizational productivity », *American Journal of Health Behavior* 28(5), 2004, p. 444-455.
44. M.I. Bisschop, D.M. Kriegsman, A.T. Beekman *et al.*, « Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources », *Social Science and Medicine*, 59(4), 2004, p. 721-733.
45. P.L. Ramage-Morin, « Trouble panique et comportements d'adaptation », *Rapports sur la santé*, 15(supplément), 2004, p. 35-48 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
46. M. Shields, « Trouble d'anxiété sociale — plus que de la timidité », *Rapports sur la santé*, 15(supplément), 2004, p. 49-67 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
47. K. Wilkins, « Trouble bipolaire I, soutien social et travail », *Rapports sur la santé*, 15(supplément), 2004, p. 23-34 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
48. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
49. Statistique Canada, « Annexe », *Rapports sur la santé*, 15(supplément), 2004, p. 69-88 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
50. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51, 1994, p. 8-19.
51. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, troisième édition*, Washington DC, American Psychiatric Association, 1980.
52. Statistique Canada, *Classification type des professions (CTP), 1991 - Canada*, disponible à l'adresse http://www.statcan.ca/francais/Subjects/Standard/soc/1991/soc91-menu_f.htm (document consulté le 6 septembre 2006).
53. N. Kennedy et K. Foy, « The impact of residual symptoms on outcome of major depression », *Current Psychiatry Reports*, 7(6), 2005, p. 441-446.
54. R. Mojtabai, « Residual symptoms and impairment in major depression in the community », *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 2001, p. 1645-1651.
55. A.C. Kouzis et W.W. Eaton, « Emotional disability days: prevalence and predictors », *American Journal of Public Health*, 84(8), 1994, p. 1304-1307.
56. D. Lerner, D.A. Adler, H. Chang *et al.*, « The clinical and occupational correlates of work productivity loss among employed patients with depression », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(6, supplément), 2004, p. S46-S55.
57. P.S. Wang, A. Beck, P. Berglund *et al.*, « Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(12), 2003, p. 1303-1311.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Aller chez le médecin

Alice Nabalamba et Wayne J. Millar

Résumé

Objectifs

Cet article basé sur le modèle d'Andersen décrit les tendances relatives aux consultations avec les omnipraticiens et les spécialistes chez les Canadiens de 18 ans et plus. Les associations avec l'état de santé et d'autres facteurs sont examinées.

Source des données

Les estimations sont fondées sur des données provenant du cycle 3.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisé en 2005.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont été utilisées pour estimer la proportion de Canadiens adultes ayant consulté une fois un omnipraticien, de ceux ayant consulté quatre fois ou plus un omnipraticien ou de ceux ayant consulté un spécialiste l'année précédente. Des modèles de régression logistique corrigés ont été utilisés pour examiner les facteurs associés à ces consultations avec un médecin en tenant compte des effets des besoins de soins de santé.

Principaux résultats

En 2005, 77 % de Canadiens de 18 à 64 ans et 88 % de Canadiens âgés ont dit qu'ils avaient consulté un omnipraticien l'année précédente; 25 % et 44 %, respectivement, l'avaient fait quatre fois ou plus; et 27 % et 34 %, respectivement, avaient consulté un spécialiste. Les besoins individuels de soins de santé, mesurés par l'existence de problèmes de santé chroniques et par l'autoévaluation de la santé générale et mentale, étaient un déterminant important de l'utilisation des services. Toutefois, après avoir tenu compte de l'effet des besoins, les consultations avec un médecin étaient associées indépendamment à l'âge, au sexe, au revenu du ménage, à la race, à la langue, à la résidence en région urbaine ou rurale et au fait d'avoir un médecin de famille régulier. Chez les personnes âgées de 75 ans et plus et les résidents des régions rurales, la cote exprimant les chances d'avoir consulté un spécialiste était faible, mais celle exprimant les chances d'avoir consulté un omnipraticien quatre fois ou plus était élevée. Enfin, la cote exprimant les chances de déclarer des visites chez un spécialiste était plus faible chez les membres des minorités visibles et les Autochtones que chez les personnes de race blanche.

Mots-clés

Services de santé, état de santé, antécédents raciaux, statut socioéconomique, langue, médecin de famille régulier.

Auteurs

Alice Nabalamba (613-951-7188; Alice.Nabalamba@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6, et Wayne J. Millar travaillait anciennement pour cette division.

La Loi canadienne sur la santé, adoptée en 1984, établit le droit universel à l'accès aux soins de santé nécessaires financés par l'état, sans obstacle d'ordre financier ou autre. Personne ne peut faire l'objet d'une discrimination à cause de facteurs tels que le revenu, l'âge ou l'état de santé¹.

L'un des modèles que l'on a conçus pour examiner l'association entre le besoin de soins de santé et l'utilisation des services est celui proposé par Andersen^{2,3}, qui repose sur l'hypothèse que trois types de facteurs entrent en jeu lorsqu'une personne cherche à obtenir des soins : son état de santé, sa prédisposition à utiliser les services de santé et sa capacité à obtenir les services. Ces facteurs sont classés dans les catégories des *facteurs de besoin*, des *facteurs prédisposants* et des *facteurs facilitants*, respectivement.

Les facteurs de *besoin* sont les maladies perçues par la personne et celles diagnostiquées par les professionnels de la santé. Les facteurs *prédisposants* sont les caractéristiques de la personne qui existent avant l'installation de la maladie, comme l'âge, le sexe et la race. Les facteurs *facilitants* comprennent le niveau de scolarité, le revenu et l'accès aux prestataires de soins de santé et aux établissements de santé.

Méthodologie

Source des données

Les estimations sont basées sur des données provenant du cycle 3.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisé en 2005. L'ESCC a pour champ d'observation la population à domicile de 12 ans et plus des dix provinces et des trois territoires, sauf les personnes vivant en établissement, les membres réguliers des Forces canadiennes et les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. Les données du cycle 3.1 ont été recueillies de janvier à décembre 2005 auprès d'un échantillon de 132 947 personnes. Le taux de réponse a été de 79 %. D'autres renseignements sur l'ESCC peuvent être consultés dans un rapport publié antérieurement⁴.

La présente analyse est axée sur deux groupes d'âge, à savoir les 18 à 64 ans (92 362 personnes) et les 65 ans et plus (28 197 personnes). Ensemble, ces 120 559 personnes représentent une population à domicile de 25 millions de personnes de 18 ans et plus. Les données sur les deux groupes d'âge ont été analysées séparément parce que les facteurs associés aux visites chez le médecin des membres de ces groupes ont tendance à différer.

Techniques d'analyse

Les taux de consultations avec un omnipraticien et avec un spécialiste ont été estimés d'après les données de l'ESCC, pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population des dix provinces et des trois territoires en 2005. Des totalisations croisées ont été produites pour montrer la prévalence des consultations avec les médecins en fonction des besoins (nombre de problèmes de santé chroniques, autoévaluation de l'état de santé général, autoévaluation de l'état de santé mentale), ainsi que des caractéristiques prédisposantes (sexe, groupe d'âge, groupe racial ou culturel) et des caractéristiques facilitantes (langue, niveau de scolarité, revenu du ménage, résidence en région urbaine ou rurale, avoir un médecin de famille régulier) choisies en tenant compte du modèle d'Andersen^{2,3} et de la disponibilité des données dans le cadre de l'ESCC (voir *Définitions*). Des rapports de cotes non corrigés ont été calculés pour chaque facteur de besoin par rapport à une consultation avec un omnipraticien, quatre consultations ou plus avec un omnipraticien et une consultation avec un spécialiste. Des modèles de régression logistique corrigés ont été utilisés pour évaluer la cote exprimant les chances de consultation en neutralisant simultanément les effets des besoins, des caractéristiques prédisposantes et des caractéristiques facilitantes.

Pour tenir compte du plan d'échantillonnage de l'ESCC, la méthode du *bootstrap* a été utilisée pour calculer les intervalles de confiance et les coefficients de variation, ainsi que pour tester la signification statistique des différences entre les estimations. Un seuil de signification de $p < 0,05$ a été appliqué dans tous les cas^{5,7}.

Limites

Il n'a pas été possible d'inclure dans l'analyse la gamme complète de facteurs figurant dans le modèle d'Andersen. Ainsi, la liste des facteurs prédisposants du modèle comprend des variables d'attitude/ de convictions à l'égard de la santé et de la maladie, mais l'ESCC ne comprenait aucune question permettant de recueillir ce genre d'information. De même, aucune information n'a été recueillie dans le cadre de l'enquête sur les variables relatives à la collectivité, comme les établissements de soins de santé et le nombre de médecins, qui comptent parmi les facteurs facilitants du modèle.

Alors que le modèle d'Andersen (et la présente analyse) limitent la détermination des « besoins » aux problèmes de santé chroniques et à un état de santé autoévalué comme étant passable ou mauvais, les Canadiens recourent aux services des médecins aussi bien dans un but préventif que pour traiter des maladies. Par conséquent, l'association observée entre les besoins et la fréquence des visites chez le médecin est vraisemblablement plus faible qu'elle ne l'aurait été si l'on avait inclus dans les besoins une gamme plus générale de facteurs, comme l'examen médical annuel, les soins gynécologiques et le dépistage.

Les données ont été recueillies auprès de la population à domicile. Bien qu'un nombre assez faible de personnes vivent en établissement, leurs caractéristiques pourraient différer de celles des membres des ménages d'une façon qui pourrait avoir une incidence sur les résultats qui ont été inclus dans l'enquête. En outre, même au sein de la population à domicile, les personnes qui ont participé à l'enquête pourraient avoir été en meilleure santé et plus susceptibles que les non-répondants d'adopter des comportements favorables à la santé, comme rendre visite à des médecins.

Les sans-abri et les résidents des communautés isolées du Nord et des réserves indiennes ne font pas partie du champ d'observation de l'ESCC. Ces exclusions empêchent d'examiner les soins de santé reçus par certains groupes chez lesquels le risque de maladie est élevé, dont le revenu du ménage pourrait être faible et dont l'accès à des médecins pourrait être limité.

Les données de l'ESCC sont autodéclarées. Elles pourraient être entachées d'un biais si la disposition à fournir des renseignements sur son état de santé et l'utilisation des services de santé différaient chez certains groupes sociodémographiques⁶.

Le présent article, qui est fondé sur le modèle d'Andersen, porte sur l'utilisation des services des omnipraticiens et des spécialistes par les Canadiens de 18 ans et plus (voir *Méthodologie*). Comme les facteurs importants pour les personnes âgées lorsqu'elles cherchent à obtenir des soins de santé peuvent différer de ceux qui le sont pour les personnes plus jeunes, des analyses distinctes ont été menées pour le groupe des 18 à 64 ans et celui des 65 ans et plus.

Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi canadienne sur la santé*, de nombreuses études ont été réalisées en vue d'examiner la relation entre les avantages ou les désavantages socioéconomiques et l'utilisation des services⁸⁻¹⁹. Bien que la présente analyse s'intéresse, elle aussi, aux associations entre le revenu des ménages et les visites chez le médecin, elle vise en outre à examiner les variations selon le sexe, l'âge, le groupe racial/culturel, la langue, le fait d'avoir un médecin de famille régulier et la résidence en région urbaine ou rurale. Elle a principalement pour but de déterminer si les caractéristiques prédisposantes et facilitantes sont associées à la fréquence des consultations avec un médecin, indépendamment des besoins (problèmes de santé chroniques et autoévaluation de la santé générale et mentale) (voir *Définitions*).

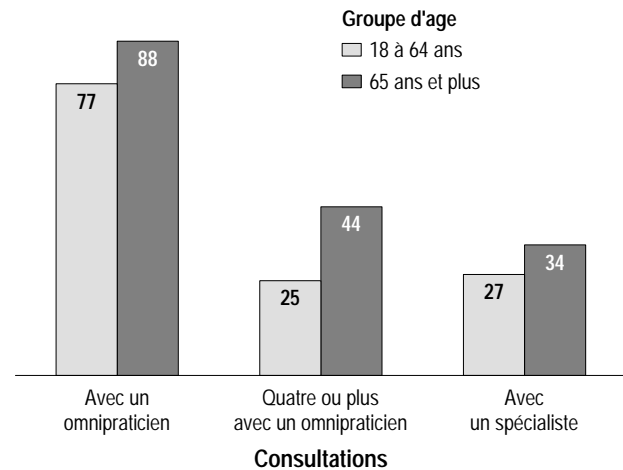
La majorité ont consulté un omnipraticien

Le premier contact des Canadiens avec le système de santé a fréquemment lieu par l'entremise d'un omnipraticien. Les omnipraticiens sont également les principaux contrôleurs de l'accès aux services des spécialistes.

En 2005, 77 % des 18 à 64 ans (soit environ 15,8 millions de personnes) ont déclaré avoir consulté un omnipraticien au moins une fois l'année précédente, et 25 % d'entre elles l'avaient fait quatre fois ou plus (graphique 1).

Les contacts avec un omnipraticien étaient encore plus fréquents chez les personnes âgées. Près de 9 personnes de 65 ans et plus sur 10 (environ 3,4 millions) ont dit avoir consulté un omnipraticien, et 44 % l'avaient fait quatre fois ou plus.

Graphique 1
Pourcentage de personnes ayant déclaré des consultations avec un médecin l'année précédente, selon le groupe d'âge, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, 2005



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne, 2005

Les proportions de personnes qui avaient consulté un spécialiste étaient plus faibles. Un peu plus du quart des personnes de 18 à 64 ans et plus du tiers des personnes âgées avaient vu un spécialiste au moins une fois l'année précédente.

Forte association avec les besoins

Comme il faut s'y attendre, la probabilité de consulter des médecins est fortement associée à l'existence de problèmes de santé chroniques et à l'autoévaluation de la santé. Et en fait, cette constatation est en accord avec l'esprit de la *Loi canadienne sur la santé*, dont le but est d'assurer l'accès aux soins en fonction de l'état de santé ou des « besoins ».

Parmi les personnes de 18 à 64 ans, 72 % n'ayant aucun problème de santé chronique avaient consulté un omnipraticien l'année précédente, comparativement à 94 % de celles en présentant trois ou plus (tableau 1). De même, environ 75 % des personnes qui ont décrit leur santé générale ou mentale comme étant excellente ou très bonne avaient rendu visite à un omnipraticien, alors que la proportion était d'environ 86 % pour celles dont l'état de santé générale ou mentale était passable.

Tableau 1
Pourcentage de personnes ayant déclaré des consultations avec un médecin l'année précédente, selon le groupe d'âge et l'état de santé, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, 2005

État de santé	Consultations					
	Avec un omni-praticien		Quatre ou plus avec un omni-praticien		Avec un spécialiste	
	18 à 64 ans	65 ans et plus	18 à 64 ans	65 ans et plus	18 à 64 ans	65 ans et plus
	%		%		%	
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun [†]	72,2	76,6	18,1	18,7	21,9	21,7
Un	84,4*	88,4*	34,1*	40,0*	32,6*	31,6*
Deux	90,7*	92,4*	51,0*	54,5*	44,6*	38,2*
Trois et plus	93,5*	93,7*	65,6*	68,5*	55,9*	49,0*
Autoévaluation de la santé générale						
Excellente ou très bonne [†]	74,4	84,5	17,9	30,0	22,5	26,5
Bonne	78,3*	88,5*	30,5*	45,8*	28,9*	34,9*
Passable ou mauvaise	86,6*	92,0*	55,5*	64,0*	47,4*	45,2*
Autoévaluation de la santé mentale						
Excellente ou très bonne [†]	75,7	87,0	21,4	40,2	24,9	34,0
Bonne	77,7*	88,7*	30,4*	48,4*	28,7*	33,7
Passable ou mauvaise	85,6*	91,6*	51,3*	61,4*	41,6*	40,1*

[†] Catégorie de référence.

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

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005

ou mauvais. Les associations entre l'état de santé et les consultations avec un omnipraticien étaient les mêmes pour les personnes âgées. En outre, dans les deux groupes d'âge, la proportion de personnes qui avaient consulté plusieurs fois un omnipraticien ou un spécialiste augmentait avec le nombre de problèmes de santé chroniques et était la plus élevée chez celles dont la santé générale ou mentale était passable ou mauvaise.

Naturellement, la probabilité de souffrir de problèmes de santé chroniques ou de déclarer que son état de santé est passable ou mauvais n'est pas la même pour tout le monde. Ainsi, le nombre de problèmes de santé chroniques a tendance à augmenter avec l'âge, et juger son état de santé passable ou mauvais est plus fréquent chez les personnes appartenant à un ménage à faible revenu ou vivant en région rurale (tableaux A et B en annexe). Qui plus est, la prévalence des problèmes

de santé chroniques et d'un état de santé passable ou mauvais est élevée chez certaines minorités visibles, notamment les Autochtones.

Si l'on tient compte de l'effet du sexe, de l'âge, du revenu du ménage, du lieu de résidence et de la race (ainsi que de la langue et du fait d'avoir un médecin de famille régulier), les problèmes de santé chroniques et l'autoévaluation de l'état de santé continuent d'être des prédicteurs puissants de la fréquence des consultations avec un médecin (tableau 2). Cependant, la force des associations diminue — invariablement, la cote exprimant les chances que les personnes dont les « besoins » sont les plus grands (indiqués par l'existence de problèmes de santé chroniques et d'un état de santé passable ou mauvais) consultent un médecin est considérablement réduite (voir *Méthodologie*). Par exemple, parmi le groupe des 18 à 64 ans, la cote non corrigée exprimant les chances qu'une personne souffrant d'au moins trois problèmes de santé chroniques consulte un spécialiste était quatre fois et demie plus élevée que celle calculée pour une personne ne présentant aucun problème de santé chronique. Si l'on neutralise les effets des facteurs prédisposants et des facteurs facilitants, la cote susmentionnée demeure plus élevée mais n'est plus qu'environ trois fois plus élevée que celle observée pour une personne ne souffrant d'aucun problème de santé chronique. Chez les personnes âgées, le rapport de cotes correspondant passe de 3,47 à 2,79.

La suite de l'analyse a pour but de déterminer comment ces facteurs prédisposants et facilitants sont reliés à l'utilisation des services des omnipraticiens et des spécialistes au Canada lorsque l'on tient compte de l'effet des besoins.

Fréquence des consultations et âge

Comme le vieillissement est associé au déclin de la santé (tableaux A et B en annexe), la fréquence des visites chez le médecin a tendance à augmenter aux âges avancés (tableaux C et D en annexe). Toutefois, si l'on tient compte de l'effet du niveau des besoins et des autres caractéristiques, la relation entre l'âge et la fréquence à laquelle les médecins sont consultés est moins claire.

Tableau 2

Rapports de cotes non corrigés et corrigés pour les consultations avec un médecin l'année précédente, selon le groupe d'âge et l'état de santé, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, 2005

	18 à 64 ans				65 ans et plus			
	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance de 95 %
Consultation avec un omnipraticien								
Nombre de problèmes de santé chroniques								
Aucun [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Un	2,09*	1,97 à 2,21	1,75*	1,63 à 1,87	2,34*	2,05 à 2,67	2,09*	1,80 à 2,43
Deux	3,75*	3,29 à 4,27	2,79*	2,43 à 3,21	3,69*	3,13 à 4,37	2,91*	2,40 à 3,52
Trois et plus	5,56*	4,41 à 7,01	3,64*	2,86 à 4,63	4,54*	3,73 à 5,53	3,45*	2,71 à 4,40
Autoévaluation de la santé générale								
Excellente ou très bonne [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Bonne	1,24*	1,17 à 1,31	1,12*	1,05 à 1,19	1,42*	1,25 à 1,61	1,07	0,93 à 1,24
Passable ou mauvaise	2,22*	2,01 à 2,46	1,38*	1,22 à 1,55	2,11*	1,84 à 2,42	1,35*	1,12 à 1,62
Autoévaluation de la santé mentale								
Excellente ou très bonne [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Bonne	1,12*	1,05 à 1,19	1,07	1,00 à 1,16	1,17*	1,04 à 1,33	1,00	0,87 à 1,16
Passable ou mauvaise	1,90*	1,67 à 2,16	1,51*	1,29 à 1,76	1,64*	1,26 à 2,12	1,21	0,88 à 1,67
Quatre consultations ou plus avec un omnipraticien								
Nombre de problèmes de santé chroniques								
Aucun [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Un	2,35*	2,23 à 2,47	2,02*	1,90 à 2,14	2,91*	2,58 à 3,27	2,59*	2,29 à 2,92
Deux	4,73*	4,38 à 5,11	3,43*	3,12 à 3,77	5,21*	4,65 à 5,84	4,07*	3,60 à 4,60
Trois et plus	8,65*	7,64 à 9,79	4,81*	4,20 à 5,49	9,47*	8,36 à 10,71	6,23*	5,44 à 7,14
Autoévaluation de la santé générale								
Excellente ou très bonne [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Bonne	2,01*	1,90 à 2,11	1,62*	1,53 à 1,72	1,98*	1,80 à 2,17	1,48*	1,34 à 1,64
Passable ou mauvaise	5,70*	5,30 à 6,12	2,98*	2,73 à 3,27	4,16*	3,80 à 4,57	2,34*	2,08 à 2,64
Autoévaluation de la santé mentale								
Excellente ou très bonne [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Bonne	1,60*	1,52 à 1,69	1,21*	1,13 à 1,29	1,40*	1,29 à 1,52	1,03	0,94 à 1,13
Passable ou mauvaise	3,85*	3,52 à 4,22	2,02*	1,80 à 2,26	2,37*	2,01 à 2,79	1,23*	1,03 à 1,47
Consultation avec un spécialiste								
Nombre de problèmes de santé chroniques								
Aucun [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Un	1,73*	1,64 à 1,82	1,47*	1,39 à 1,56	1,67*	1,49 à 1,87	1,56*	1,38 à 1,76
Deux	2,88*	2,67 à 3,11	2,17*	1,99 à 2,38	2,23*	1,98 à 2,52	1,98*	1,73 à 2,26
Trois et plus	4,52*	4,01 à 5,10	2,87*	2,52 à 3,28	3,47*	3,07 à 3,92	2,79*	2,43 à 3,19
Autoévaluation de la santé générale								
Excellente ou très bonne [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Bonne	1,40*	1,34 à 1,47	1,30*	1,23 à 1,37	1,49*	1,36 à 1,63	1,39*	1,26 à 1,54
Passable ou mauvaise	3,11*	2,90 à 3,33	2,20*	2,01 à 2,40	2,29*	2,08 à 2,53	2,01*	1,80 à 2,26
Autoévaluation de la santé mentale								
Excellente ou très bonne [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Bonne	1,21*	1,15 à 1,29	1,05	0,98 à 1,12	0,99	0,92 à 1,07	0,85*	0,78 à 0,93
Passable ou mauvaise	2,15*	1,97 à 2,36	1,37*	1,24 à 1,52	1,30*	1,10 à 1,53	0,91	0,76 à 1,08

[†] Catégorie de référence.

[‡] Corrigé pour tenir compte de l'effet du sexe, de l'âge, de l'aptitude à converser en anglais ou en français, du revenu du ménage, de la résidence en région urbaine/rurale et du fait d'avoir un médecin de famille régulier.

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

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005

En fait, chez les personnes de 18 à 64 ans, la variation en fonction de l'âge n'est plus évidente (tableau 3). Comparativement aux personnes de 18 à 24 ans, les cotes exprimant les chances de déclarer une consultation ou plusieurs consultations avec un omnipraticien ne restaient élevées que pour le groupe des 25 à 34 ans, et ces résultats reflètent en grande partie l'utilisation fréquente des services de santé par les femmes aux alentours de l'accouchement. Si l'on exclut de l'analyse les femmes qui étaient enceintes au moment de l'entrevue de l'ESCC et celles qui avaient accouché l'année précédente, les cotes exprimant les chances d'une ou de plusieurs visites chez un omnipraticien ne demeurent pas significativement supérieures à la moyenne chez les personnes de 25 à 34 ans (données non présentées).

Par contre, chez les personnes âgées, même si l'on tient compte de l'effet d'autres facteurs, le vieillissement continue d'être associé à une plus forte probabilité de consulter un omnipraticien et, particulièrement, de le faire plusieurs fois (tableau 4). Cette constatation pourrait être due au fait qu'il n'a pas été possible de tenir compte de l'effet de la gravité des problèmes de santé chroniques dans le modèle multivarié.

La relation entre l'âge et la fréquence des consultations avec un spécialiste diffère de celle observée pour les visites chez un omnipraticien. Parmi les personnes de 18 à 64 ans, la cote exprimant les chances d'avoir consulté un spécialiste était significativement plus élevée chez celles de 25 à 34 ans que chez celles de 18 à 24 ans (tableau 3). Même si l'on exclut de l'analyse les femmes qui étaient enceintes et celles qui venaient d'accoucher, la cote diminue, mais demeure significativement élevée. Chez les personnes âgées, la cote exprimant les chances d'une consultation avec un spécialiste était effectivement plus faible chez celles de 75 ans et plus que chez celles de 65 à 69 ans.

Fréquence plus élevée chez les femmes

Il a été constaté systématiquement que les femmes utilisent les services médicaux plus fréquemment que les hommes^{12-14, 20, 21}. Selon les résultats de

l'ESCC de 2005, même si l'on neutralise les effets des problèmes de santé chroniques, de l'autoévaluation de la santé et d'autres facteurs, la relation entre le sexe et la fréquence des consultations avec un omnipraticien persiste chez les personnes de 18 à 64 ans (tableau 3). Comparativement aux cotes correspondantes chez les hommes, les cotes exprimant les chances de déclarer une visite chez un omnipraticien, plusieurs visites chez un omnipraticien et une visite chez un spécialiste étaient plus élevées chez les femmes de ce groupe d'âge. Bien que les cotes diminuent, ces constatations restent vraies si l'on exclut de l'analyse les femmes qui étaient enceintes ou qui avaient accouché l'année précédant l'enquête (données non présentées).

Par contre, chez les personnes âgées, si l'on tient compte de l'effet des problèmes de santé chroniques, de l'autoévaluation de l'état de santé et des autres facteurs, la cote exprimant les chances d'avoir consulté un omnipraticien ou de déclarer plusieurs visites chez un omnipraticien était statistiquement la même pour les femmes que pour les hommes (tableau 4). En outre, la cote exprimant les chances d'avoir consulté un spécialiste l'année précédente était significativement plus faible pour les femmes âgées que pour leurs homologues masculins.

Revenu du ménage et niveau de scolarité

Les auteurs d'études antérieures ont décrit les associations entre l'utilisation des services de soins de santé au Canada et les facteurs socioéconomiques, même après l'introduction de l'assurance-maladie universelle⁹⁻¹⁸. Les données provenant de l'ESCC de 2005 confirment ces résultats, du moins en ce qui concerne les visites chez le médecin.

Les analyses univariées indiquent que les personnes de 18 à 64 ans appartenant aux groupes de revenu les plus élevés étaient plus susceptibles que celles du groupe de revenu moyen d'avoir consulté un omnipraticien l'année précédente, tandis que celles vivant dans un ménage à faible revenu étaient moins susceptibles de l'avoir fait

Tableau 3

Rapports de cotes corrigés pour les consultations avec un médecin l'année précédente, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 18 à 64 ans, Canada, 2005

	Consultations					
	Avec un omnipraticien		Quatre ou plus avec un omnipraticien		Avec un spécialiste	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Besoin de soins de santé						
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Un	1,75*	1,63 à 1,87	2,02*	1,90 à 2,14	1,47*	1,39 à 1,56
Deux	2,79*	2,43 à 3,21	3,43*	3,12 à 3,77	2,17*	1,99 à 2,38
Trois et plus	3,64*	2,86 à 4,63	4,81*	4,20 à 5,49	2,87*	2,52 à 3,28
Autoévaluation de la santé générale						
Excellente ou très bonne [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Bonne	1,12*	1,05 à 1,19	1,62*	1,53 à 1,72	1,30*	1,23 à 1,37
Passable ou mauvaise	1,38*	1,22 à 1,55	2,98*	2,73 à 3,27	2,20*	2,01 à 2,40
Autoévaluation de la santé mentale						
Excellente ou très bonne [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Bonne	1,07	1,00 à 1,16	1,20*	1,13 à 1,29	1,05	0,98 à 1,12
Passable ou mauvaise	1,51*	1,29 à 1,76	2,02*	1,80 à 2,26	1,37*	1,24 à 1,52
Caractéristiques prédisposantes						
Sexe						
Hommes [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Femmes	1,77*	1,68 à 1,86	1,84*	1,75 à 1,94	1,92*	1,82 à 2,01
Groupe d'âge						
18 à 24 ans [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
25 à 34 ans	1,09*	1,00 à 1,19	1,19*	1,09 à 1,30	1,21*	1,12 à 1,31
35 à 44 ans	0,97	0,89 à 1,06	0,86*	0,79 à 0,94	1,08	0,99 à 1,17
45 à 54 ans	1,03	0,94 à 1,13	0,79*	0,72 à 0,87	1,02	0,93 à 1,11
55 à 64 ans	1,02	0,92 à 1,13	0,79*	0,72 à 0,87	1,09	1,00 à 1,19
Groupe racial ou culturel						
Blanc(che) [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Noir(e)	1,13	0,91 à 1,41	1,02	0,80 à 1,28	0,74*	0,60 à 0,90
Autochtone	1,02	0,88 à 1,17	1,34*	1,18 à 1,52	0,69*	0,61 à 0,77
Autre	1,07	0,97 à 1,17	1,25*	1,14 à 1,36	0,76*	0,69 à 0,83
Caractéristiques facilitantes						
Peut converser en anglais ou en français						
Oui [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Non	0,98	0,70 à 1,38	1,58*	1,21 à 2,07	0,94	0,68 à 1,29
Revenu du ménage						
Inférieur	0,88*	0,81 à 0,95	1,18*	1,09 à 1,27	0,95	0,88 à 1,03
Moyen-inférieur	0,97	0,90 à 1,05	1,10*	1,02 à 1,19	1,01	0,94 à 1,08
Moyen [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Moyen-supérieur	1,19*	1,10 à 1,27	1,10*	1,02 à 1,18	1,14*	1,07 à 1,23
Supérieur	1,24*	1,15 à 1,32	1,08*	1,00 à 1,16	1,24*	1,15 à 1,33
Résidence						
Région urbaine [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Région rurale	0,94	0,87 à 1,00	1,09*	1,01 à 1,16	0,69*	0,64 à 0,74
A un médecin de famille régulier						
Oui [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Non	0,23*	0,21 à 0,24	0,35*	0,32 à 0,38	0,70*	0,65 à 0,75

[†] Catégorie de référence.

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

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005

Tableau 4

Rapports de cotes corrigés pour les consultations avec un médecin l'année précédente, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2005

	Consultations					
	Avec un omnipraticien		Quatre ou plus avec un omnipraticien		Avec un spécialiste	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Besoin de soins de santé						
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun [†]	1,00	...	1,00
Un	2,09*	1,80 à 2,43	2,59*	2,29 à 2,92	1,56*	1,38 à 1,76
Deux	2,91*	2,40 à 3,52	4,07*	3,60 à 4,60	1,98*	1,73 à 2,26
Trois et plus	3,45*	2,71 à 4,40	6,23*	5,44 à 7,14	2,79*	2,43 à 3,19
Autoévaluation de la santé générale						
Excellente ou très bonne [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Bonne	1,07	0,93 à 1,24	1,48*	1,34 à 1,64	1,39*	1,26 à 1,54
Passable ou mauvaise	1,35*	1,12 à 1,62	2,34*	2,08 à 2,64	2,01*	1,80 à 2,26
Autoévaluation de la santé mentale						
Excellente ou très bonne [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Bonne	1,00	0,87 à 1,16	1,03	0,94 à 1,13	0,85*	0,78 à 0,93
Passable ou mauvaise	1,21	0,88 à 1,67	1,23*	1,03 à 1,47	0,91	0,76 à 1,08
Caractéristiques prédisposantes						
Sexe						
Hommes [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Femme	1,01	0,90 à 1,14	1,04	0,96 à 1,13	0,83*	0,77 à 0,90
Groupe d'âge						
65 à 69 ans [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
70 à 74 ans	1,12	0,97 à 1,30	1,06	0,96 à 1,18	0,93	0,84 à 1,03
75 à 79 ans	1,21*	1,03 à 1,44	1,19*	1,06 à 1,33	0,87*	0,78 à 0,97
80 à 84 ans	1,10	0,90 à 1,34	1,54*	1,36 à 1,74	0,80*	0,71 à 0,90
85 ans et plus	1,44*	1,15 à 1,79	1,58*	1,38 à 1,82	0,69*	0,59 à 0,80
Groupe racial ou culturel						
Blanc(che) [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Noir(e)	2,83*	1,22 à 6,52	1,06	0,57 à 1,98	0,50*	0,28 à 0,88
Autochtone	0,60	0,35 à 1,01	1,11	0,72 à 1,70	0,57*	0,37 à 0,90
Autre	1,06	0,73 à 1,54	2,09*	1,63 à 2,69	0,76*	0,60 à 0,97
Caractéristiques facilitantes						
Peut converser en anglais ou en français						
Oui [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Non	1,79	0,93 à 3,42	1,29	0,89 à 1,85	1,11	0,75 à 1,65
Revenu du ménage						
Inférieur	0,86*	0,75 à 0,99	0,92	0,84 à 1,01	0,84*	0,76 à 0,93
Moyen-inférieur	1,14	0,96 à 1,35	0,98	0,88 à 1,09	1,06	0,95 à 1,18
Moyen [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Moyen-supérieur	1,34*	1,04 à 1,71	0,90	0,78 à 1,03	1,30*	1,12 à 1,51
Supérieur	1,36*	1,03 à 1,80	0,97	0,81 à 1,17	1,48*	1,24 à 1,77
Résidence						
Région urbaine [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Région rurale	1,12	0,95 à 1,31	1,15*	1,04 à 1,27	0,62*	0,56 à 0,69
A un médecin de famille régulier						
Oui [†]	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Non [†]	0,09*	0,08 à 0,11	0,26*	0,21 à 0,32	0,77*	0,63 à 0,93

[†] Catégorie de référence.

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

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005

Définitions

Résultats

Trois mesures de résultat ont été examinées, à savoir une consultation avec un omnipraticien, plusieurs consultations avec un omnipraticien et une consultation avec un spécialiste.

Afin de déterminer les cas de consultation avec un omnipraticien, on a posé aux participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) la question : « Sans compter les séjours dans un établissement de santé, au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone, pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux : un médecin de famille ou un omnipraticien? » Les personnes qui ont dit avoir pris contact avec un omnipraticien au moins une fois ont été considérées comme ayant consulté un omnipraticien l'année précédente. Cette définition englobe les consultations par téléphone, ainsi que les visites au cabinet du médecin, mais moins de 2 % des répondants ont déclaré une consultation par téléphone.

Une variable dérivée a été construite pour mesurer le nombre de consultations avec un omnipraticien. Le nombre moyen de ces consultations l'année qui a précédé l'enquête était égale à trois; on a défini le recours fréquent aux services d'un médecin comme étant quatre consultations ou plus.

Pour déterminer le nombre de consultations avec un spécialiste, on a demandé aux participants à l'enquête : « Sans compter les séjours dans un établissement de santé, au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone, pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux : un autre médecin ou spécialiste (comme un chirurgien, un allergologue, un orthopédiste, un gynécologue ou un psychiatre)? » Les personnes ayant pris contact au moins une fois avec un spécialiste ont été considérées comme ayant consulté un spécialiste l'année précédente.

Besoin de soins de santé

Le *nombre de problèmes de santé chroniques* est un indicateur de besoin. On a demandé aux participants à l'enquête s'ils avaient des « problèmes de santé de longue durée, c'est-à-dire des problèmes durant ou devant durer six mois ou plus ayant été diagnostiqués par un professionnel de la santé. » L'intervieweur leur a ensuite lu une liste de problèmes de santé; ceux inclus dans la présente analyse sont la maladie coronarienne, le diabète, l'hypertension, l'accident vasculaire cérébral, le cancer, l'arthrite, les ulcères à l'estomac, l'asthme et l'emphysème.

L'*autoévaluation de la santé générale* est fondée sur la question : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? »

L'*autoévaluation de la santé mentale* est fondée sur la question : « En général diriez-vous que votre santé mentale est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? »

Caractéristiques prédisposantes

Des analyses distinctes ont été réalisées pour les personnes de 18 à 64 ans et pour les personnes âgées (65 ans et plus). Cinq *groupes d'âge* ont été définis dans chaque catégorie : 18 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans et 55 à 64 ans, d'une part, et

65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 à 84 ans et 85 ans et plus, d'autre part.

Pour déterminer le *groupe racial/culturel*, l'intervieweur de l'ESCC a lu l'énoncé suivant : « Les gens qui habitent au Canada ont des origines culturelles et raciales très variées. » Puis, il a demandé à la personne interrogée si elle était Blanche, Chinoise, Sud-Asiatique (p. ex., Indienne de l'Inde, Pakistanaise, Sri Lankaise), Noire, Phillipine, Latino-Américaine, Asiatique du Sud-Est (p. ex., Cambodgienne, Indonésienne, Laotienne, Vietnamiennne), Arabe, Asiatique occidentale (p. ex., Afghane, Iranienne), Japonaise, Coréenne, Autochtone ou autre. Aux fins de la présente analyse, le groupe racial/culturel a été subdivisé en quatre catégories, à savoir Blanc(che), Noir(e), Autochtone, et Autre (tous les autres groupes de minorités visibles).

Caractéristiques facilitantes

On a demandé aux participants à l'enquête : « Dans quelles langues pouvez-vous soutenir une conversation? » Aux fins de l'analyse, on a défini deux catégories de langue, à savoir l'anglais ou le français (si l'une de ces langues faisait partie de celles dans lesquelles la personne pouvait soutenir une conversation) et autre (si l'anglais ou le français ne faisait pas partie des langues dans lesquelles la personne pouvait soutenir une conversation).

Le *niveau de scolarité*, basé sur le plus haut niveau atteint, a été réparti en quatre groupes, à savoir pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Le *revenu du ménage* a été dérivé en calculant le ratio entre le revenu total du ménage au cours des 12 derniers mois et le seuil de faible revenu (SFR) de 2004 correspondant au nombre de personnes que comptait le ménage et à la taille de la collectivité. Le seuil de faible revenu est le seuil auquel un ménage dépenserait typiquement en nourriture, en logement et en vêtements une part de son revenu plus importante que le ménage moyen. Les ratios ont été triés du plus petit au plus grand et corrigés en divisant les ratios originaux par un facteur 10 pour les convertir en ratios inférieurs ou égaux à un. Puis, ils ont été groupés en déciles pour l'ensemble du Canada (10 intervalles, comprenant chacun à peu près le même nombre de personnes). Les déciles ont été produits en utilisant des données pondérées. Ces déciles ont ensuite été groupés en cinq catégories de revenu du ménage : inférieur, moyen-inférieur, moyen, moyen-supérieur et supérieur, plus une catégorie de données manquantes.

Dans l'ESCC, la *résidence* en région urbaine ou rurale est une variable dérivée qui est basée sur la géographie du recensement. Les régions urbaines sont des régions urbanisées en continu qui ont une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 habitants par kilomètre carré d'après les chiffres de population du recensement précédent. Toutes les autres régions sont considérées comme étant rurales et englobent environ 5 % des codes postaux pour lesquels l'information sur l'appartenance à la population rurale ou urbaine manque.

Pour déterminer si les participants à l'enquête *avaient un médecin régulier*, on a posé la question : « Avez-vous un médecin de famille régulier? »

(tableau C en annexe). Chez les personnes âgées, la variation en fonction du revenu n'est pas aussi prononcée; la prévalence des consultations avec un omnipraticien n'était significativement faible que chez les membres des ménages ayant les revenus les plus faibles (tableau D en annexe). Les associations entre le recours aux services d'un omnipraticien et le niveau de scolarité sont également évidentes chez les deux groupes d'âge; les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires étaient moins susceptibles d'avoir consulté un omnipraticien que celles titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires.

Dans le modèle multivarié, qui tient compte de l'effet des besoins et d'autres facteurs, la relation entre le revenu du ménage et les consultations avec un omnipraticien persiste pour les personnes de 18 à 64 ans, et devient même plus forte pour les personnes âgées (tableaux 3 et 4). Le niveau de scolarité n'a pas été inclus dans l'analyse multivariée à cause de sa forte corrélation avec le revenu.

Dans les analyses univariées, pour les deux groupes d'âge, les consultations multiples avec un omnipraticien étaient plus fréquentes chez les membres des ménages à faible revenu. (Il en était également ainsi pour le faible niveau de scolarité.) Si l'on tient compte des besoins et des autres facteurs, la variation en fonction du revenu ne s'observe plus chez les personnes âgées, tandis que chez les 18 à 64 ans, les personnes appartenant aux ménages ayant les revenus les plus faibles et les plus élevés deviennent plus susceptibles que celles vivant dans les ménages à revenu moyen de déclarer plusieurs visites chez un omnipraticien.

En ce qui concerne les consultations avec un spécialiste, la relation avec le revenu du ménage est claire. Si l'on tient compte des effets des besoins et des autres facteurs, parmi les personnes de 18 à 64 ans, la cote exprimant les chances de déclarer une visite était significativement élevée pour les personnes appartenant aux groupes de revenu du ménage moyen-supérieur et supérieur en comparaison avec celle pour les personnes du groupe de revenu du ménage moyen (tableau 3). Chez les personnes âgées, la cote exprimant les chances d'une visite chez un spécialiste était

significativement élevée pour celles vivant dans un ménage à revenu élevé et significativement faible pour celles appartenant aux ménages ayant les revenus les plus faibles (tableau 4).

Minorités visibles

Chez les personnes de 18 à 64 ans, la cote exprimant les chances que des membres des groupes de minorités visibles déclarent une consultation avec un omnipraticien était statistiquement semblable à celle observée pour les personnes de race blanche après avoir tenu compte des effets des besoins et de facteurs tels que l'âge et le revenu du ménage (tableau 3). En revanche, la cote exprimant les chances de déclarer plusieurs visites chez un omnipraticien était plus élevée pour les Autochtones et d'autres minorités visibles que pour les personnes de race blanche.

Chez les personnes âgées, la cote exprimant les chances d'une consultation avec un omnipraticien était plus élevée pour les personnes de race noire que pour celle de race blanche. En outre, la cote exprimant les chances de consultations multiples avec un omnipraticien était significativement plus élevée pour les membres d'autres minorités visibles appartenant à ce groupe d'âge.

La situation est différente en ce qui concerne les consultations avec un spécialiste. Qu'il s'agisse de personnes de 18 à 64 ans ou de personnes âgées, la cote exprimant les chances d'avoir consulté un spécialiste l'année précédente était significativement plus faible pour les Autochtones, les Noirs et les membres d'autres minorités visibles.

Langue

La langue a été mentionnée en tant qu'obstacle éventuel à l'utilisation des services de santé²², mais selon les résultats de l'ESCC de 2005, cela n'est pas le cas des visites chez un omnipraticien. Si l'on tient compte de l'effet des besoins et des autres facteurs, chez les personnes de 18 à 64 ans, la cote exprimant les chances de consulter un omnipraticien était la même pour celles qui s'exprimaient sans difficulté en anglais ou en français que pour celles qui ne le pouvaient pas. En outre, la cote exprimant les chances de déclarer

plusieurs consultations avec un omnipraticien était significativement plus élevée chez les personnes incapables de converser en anglais ou en français.

Chez les personnes âgées, les cotes exprimant les chances d'une visite chez un omnipraticien et de visites multiples chez un omnipraticien n'étaient pas reliées de façon significative à la langue, mais ce résultat est attribuable en partie au fait d'avoir inclus un « groupe racial ou culturel » dans le modèle. Lorsqu'on exclut cette caractéristique, les cotes exprimant les chances d'une consultation avec un omnipraticien et de plusieurs consultations avec un omnipraticien étaient environ deux fois plus élevées chez les personnes âgées incapables de converser en anglais ou en français que chez celles qui le pouvaient (données non présentées).

Si l'on tient compte de tous les facteurs, il n'existait au départ aucune relation entre les visites chez un spécialiste et la langue. Toutefois, si l'on exclut du modèle le groupe racial ou culturel, la cote exprimant les chances d'une visite chez un spécialiste devient significativement faible pour les personnes de 18 à 64 ans qui étaient incapables de converser en anglais ou en français (données non présentées). Chez les personnes âgées, la constatation selon laquelle la langue n'est pas associée à l'utilisation des services d'un spécialiste persiste (données non présentées).

Résidence en région urbaine ou rurale

D'aucuns ont montré que l'utilisation des services de santé est associée à l'emplacement géographique²³. Les prestataires de services de santé, particulièrement les médecins spécialistes, ont tendance à être regroupés dans les zones urbaines. Pour les personnes vivant dans les localités rurales, l'accès à ce genre de service n'est généralement pas commode²⁴.

Les résultats de l'ESCC de 2005 montrent que les résidents des régions rurales étaient tout aussi susceptibles que les citadins de rendre visite à un omnipraticien, même si l'on neutralise l'effet des besoins et des autres facteurs (tableaux 3 et 4). De surcroît, les habitants des régions rurales des deux groupes d'âge affichaient une cote exprimant les chances d'avoir consulté plusieurs fois un

omnipraticien significativement plus élevée que les résidents des collectivités urbaines.

Le recours aux services de spécialistes était toutefois moins fréquent chez les personnes vivant dans les régions rurales. Qu'il s'agisse de membres du groupe des 18 à 64 ans ou de personnes âgées, la cote exprimant les chances d'une visite chez un spécialiste était significativement plus faible que pour les résidents des régions urbaines.

Avoir un médecin traitant

En 2005, une part importante des Canadiens adultes ont déclaré qu'ils n'avaient pas de médecin de famille régulier. Chez les personnes de 18 à 64 ans, la proportion était de 16 % (soit environ 3,3 millions) et chez les personnes âgées, elle était de près de 5 % (soit environ 186 000) (données non présentées).

Évidemment, qu'elles fassent partie du groupe des 18 à 64 ans ou de celui des personnes âgées, les personnes n'ayant pas de médecin de famille étaient nettement moins susceptibles de déclarer des visites chez un omnipraticien, sans parler de visites chez un spécialiste (tableaux C et D en annexe). Toutefois, ces personnes avaient aussi tendance à être en meilleure santé, c'est-à-dire qu'elles étaient moins susceptibles que celles ayant un médecin de présenter au moins trois problèmes de santé chroniques ou de déclarer que leur santé générale ou mentale était passable ou mauvaise (tableaux A et B en annexe). Toutefois, même si l'on tient compte de l'effet de ces besoins et des autres caractéristiques, les cotes exprimant les chances de consultations avec un omnipraticien et avec un spécialiste étaient significativement plus faibles pour les personnes n'ayant pas de médecin de famille que pour les autres.

Mot de la fin

Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005, les besoins individuels de services de santé, mesurés par la présence de problèmes de santé chroniques et par l'autoévaluation de la santé générale et mentale, sont des déterminants importants de la fréquence des visites chez le médecin. Cependant,

conformément à la théorie d'Andersen, si l'on tient compte de l'effet du sexe, de l'âge, de la race, de la langue, du revenu du ménage, de la résidence en région urbaine ou rurale, et du fait d'avoir un médecin de famille régulier, la force des associations entre le besoin de soins de santé et les consultations avec un médecin diminue. Bien que les problèmes de santé chroniques et l'autoévaluation de l'état de santé continuent d'être des prédicteurs puissants, ces autres facteurs sont liés indépendamment à la probabilité d'aller chez le médecin, particulièrement chez les spécialistes.

Certains groupes sont relativement peu susceptibles de consulter des spécialistes, même si ce genre de services sont également couverts par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Dans plusieurs cas, ces mêmes groupes étaient ceux ayant déclaré plusieurs visites chez un omnipraticien. Par exemple, la cote exprimant la possibilité d'une visite chez un spécialiste était significativement plus faible pour les personnes très âgées, les membres des ménages à faible revenu, les minorités visibles et les résidents des régions rurales. Parallèlement, la cote exprimant les chances de déclarer

quatre visites ou plus chez un omnipraticien était élevée chez les personnes très âgées, les autres minorités visibles, les résidents des régions rurales et les personnes de 18 à 64 ans qui étaient autochtones ou vivaient dans un ménage à faible revenu.

Environ 3,5 millions de Canadiens adultes n'ont pas de médecin de famille régulier. Ce groupe a tendance à être en assez bonne santé, mais même si l'on tient compte de cet aspect, ses membres étaient particulièrement peu susceptibles d'avoir consulté un médecin.

Vingt ans après l'entrée en vigueur de la *Loi canadienne sur la santé*, outre les besoins, plusieurs facteurs étaient associés significativement à la probabilité d'avoir vu un médecin. Selon les résultats de l'analyse, le statut socioéconomique demeure un déterminant de l'utilisation des services des médecins. En outre, plusieurs autres facteurs, dont le sexe, l'âge, la race, la langue et le lieu de résidence, sont associés à la probabilité qu'un individu consulte un médecin, indépendamment de son état de santé. ●

Références

1. O. Madore, *La Loi canadienne sur la santé : aperçu et options*, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, Direction de la recherche parlementaire, Division de l'économie, mai 2004.
2. 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.
3. R.M. Andersen, « Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? », *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1995, p. 1-10.
4. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
5. E.L. Korn et M.A. Graubard, « Epidemiological studies utilizing surveys: Accounting for the sampling design », *American Journal of Public Health*, 81(9), 1991, p. 1166-1173.
6. 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).
7. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
8. J. Eyles, S. Birch et K.B. Newbold, « Delivering the goods? Access to family physician services in Canada: A comparison of 1985 and 1991 », *Journal of Health and Social Behaviour*, 36, 1995, p. 322-332.
9. D.I. Hay, « Socioeconomic status and health status: A study of males in the Canada Health Survey », *Social Science & Medicine*, 27(12), 1988, p. 1317-1325.
10. R.F. Badgley, « Social and economic disparities under Canadian health care », *International Journal of Health Services*, 21(4), 1991, p. 659-671.
11. R.W. Broyles, P. Manga, D.A. Binder *et al.*, « The use of physician services under a national health insurance scheme: An examination of the Canada Health Survey », *Medical Care*, 21(11), 1983, p. 1037-1054.
12. K.H. Humphries et E. van Doorslaer, « Income-related health inequality in Canada », *Social Science & Medicine*, 50(5), 2000, p. 663-671.
13. S. Dunlop, P.C. Coyte et W. McIssac, « Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey », *Social Science & Medicine*, 51(1), 2000, p. 123-133.

14. W. McIssac, V. Goel et D. Naylor, « Socio-economic status and visits to physicians by adults in Ontario, Canada », *Journal of Health Service Research Policy*, 2(2), 1997, p. 94-102.
15. S.J. Katz, T.P. Hofer et W.G. Manning, « Hospital utilization in Ontario and the United States: The impact of socioeconomic status and health status », *Revue canadienne de santé publique / Canadian Journal of Public Health*, 87(4), 1996, p. 253-256.
16. H. Quan, A. Fong, C. De Coster *et al.*, « Variation in health services utilization among ethnic populations », *Journal de l'Association médicale canadienne / Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 2006, p. 787-815.
17. M. Rotermann, « Utilisation des services de santé par les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 16(supplément), 2006, p. 35-50 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
18. E. van Doorslaer, C. Masseria et X. Koolman, « Inequalities in access to medical care by income in developed countries », *Journal de l'Association médicale canadienne / Canadian Medical Association Journal*, 174(2), 2006, p. 177-183.
19. A.W. Chen et A. Kazanjian, « Rate of mental health service utilization by Chinese immigrants in British Columbia », *Revue canadienne de santé publique / Canadian Journal of Public Health*, 96(1), 2005, p. 49-51.
20. P.D. Cleary, D. Mechanic et J.R. Greenley, « Sex differences in medical care utilization: an empirical investigation », *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 1982, p. 106-119.
21. W.J. Millar et M.P. Beaudet, « Données sur la santé tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994 », *Tendances sociales canadiennes*, printemps, 1996, p. 26-30 (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue).
22. G. Becker, « Deadly inequality in the health care 'safety net': uninsured ethnic minorities' struggle to live with lifethreatening illnesses », *Medical Anthropology Quarterly*, 18(2), 2004, p. 258-75.
23. D. Rowland et B. Lyons, « Triple jeopardy: rural, poor and uninsured », *Health Services Research*, 23(6), 1989, p. 975-1004.
24. D. Wardman, K. Clement et D. Quantz, « Access and utilization of health services by British Columbia's rural Aboriginal population », *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(2-3), 2005, p. 26-31.

Annexe

Tableau A
État de santé de la population à domicile de 18 à 64 ans,
selon certaines caractéristiques, Canada, 2005

	Trois problèmes de santé chroniques ou plus	Santé générale passable ou mauvaise	Santé mentale passable ou mauvaise
	%	%	%
Total	2,5	9,2	5,0
Sexe			
Hommes [†]	2,2	8,9	4,6
Femmes	2,7*	9,4	5,4*
Groupe d'âge			
18 à 24 ans [†]	0,2	5,4	4,9
25 à 34 ans	0,3*	5,0	4,1*
35 à 44 ans	0,9*	7,4*	5,1
45 à 54 ans	3,0*	11,3*	5,8*
55 à 64 ans	8,5*	17,0*	5,2
Groupe racial ou culturel			
Blanc(che) [†]	2,6	9,0	4,9
Noir(e)	1,6*	8,9	4,0 ^E
Autochtone	4,5*	16,5*	9,1*
Autre	1,3*	8,7	4,9
Peut converser en anglais ou en français			
Oui [†]	2,5	9,1	5,0
Non	2,1	17,5*	9,2 ^E
Revenu du ménage			
Inférieur	4,6*	17,9*	9,9*
Moyen-inférieur	2,8*	10,1*	5,5*
Moyen [†]	2,1	7,5	4,4
Moyen-supérieur	1,7*	6,4*	3,4*
Supérieur	1,5*	4,8*	2,7*
Résidence			
Région urbaine [†]	2,4	9,0	5,0
Région rurale	3,4*	11,3*	5,0
A un médecin de famille régulier			
Oui [†]	2,8	9,7	5,2
Non	0,8*	6,4*	4,3*

[†] Catégorie de référence.

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

^E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %).

Nota : Sauf pour le revenu du ménage, les cas pour lesquels des valeurs manquaient ont été exclus du calcul des estimations de la prévalence.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005

Tableau B
État de santé de la population à domicile de 65 ans et plus,
selon certaines caractéristiques, Canada, 2005

	Trois problèmes de santé chroniques ou plus	Santé générale passable ou mauvaise	Santé mentale passable ou mauvaise
	%	%	%
Total	18,0	26,3	5,2
Sexe			
Hommes [†]	16,8	26,3	5,1
Femmes	18,9*	26,4	5,2
Groupe d'âge			
65 à 69 ans [†]	13,8	19,6	4,0
70 à 74 ans	17,4*	23,8*	4,4
75 à 79 ans	20,5*	31,1*	5,6*
80 à 84 ans	22,5*	34,3*	7,2*
85 ans et plus	21,8*	34,3*	7,6*
Groupe racial ou culturel			
Blanc(che) [†]	18,4	25,6	4,7
Noir(e)	16,5 ^E	41,2*	8,3 ^E
Autochtone	29,0*	37,4*	8,6 ^E
Autre	14,0*	28,9	8,4 ^{*E}
Peut converser en anglais ou en français			
Oui [†]	18,0	25,6	4,8
Non	20,7	36,6*	13,9 ^{*E}
Revenu du ménage			
Inférieur	22,6*	33,4*	6,8*
Moyen-inférieur	17,9*	25,5*	4,8*
Moyen [†]	15,3	20,2	3,4
Moyen-supérieur	14,5	17,2	2,6 ^E
Supérieur	10,7*	11,8*	2,2 ^E
Résidence			
Région urbaine [†]	17,6	25,9	5,0
Région rurale	21,9*	31,1*	6,6*
A un médecin de famille régulier			
Oui [†]	18,4	26,7	5,2
Non	9,9*	19,4*	5,2 ^E

[†] Catégorie de référence.

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

^E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %).

Nota : Sauf pour le revenu du ménage, les cas pour lesquels des valeurs manquaient ont été exclus du calcul des estimations de la prévalence.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005

Tableau C
 Pourcentage de personnes ayant déclaré des consultations avec un médecin l'année précédente, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 18 à 64 ans, Canada, 2005

	Consultations		
	Avec un omnipraticien	Quatre ou plus avec un omnipraticien	Avec un spécialiste
	%	%	%
Total	76,6	24,9	26,5
Sexe			
Hommes [†]	70,1	18,8	20,2
Femmes	82,6*	30,9*	32,8*
Groupe d'âge			
18 à 24 ans [†]	71,6	21,0	21,6
25 à 34 ans	74,1*	24,5*	25,4*
35 à 44 ans	74,9*	22,3	25,1*
45 à 54 ans	79,3*	25,3*	27,5*
55 à 64 ans	82,7*	31,7*	32,8*
Groupe racial ou culturel			
Blanc(che) [†]	76,9	24,2	27,7
Noir(e)	75,2	23,5	20,9*
Autochtone	76,0	33,2*	22,3*
Autre	76,1	27,7	21,7*
Peut converser en anglais ou en français			
Oui [†]	78,2	24,7	26,7
Non	76,7	40,5*	24,5
Niveau de scolarité			
Pas de diplôme d'études secondaires	73,3*	29,4*	23,6*
Diplôme d'études secondaires	76,0*	24,7	23,5*
Études postsecondaires partielles	75,4*	23,4	26,7
Diplôme d'études postsecondaires [†]	77,9	24,2	28,1
Revenu du ménage			
Inférieur	74,6*	31,8*	27,4
Moyen-inférieur	75,5	26,3	26,3
Moyen [†]	76,8	23,9	26,9
Moyen-supérieur	78,3*	23,2	27,0
Supérieur	78,7*	21,4*	23,2*
Résidence			
Région urbaine [†]	76,8	24,7	26,9
Région rurale	74,5*	26,6*	21,8*
A un médecin de famille régulier			
Oui [†]	82,3	27,7	28,2
Non	47,2*	10,2*	17,8*

[†] Catégorie de référence.

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

Nota : Sauf pour le niveau de scolarité et le revenu du ménage, les cas pour lesquels des valeurs manquaient ont été exclus du calcul des estimations de la prévalence.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005

Tableau D
 Pourcentage de personnes ayant déclaré des consultations avec un médecin l'année précédente, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2005

	Consultations		
	Avec un omnipraticien	Quatre ou plus avec un omnipraticien	Avec un spécialiste
	%	%	%
Total	87,8	44,3	34,3
Sexe			
Hommes [†]	87,0	42,5	36,7
Femmes	88,4*	45,7*	32,4*
Groupe d'âge			
65 à 69 ans [†]	85,7	37,9	35,0
70 à 74 ans	88,1*	42,2*	35,3
75 à 79 ans	88,8*	46,9*	34,7
80 à 84 ans	89,2*	52,9*	33,0
85 ans et plus	90,0*	53,6*	29,9*
Groupe racial ou culturel			
Blanc(che) [†]	87,9	43,3	35,4
Noir(e)	95,5*	52,0	22,6* ^E
Autochtone	81,7*	50,1	23,4*
Autre	90,3	58,6*	29,7*
Peut converser en anglais ou en français			
Oui [†]	87,8	43,7	34,8
Non	93,6*	62,4*	32,9
Niveau de scolarité			
Pas de diplôme d'études secondaires	87,1*	47,4*	30,7*
Diplôme d'études secondaires	88,0	43,8	33,9*
Études postsecondaires partielles	89,1	41,4	41,6
Diplôme d'études postsecondaires [†]	89,2	41,7	38,7
Revenu du ménage			
Inférieur	86,6*	49,8*	32,2*
Moyen-inférieur	88,9	44,5	36,1
Moyen [†]	89,3	43,9	37,6
Moyen-supérieur	90,0	39,1*	38,8
Supérieur	89,8	38,1*	41,4
Résidence			
Région urbaine [†]	87,9	44,1	34,9
Région rurale	87,2	46,4*	26,8*
A un médecin de famille régulier			
Oui [†]	90,1	45,8	34,8
Non	42,2*	14,4*	24,5*

[†] Catégorie de référence.

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

^E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %).
Nota : Sauf pour le niveau de scolarité et le revenu du ménage, les cas pour lesquels des valeurs manquaient ont été exclus du calcul des estimations de la prévalence.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



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

Santé en bref

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

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Deuxièmes naissances ou naissances subséquentes chez les adolescentes

par Michelle Rotermann

Mots-clés: faible poids à la naissance, faible revenu, pauvreté, grossesse à l'adolescence

Comparativement aux femmes dans la vingtaine ou dans la trentaine, les adolescentes sont nettement moins susceptibles d'avoir un enfant. Ainsi, en 2003, on a relevé 14,5 naissances vivantes pour 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans, comparativement à 96,1 pour 1 000 femmes de 25 à 34 ans, groupe d'âge pour lequel le taux de fécondité est le plus élevé¹. De surcroît, le taux de fécondité chez les adolescentes a baissé presque constamment depuis le milieu des années 1970^{2,3}. Néanmoins, un nombre important d'adolescentes accouchent chaque année et certaines mettent au monde plus d'un enfant avant d'avoir 20 ans.

Avoir un enfant à un âge précoce peut entraîner de graves conséquences, tant chez l'enfant que chez la mère. Il est plus probable d'observer des résultats indésirables à la naissance et le décès durant la première année de la vie chez les bébés mis au monde par une adolescente que chez ceux dont la mère est plus âgée^{4,9}. En outre, la possibilité de poursuivre des études et les perspectives d'emploi des mères adolescentes sont souvent compromises. Par conséquent, celles-ci et leurs enfants courent le risque d'être économiquement défavorisés¹⁰⁻¹⁵. Et les défis pourraient être encore plus importants chez les jeunes femmes qui ont plus d'un enfant à l'adolescence.

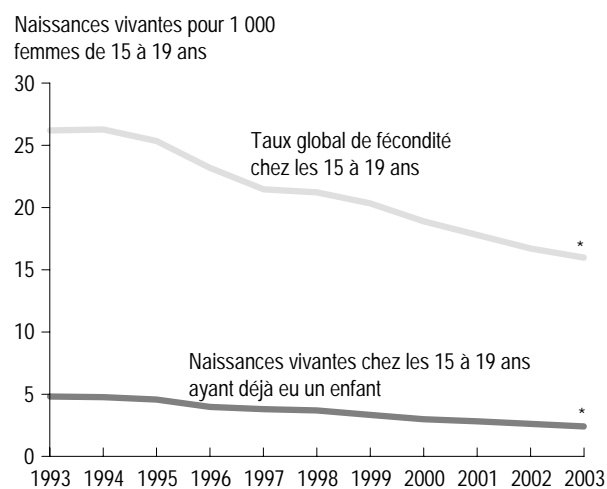
Le présent article décrit la tendance observée de 1993 à 2003 concernant les deuxièmes naissances ou les naissances subséquentes chez les jeunes filles de 15 à 19 ans. Il dépeint les différences provinciales ou territoriales et celles de revenu entre quartiers, ainsi que la prévalence du faible poids à la naissance. Les chiffres se fondent sur les

plus récentes données dont on dispose de la Base canadienne de données sur l'état civil, laquelle contient des renseignements extraits des déclarations de naissance (voir *Les données*).

Natalité à la baisse chez les adolescentes

Dans chaque province et territoire, la loi exige que les naissances soient déclarées. Cependant, en 1996, l'Ontario a commencé à prélever des frais pour l'enregistrement d'une naissance¹⁶ et il se peut qu'en 2000, jusqu'à 4 000 naissances (3 %) n'aient pas été déclarées dans cette province^{1,17}. Il est particulièrement probable que ne soient pas déclarées les naissances d'enfants mis au monde

Graphique 1
Taux de fécondité, femmes de 15 à 19 ans, Canada, Ontario non compris, 1993 à 2003



* Test de la tendance statistiquement significatif ($p < 0,05$).

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, 1993 à 2003

par une adolescente ou de ceux décédés dans les jours qui ont suivi la naissance (un enregistrement de naissance fait défaut pour le quart des décès infantiles enregistrés en Ontario)^{1,18,19}. Puisque le présent article porte sur les naissances chez les adolescentes, les données de l'Ontario ont été exclues de l'analyse.

De 1993 à 2003, le taux de *deuxièmes naissances ou de naissances subséquentes* chez les adolescentes canadiennes (résidentes de l'Ontario non comprises) a baissé, pour passer de 4,8 à 2,4 naissances pour 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans. Ce recul reflète en partie une tendance à la baisse du taux global de fécondité chez les adolescentes (graphique 1). Par rapport à l'ensemble des naissances chez les adolescentes, la proportion de cas qui représentaient une deuxième naissance ou une naissance subséquente est passée de 18,5 % en 1993 à 15,2 % en 2003 (données non présentées). Néanmoins, durant cette période, près de 25 000 adolescentes canadiennes ont donné naissance à leur deuxième enfant ou à un enfant subséquent (données non présentées).

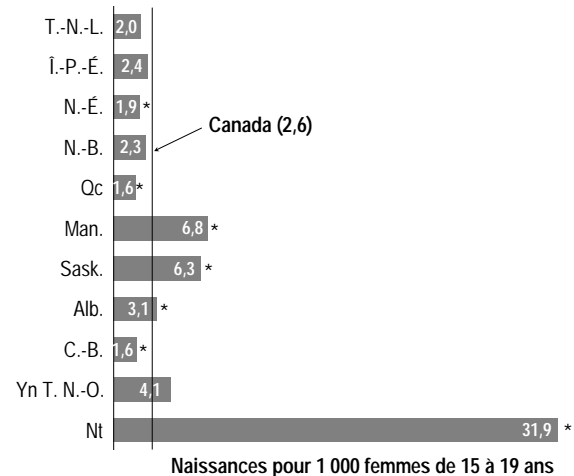
Variations provinciales ou territoriales

Le taux de deuxièmes naissances ou de naissances subséquentes chez les adolescentes varie d'une région à l'autre du pays. Pour la période de 2001 à 2003, le taux annuel moyen était extrêmement élevé au Nunavut (31,9 pour 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans) et également supérieur à la moyenne nationale (2,6) au Manitoba (6,8), en Saskatchewan (6,3) et en Alberta (3,1) (graphique 2). Il était inférieur à la moyenne nationale en Nouvelle-Écosse, au Québec et en Colombie-Britannique.

Dans les provinces et les territoires affichant un fort taux de deuxièmes naissances ou de naissances subséquentes chez les adolescentes, la proportion d'Autochtones a tendance à être relativement élevée^{20,21}. En outre, la tendance observée pour l'ensemble de la population canadienne à retarder

Graphique 2

Taux annuel moyen de deuxièmes naissances ou de naissances subséquentes, femmes de 15 à 19 ans, selon la province ou le territoire, Canada, Ontario non compris, 2001 à 2003



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

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, 2001 à 2003

le moment de la première naissance ne s'est pas manifestée chez la population autochtone²². Par exemple, en 1999, plus d'un bébé sur cinq des Premières nations a été mis au monde par une mère de 15 à 19 ans²³, alors que la proportion correspondante pour le Canada dans son ensemble était de 1 sur 20 (données non présentées).

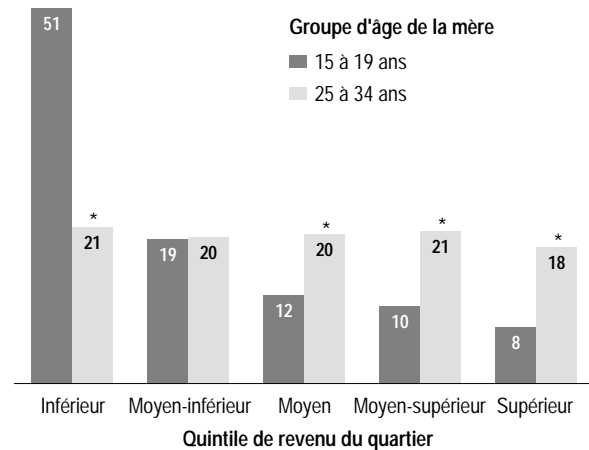
Revenu du quartier

Au Canada, les déclarations de naissance ne contiennent pas de renseignements sur le statut socioéconomique. Aux fins de la présente analyse, des données sur le revenu du quartier provenant du recensement, couplées aux données sur les naissances en se fondant sur le code postal de la mère, ont été utilisées comme approximation du revenu du ménage.

La prévalence des adolescentes ayant mis au monde un deuxième enfant ou un enfant subséquent est très élevée dans les quartiers à faible

Graphique 3

Répartition en pourcentage des femmes de 15 à 19 ans et de 25 à 34 ans qui ont eu un deuxième enfant ou un enfant subséquent, selon le quintile de revenu du quartier, Canada, Ontario non compris, 2001 à 2003



* Valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour le groupe des 15 à 19 ans ($p < 0,05$).

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, 2001 à 2003

revenu. En effet, la moitié des jeunes filles de 15 à 19 ans qui ont donné naissance à un deuxième enfant ou à un enfant subséquent entre 2001 et 2003 résidaient dans un quartier appartenant au quintile inférieur de la distribution du revenu du quartier (graphique 3). Par contre, les femmes de 25 à 34 ans qui ont eu un deuxième enfant ou un enfant subséquent durant cette période étaient réparties assez uniformément entre les divers groupes de revenu.

Faible poids à la naissance

Les chances de survie d'un nouveau-né sont étroitement associées à son poids à la naissance. La mortalité est plus élevée et les problèmes de santé physique sont plus fréquents chez les nourrissons de faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes) que chez ceux dont le poids à la naissance est normal^{14,6,9,24}.

Les données

Les données sur les naissances vivantes proviennent de la Base de données sur l'état civil, qui contient des renseignements recueillis par les bureaux de l'état civil de chaque province et territoire. Sauf indication contraire, l'unité d'analyse est la mère et non chaque naissance. Par conséquent, les mères de jumeaux et de triplés n'ont été comptées qu'une fois. La grande majorité (99 %) des femmes enceintes de 15 à 19 ans et de 25 à 34 ans donnent naissance à un seul bébé.

Comme les pratiques en matière de déclaration des naissances varient selon la province ou le territoire²⁵, les naissances de bébés pesant moins de 500 grammes ont été exclues. Un petit nombre d'enregistrements, qui ne contenaient aucun renseignement sur le poids à la naissance, la durée de la grossesse et/ou le nombre total de naissances vivantes chez la mère, ont également été exclus.

Le *taux de fécondité chez les adolescentes* est le nombre de naissances vivantes pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans.

Le *faible poids à la naissance* est défini comme étant inférieur à 2 500 grammes. Les naissances multiples (jumeaux, triplés) ont été classées dans la catégorie de faible poids à la naissance si l'un des nouveau-nés pesait moins de 2 500 grammes.

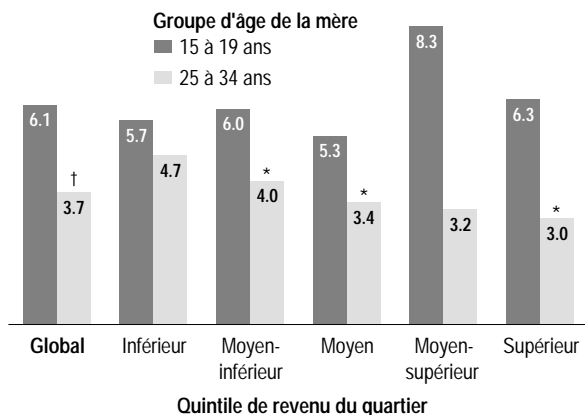
Les données sur le revenu ne figurent pas sur les déclarations de naissance. L'association entre le revenu et les résultats à la naissance n'a pu être évaluée qu'au niveau du quartier, ce qui pourrait masquer des variations individuelles dans les régions géographiques.

Afin de déterminer le *quintile de revenu du quartier*, on a procédé au couplage du code postal du lieu habituel de résidence de la mère avec l'aire de diffusion (anciennement secteur de dénombrement) de 2001 appropriée, c'est-à-dire le niveau de géographie le plus détaillé pour lequel sont compilées les données du recensement^{26,27}. Le revenu du quartier par équivalent-personne est une mesure du revenu du ménage corrigée pour tenir compte de la taille du ménage. Toutes les aires de diffusion comprises dans une région donnée ont été classées en quintiles d'après cet indicateur. Un quintile de revenu n'a pu être attribué à 7,5 % (375) des adolescentes de 15 à 19 ans et à 4,1 % (8 603) des femmes de 25 à 34 ans ayant donné naissance à un deuxième enfant ou à un enfant subséquent. La majorité des enregistrements qui n'ont pu être codés correspondaient à des codes postaux ruraux.

Graphique 4

Pourcentage de cas de deuxièmes naissances ou de naissances subséquentes pour lesquelles le poids à la naissance était faible, selon le quintile de revenu du quartier et le groupe d'âge de la mère, Canada, Ontario non compris, 2001 à 2003

% de cas de faible poids à la naissance (500 à 2 499 grammes)



† Valeur significativement inférieure à l'estimation globale pour le groupe des 15 à 19 ans ($p < 0,05$).

* Valeur significativement inférieure à l'estimation pour le quintile de revenu du quartier précédent ($p < 0,05$).

Source : Base canadienne de données sur l'état civil, 2001 à 2003

De 2001 à 2003, la proportion de deuxièmes naissances ou de naissances subséquentes pour lesquelles le poids à la naissance était faible était significativement plus élevée chez les mères adolescentes que chez celles de 25 à 34 ans, soit 6,1 % contre 3,7 % (graphique 4). Le taux de bébés ayant un faible poids à la naissance parmi les cas de deuxièmes naissances ou de naissances subséquentes chez les mères adolescentes ne variait pas de façon significative selon le quintile de revenu du quartier. En revanche, chez les jeunes femmes de 25 à 34 ans, ce taux était plus élevé dans les quartiers à faible revenu. Ces résultats donnent à penser que, chez les adolescentes qui ont un deuxième enfant ou un enfant subséquent, le risque de faible poids à la naissance est élevé, quel que soit le revenu du ménage.

Michelle Rotermann (613-951-3166; Michelle.Rotermann@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé, à Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

Références

1. Statistique Canada, *Naissances, 2003* (n° 84F0210 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2005.
2. Statistique Canada, *Naissances et décès, 1995* (n° 84F0210 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1996.
3. Statistique Canada, *Issues de la grossesse, 2006* (n° 82-224 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2006.
4. R. Wilkins, G.J. Sherman et P.A.F. Best, « Issues de grossesses défavorables et la mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada, 1986 », *Rapports sur la santé*, 3(1), 1991, p. 7-31, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
5. J. Chen et W.J. Millar, « Issue de la grossesse, milieu social et santé de l'enfant », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 59-71 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. G.C. Smith et J.P. Pell, « Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study », *British Medical Journal*, 323, 2001, p. 1428-1429, disponible à <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/323/7311/476> (document consulté le 29 décembre 2005).
7. W.J. Millar, J. Strachan et S. Wadhwa, « Tendances relatives au faible poids à la naissance », *Tendances sociales canadiennes*, 28, printemps 1993, p. 26-29 (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue).
8. A.M. Fraser, J.E. Brockert et R.H. Ward, « Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes », *The New England Journal of Medicine*, 332(17), 1995, p. 1113-1117.
9. Health Surveillance, Alberta Health and the Neonatal Research Unit, University of Calgary, *Maternal Risk Factors in Relationship to Birth Outcome, 1999*, disponible à <http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications> (document consulté le 20 décembre 2005).
10. J.M. Berthelot, C. Houle, T. Knighton *et al.*, « Incidence de l'héritage économique et social sur l'utilisation des soins de santé durant la première année de vie », *Les marchés du travail, les institutions sociales et l'avenir des enfants au Canada*, 2000, p. 155-166 (Statistique Canada, n° 89-553 au catalogue).
11. M. L. De Wit, « Educational attainment and timing of childbearing among recent cohorts of Canadian women: A further examination of the relationship », *Canadian Journal of Sociology*, 19(4), 1994, p. 499-512.

12. K. Wellings, J. Wadsworth, A. Johnson *et al.*, « Teenage fertility and life chances », *Journal of Reproduction and Fertility*, 4, 1999, p. 184-190.
13. T. Combs-Orme, « Health effects of adolescent pregnancy: implications for social workers », *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 74(6), 1993, p. 344-354.
14. J. Grogger et S. Bronars, « The socioeconomic consequences of teenage childbearing: Findings from a natural experiment », *Family Planning Perspectives*, 25(4), 1993, p. 156-161+174.
15. D. Hollander, « Young, minority and disadvantaged women exhibit least favorable pregnancy-related health behavior », *Family Planning Perspectives*, 27(6), 1995, p. 259-260.
16. M.K. Bienefeld, G.L. Woodward et S. Ardal, « Underreporting of live births in Ontario: 1991-1997 », *Central East Health Information Partnership*, février 2001.
17. Statistique Canada, *Mesures de qualité : Statistique de l'état civil – Base de données sur les naissances*, disponible à : http://www.statcan.ca/francais/sdds/document/3231_D2_T9_V1_F.pdf, (document consulté le 29 décembre 2005).
18. G.L. Woodward, M.K. Bienefeld et S. Ardal, « Underreporting of live births in Ontario: 1991-1997 », *La revue canadienne de santé publique*, 94(6), 2003, p. 463-467.
19. Association of Public Health Epidemiologists in Ontario, *Live Birth Data — Bulletin*, disponible à : http://www.apheo.ca/indicators/pages/resources/data%20sources/live_birth_data.htm (document consulté le 16 février 2006).
20. Statistique Canada, *Projections des populations autochtones, Canada, provinces et territoires, 2001-2017* (n° 91-547 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2005.
21. Statistique Canada, *Peuples autochtones du Canada : un profil démographique, 2001* (n° 96F0030 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2003.
22. Santé Canada, « Les disparités expliquées : tendances en matière de procréation au sein de sous-populations canadiennes », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 10, mai 2005, disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull/2005-10-chang-fertilite/index_e.html (document consulté en janvier 2006).
23. Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*, Ottawa, ministre responsable de Santé Canada, 2005.
24. S.W. Wen, M.S. Kramer, S. Liu *et al.*, « Mortalité infantile d'après l'âge gestationnel et le poids à la naissance dans les provinces et territoires au Canada, naissances entre 1990 et 1994 », *Maladies chroniques au Canada*, 21(1), 2000, p. 15-24.
25. K.S. Joseph, M.S. Kramer, A.C. Allen *et al.*, « Infant mortality in Alberta and all of Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 172(7), 2005, p. 856-857.
26. Statistique Canada, *Fichier de conversion des codes postaux (FCCP) : guide de référence* (n° 92F0153 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2005.
27. R. Wilkins, *FCCP + version 4F : guide de l'utilisateur. Logiciel de codage géographique basé sur les fichiers de conversion des codes postaux de Statistique Canada* (n° 82F0086 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2005.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Symptômes physiques médicalement inexplicables

par Jungwee Park et Sarah Knudson

Mots-clés: syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie, sensibilités aux agresseurs chimiques

Un nombre important de Canadiens font état de symptômes liés à des affections que l'on ne peut identifier avec certitude au moyen d'un examen physique ou d'autres épreuves de diagnostic¹. Ces symptômes, regroupés sous le nom de « symptômes physiques médicalement inexplicables », ou « SPMI », caractérisent des problèmes de santé tels le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie, et les sensibilités aux agresseurs chimiques²⁻⁵. Or, à l'égard de ces problèmes de santé, le manque d'uniformité qui se dégage des évaluations physiques ou en laboratoire a soulevé une polémique et semé beaucoup de confusion. À titre d'exemple, de nombreuses personnes, y compris certains professionnels de la santé, ne croient pas que ces troubles existent et en attribuent plutôt les symptômes à une gamme d'autres causes. Mais pour les personnes touchées, les symptômes sont bien réels, voire souvent débilissants.

À partir de données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) menée en 2002, puis en 2003, le présent article traite de la prévalence des SPMI et décrit les caractéristiques des Canadiens ayant déclaré avoir des problèmes de santé connexes. Il explore en outre la comorbidité entre SPMI et troubles psychiatriques ainsi que la relation entre les SPMI et la dépendance, l'état de santé mentale autoévalué, et l'utilisation des services de soins de santé.

Recoupement des symptômes

Le syndrome de fatigue chronique (SFC), la fibromyalgie (FM) et les sensibilités aux agresseurs chimiques (SAC) se caractérisent par des groupes

de symptômes intéressant plusieurs appareils différents du corps humain⁶, qui demeurent médicalement inexplicables. Du fait qu'ils se partagent des symptômes clés¹⁻⁴, il arrive souvent qu'une personne satisfasse aux critères de deux ou plus de ces troubles.

La fatigue extrême est le principal symptôme du *syndrome de fatigue chronique*. Aussi appelé encéphalomyélite myalgique, le SFC est le plus souvent diagnostiqué en l'absence de tout diagnostic médical défini, c'est-à-dire uniquement lorsque d'autres maladies à symptômes similaires ont été écartées^{5,7}.

Le critère de diagnostic pour la *fibromyalgie* est d'avoir ressenti de la douleur dans au moins 11 parties du corps (sur un total de 18 parties données)⁵, et ce, pendant trois mois ou plus. Cette douleur s'accompagne souvent, mais pas nécessairement, de symptômes comparables à ceux du SFC, tels que déficience cognitive, mal de tête, mal de gorge, faiblesse, fatigue, dépression, et problèmes de digestion^{5,7}.

Les *sensibilités aux agresseurs chimiques* peuvent se manifester par toute une série de symptômes chez les personnes qui en souffrent lorsque celles-ci sont exposées à des produits chimiques synthétiques dans des concentrations qui n'ont habituellement aucun effet notable. Figurent parmi ceux-ci la variation de la fréquence cardiaque, les difficultés respiratoires, les éruptions cutanées, la nausée, les maux de tête et la confusion⁸. La durée, la gravité et la nature de ces réactions varient beaucoup, et les symptômes peuvent durer plusieurs jours.

Plus d'un million

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003, 5 % des Canadiens âgés de 12 ans ou plus (soit environ 1,2 million de personnes) ont déclaré qu'on avait diagnostiqué

Tableau 1**Prévalence de symptômes physiques médicalement inexpliqués (SPMI), population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2003**

	Total des SPMI		Syndrome de fatigue chronique		Fibromyalgie		Sensibilités aux agresseurs chimiques	
	en milliers	%	en milliers	%	en milliers	%	en milliers	%
Total	1,185	4,5	341	1,3	393	1,5	643	2,4
Sexe								
Hommes ¹	325	2,5	106	0,8	77	0,6	180	1,4
Femmes	860	6,4*	235	1,7*	316	2,4*	463	3,4*
Âge								
12 à 24 ans	89	1,6*	22	0,4*	15	0,3 ^{E*}	58	1,1*
25 à 44 ans	329	3,5*	91	1,0*	97	1,0*	186	2,0*
45 à 64 ans	543	6,9*	159	2,0*	208	2,7*	289	3,7*
65 ans et plus	224	6,0*	70	1,9*	73	1,9*	110	2,9*
Revenu du ménage								
Inférieur	142	7,0*	57	2,8*	45	2,2*	69	3,4*
Moyen-inférieur	255	5,8*	88	2,0*	85	2,0*	136	3,1*
Moyen-supérieur	339	4,5	89	1,2	110	1,5	183	2,4
Supérieur	253	3,1*	53	0,7*	91	1,1*	145	1,8*
Scolarité (25 à 64 ans)								
Pas de diplôme d'études secondaires	164	6,8*	53	2,2*	59	2,4*	76	3,1
Diplôme d'études secondaires	157	4,9	42	1,3	58	1,8	83	2,6
Études postsecondaires partielles	55	5,1	13	1,2	19	1,8	33	3,1
Diplôme d'études postsecondaires	474	4,7*	136	1,3	163	1,6*	269	2,7
État matrimonial (25 ans et plus)								
Marié(e) ¹	602	4,7	165	1,3	216	1,7	321	2,5
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf(veuve)	153	8,6*	48	2,7*	57	3,2*	84	4,7*
Jamais marié(e)	118	4,3	36	1,3	32	1,2*	70	2,6

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).¹ Catégorie de référence; si aucune catégorie n'est indiquée, la catégorie de référence correspond au total.^E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (utiliser avec prudence).**Nota :** Étant donné que certains participants à l'enquête ont plus d'un problème de santé, le total des chiffres détaillés est supérieur au total des SPMI.**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

chez eux l'un des trois problèmes de santé liés aux SPMI. Ainsi, 1,3 % ont déclaré souffrir de SFC, 1,5 %, de FM, et 2,4 % de SAC (tableau 1). Parmi les personnes ayant déclaré des SPMI, environ 14 % souffraient de deux ou trois problèmes de santé (données non présentées).

Pour chacun de ces trois problèmes de santé, les taux de prévalence chez les femmes sont plus de deux fois plus élevés que chez les hommes (tableau 1). En outre, la prévalence globale des SPMI augmente avec l'âge. Ainsi, le taux correspondant était de 1,6 % chez les personnes de 12 à 24 ans mais de 6,9 % chez les 45 à 64 ans. La tendance est similaire pour chacun des trois problèmes de santé. Même lorsque des variables comme le revenu du ménage, la scolarité et l'état matrimonial sont prises en compte, les différences

selon l'âge et le sexe demeurent significatives (données non présentées).

La probabilité de déclarer des SPMI est liée à la situation socioéconomique. Ainsi, le taux global de prévalence de SPMI de même que les taux de prévalence correspondant à chacun des problèmes de santé sont significativement supérieurs aux chiffres nationaux chez les personnes appartenant au groupe inférieur de revenu du ménage, et significativement inférieurs chez les personnes appartenant au groupe supérieur. De même, une proportion relativement élevée de personnes sans diplôme d'études secondaires ont déclaré des SPMI, comparativement à une proportion plus faible chez les diplômés postsecondaires. Toutefois, le rapport entre le niveau de scolarité et ces trois problèmes de santé pris séparément est moins simple.

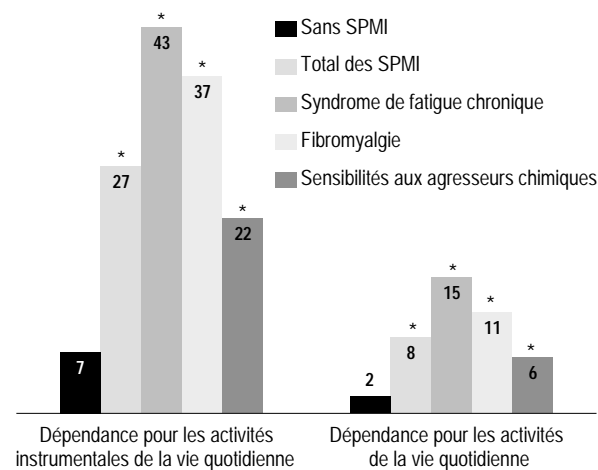
Comparativement aux personnes mariées, les personnes qui n'étaient plus mariées au moment de l'enquête étaient presque deux fois plus susceptibles de déclarer chacun des trois problèmes de santé. Cette association avec l'état matrimonial demeure importante même lorsque les effets des autres variables sociodémographiques sont pris en compte.

Dépendance

Des pourcentages significativement élevés de personnes ayant déclaré des SPMI ont indiqué un certain niveau de dépendance (graphique 1). Plus du quart (27 %) d'entre elles ont eu besoin d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne, comme préparer les repas, accomplir les tâches ménagères quotidiennes, se rendre à des rendez-vous et faire les courses; en revanche, 7 % des personnes sans SPMI ont indiqué avoir besoin d'une telle aide. De même, 8 % des personnes ayant déclaré des SPMI ont dit avoir besoin d'aide pour les activités personnelles de la vie quotidienne,

Graphique 1

Pourcentage de personnes dépendantes, selon la présence de symptômes physiques médicalement inexpliqués (SPMI), population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2003



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

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

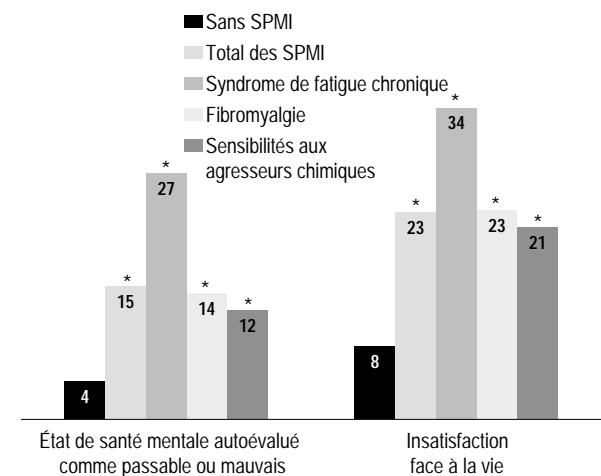
comme prendre un bain, s'habiller, manger, prendre des médicaments et se déplacer dans la maison, contre 2 % des personnes n'ayant pas déclaré de SPMI. Même lorsque les facteurs sociodémographiques sont pris en compte, l'association entre les SPMI et la dépendance demeure importante (données non présentées).

Santé mentale et bien-être

Comme il fallait s'y attendre, des proportions substantielles de personnes ayant déclaré des SPMI avaient une perception négative de leur santé physique (données non présentées). Aussi, ces dernières étaient-elles plus susceptibles que les personnes n'ayant pas déclaré de SPMI de considérer leur santé mentale comme passable ou mauvaise (15 % contre 4 %). Par ailleurs, près du quart (23 %) des personnes ayant déclaré des SPMI éprouvaient de l'insatisfaction face à la vie, contre 8 % des personnes n'ayant pas déclaré de SPMI (graphique 2).

Graphique 2

Pourcentage de personnes ayant déclaré que leur état de santé mentale était passable ou mauvais et qu'ils éprouvaient une insatisfaction face à la vie, selon la présence de symptômes physiques médicalement inexpliqués (SPMI), population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2003



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

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

Les questions

La prévalence de *symptômes physiques médicalement inexpliqués (SPMI)* a été déterminée à partir d'autodéclarations de problèmes de santé diagnostiqués. Les cycles 1.2 et 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) reposaient sur une liste de problèmes de santé. On a demandé aux participants des renseignements sur des problèmes de santé de longue durée, c'est-à-dire « un état qui dure ou qui devrait durer six mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé ». Les intervieweurs leur ont ensuite lu une liste de problèmes de santé dont le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie et les sensibilités aux agresseurs chimiques. Les participants qui ont affirmé avoir au moins un de ces trois problèmes de santé précis ont été considérés comme souffrant de SPMI.

La prévalence d'*autres problèmes de santé chroniques* a été déterminée de la même façon. En l'occurrence, l'asthme, l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos, l'hypertension artérielle, les migraines, la bronchite chronique, l'emphysème, le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, les ulcères, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, les troubles intestinaux et les problèmes de la thyroïde ont été retenus.

Pour évaluer la *dépendance*, on a posé la question suivante : « À cause d'un état physique ou un état mental ou un problème de santé, avez-vous besoin d'aide d'une autre personne...*(sic)* », puis on a lu une liste d'activités. Ont été considérés comme dépendants pour les activités instrumentales de la vie quotidienne les participants à l'enquête qui ont indiqué avoir besoin d'aide pour l'une des activités suivantes ou plus :

- préparer les repas;
- se rendre à des rendez-vous ou faire des commissions, comme l'épicerie;
- accomplir les tâches ménagères quotidiennes;
- s'occuper de ses finances personnelles, comme faire des transactions bancaires ou des paiements de factures.

Ont été considérés comme dépendants pour les activités de la vie quotidienne les participants qui ont dit avoir besoin d'aide pour l'une ou l'autre des activités suivantes :

- soins personnels, comme se laver, s'habiller, manger ou prendre des médicaments;
- se déplacer dans la maison.

Conformément à la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le cycle 1.2 de l'ESCC a permis d'évaluer les troubles mentaux à partir des définitions et des critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition (DSMIV)*⁹. L'analyse du présent article est axée sur la prévalence, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, de cinq troubles mentaux, à savoir le trouble dépressif majeur, le trouble bipolaire I, le trouble panique, le trouble d'anxiété sociale (phobie sociale), et l'agoraphobie¹⁰. Les participants qui satisfaisaient aux critères d'au moins un de ces problèmes de santé ont été considérés comme ayant un trouble mental.

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

Les *consultations de spécialistes* sont fondées sur la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux un autre médecin ou spécialiste (comme un chirurgien, allergologue, orthopédiste, gynécologue ou psychiatre)? »

Les *consultations de praticiens en médecine non traditionnelle* sont fondées sur deux questions : « Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez vu ou consulté un intervenant en médecine douce, comme un acuponcteur, un homéopathe, ou un massothérapeute, pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux? » et « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux un chiropraticien? » Les participants qui ont répondu par l'affirmative à la première question ou qui ont répondu « au moins une fois » à la deuxième question ont été considérés comme ayant consulté un praticien en médecine non traditionnelle.

Troubles mentaux

De nombreux ouvrages spécialisés ont démontré qu'il y a un lien étroit et constant entre les SPMI et la détresse psychosociale, d'une part, et entre les SPMI et les troubles psychiatriques, d'autre part^{6,11}. Selon l'ESCC de 2002, les personnes ayant des SPMI sont plus susceptibles que les personnes sans SPMI d'avoir des troubles psychiatriques. L'analyse présentée est axée sur la prévalence, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, du trouble dépressif majeur, du trouble bipolaire I, du trouble panique, du trouble d'anxiété sociale (phobie sociale), et de l'agoraphobie. Les participants à l'enquête qui répondaient aux critères d'au moins un de ces cinq problèmes de santé étaient considérés comme ayant un trouble mental.

Chez les personnes ayant des SPMI, 21 % (soit plus du cinquième de la population) ont indiqué souffrir d'au moins un de ces troubles, comparativement à 8 % des personnes sans SPMI et à 10 % de celles ayant d'autres problèmes de santé physiques chroniques, comme l'asthme, le

Tableau 2

Prévalence d'au moins un trouble mental† au cours des 12 derniers mois, selon la présence de symptômes physiques médicalement inexpliqués (SPMI), population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Prévalence de troubles mentaux
	%
Sans SPMI	8,1
Sans SPMI, mais avec un ou d'autres problèmes de santé chroniques†	9,9 [§]
Total des SPMI	21,3*
Syndrome de fatigue chronique	36,4*
Fibromyalgie	25,1*
Sensibilités aux agresseurs chimiques	13,9*

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

† Trouble dépressif majeur, trouble bipolaire I, trouble panique, trouble d'anxiété sociale (phobie sociale) ou agoraphobie.

‡ Asthme, arthrite ou rhumatisme, maux de dos, hypertension artérielle, migraines, bronchite chronique, emphysème, diabète, épilepsie, maladie cardiaque, cancer, ulcères, troubles dus à un accident vasculaire cérébral, troubles intestinaux ou problèmes de la thyroïde.

§ Valeur significativement différente de l'estimation pour le total des SPMI ($p < 0,05$).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Les données

La prévalence estimée du syndrome de fatigue chronique, de la fibromyalgie et des sensibilités aux agresseurs chimiques, ainsi que le « total des SPMI » sont fondés sur les données tirées du cycle 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), mené de janvier à décembre 2003 inclusivement. L'enquête vise la population à domicile de 12 ans et plus, sauf les membres à temps plein des Forces armées, les habitants des réserves indiennes et de certaines régions éloignées, les civils résidant dans les bases militaires ainsi que les personnes vivant en établissement. L'échantillon était constitué de 135 573 personnes de 12 ans et plus; le taux de réponse global a été de 80,6 %.

La prévalence estimée de troubles mentaux est fondée sur les données provenant du cycle 1.2 de l'ESCC, qui a commencé en mai 2002 et a été réalisé sur une période de huit mois. L'enquête vise la population à domicile de 15 ans et plus dans les dix provinces, sauf les membres à temps plein des Forces armées, les habitants des trois territoires, des réserves indiennes et de certaines régions éloignées, les personnes vivant en établissement ainsi que les civils résidant dans les bases militaires. L'échantillon comptait 36 984 personnes de 15 ans et plus; le taux de réponse global a été de 77 %.

Tous les écarts ont été testés pour confirmer leur signification statistique, c'est-à-dire pour vérifier qu'ils n'étaient pas dus simplement au hasard. Afin de tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés par la méthode du *bootstrap*^{12,13}. Dans tous les cas, le seuil de signification a été fixé à 5 % ($p < 0,05$).

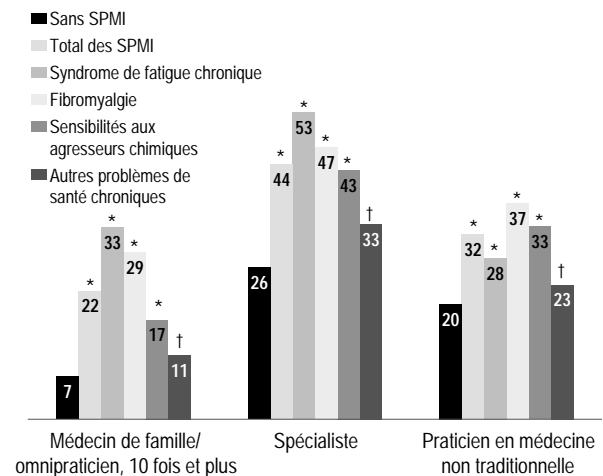
diabète, la migraine, le cancer et la maladie cardiaque (tableau 2). La prévalence de troubles psychiatriques était particulièrement répandue chez les personnes souffrant de SFC (36 %). Toutefois, même si la prévalence de troubles mentaux était élevée chez les personnes ayant des SPMI, certaines recherches laissent supposer que le stress lié aux symptômes physiques inexpliqués peut entraîner des problèmes de santé mentale : dans nombre de cas, les SPMI précèdent les symptômes psychiatriques¹⁴.

Consultation de fournisseurs de soins de santé

Les personnes ayant des SPMI ont tendance à déclarer un nombre relativement important de consultations médicales. Comparativement aux personnes sans SPMI, et même à celles ayant d'autres problèmes de santé chroniques, les personnes ayant des SPMI sont plus susceptibles de tenter d'obtenir de l'aide, tant auprès de fournisseurs de soins de santé conventionnels que de praticiens en médecine non traditionnelle (graphique 3). En 2003, 22 % des personnes ayant déclaré des SPMI ont indiqué avoir consulté leur médecin de famille ou leur omnipraticien plus de 10 fois au cours de la dernière année, comparativement à 7 % des personnes sans SPMI. Plus de 40 % des personnes ayant des SPMI avaient

Graphique 3

Pourcentage de personnes qui ont consulté des fournisseurs de soins de santé au cours de la dernière année, selon la présence de symptômes physiques médicalement inexpliqués (SPMI), population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2003



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

† Valeur significativement différente de l'estimation pour le total des SPMI ($p < 0,05$).

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

consulté des spécialistes, comparativement à 26 % des personnes sans SPMI. En outre, 32 % de toutes les personnes ayant des SPMI avaient tenté d'obtenir de l'aide auprès de praticiens en médecine non traditionnelle, comparativement à 20 % des personnes sans SPMI. Toutefois, ces taux élevés de consultation sont peut-être le résultat de demandes de consultation multiples.

Jungwee Park (613-951-4598; Jungwee.Park@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé, à Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6, et Sarah Knudson travaille à l'Université de Toronto, à Toronto (Ontario).

Références

1. R.D. Richardson et C.C. Engel, « Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms », *The Neurologist*, 10(1), 2004, p. 18-30.
2. L.A. Aaron et D. Buchwald, « A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions », *Annals of Internal Medicine*, 134(Pt 2), 2001, p. 868-881.
3. D. Buchwald et D. Garrity, « Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities », *Archives of Internal Medicine*, 154(18), 1994, p. 2049-2053.
4. L.A. Jason, R.R. Taylor et C.L. Kennedy, « Chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities in a community-based sample of persons with chronic fatigue syndrome-like symptoms », *Psychosomatic Medicine*, 62, 2000, p. 655-663.
5. S. Zavestoski, P. Brown, S. McCormick *et al.*, « Patient activism and the struggle for diagnosis: Gulf War illnesses and other medically unexplained physical symptoms in the US », *Social Science & Medicine*, 58(1), 2004, p. 161-175.
6. J.I. Escobar, C. Hoyos-Nervi et M. Gara, « Medically unexplained physical symptoms in medical practice: A psychiatric perspective », *Environmental Health Perspectives*, 110(Suppl. 4), 2002, p. 631-636.
7. L.-C. Hydén et L. Sachs, « Suffering, hope and diagnosis: on the negotiation of chronic fatigue syndrome », *Health*, 2(2), 1988, p. 175-193.
8. M. Lamielle, *Multiple Chemical Sensitivity and the Workplace*, Voorhees, New Jersey: National Center for Environmental Health Strategies, Inc., 2002.
9. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
10. Statistique Canada, « Définitions des troubles mentaux dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être », *Rapports sur la santé*, 15(Suppl.), 2004, p. 49-63 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. R.D. Richardson et C.C. Engel, « Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms », *The Neurologist*, 10(1), 2004, p. 18-30.
12. 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).
13. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
14. J.A. Richman et L.A. Jason, « Gender biases underlying the social construction of illness states: the case of chronic fatigue syndrome », *Current Sociology*, 49(3), 2001, p. 15-29.