

## PRINCIPAUX COMMUNIQUÉS

### Enquête nationale sur la santé de la population – Cycle 2 1996-1997

En 1996-1997, près des deux tiers des Canadiens ont déclaré que leur état de santé était excellent ou très bon, soit pratiquement la même proportion qu'en 1994-1995.

Selon les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (la première étude longitudinale de la santé des Canadiens), cette stabilité apparente dissimule toutefois les fluctuations fréquentes caractérisant la santé de beaucoup de personnes.

Dans le cadre de l'Enquête, on a interviewé un échantillon de 17 276 personnes en 1994 et 1995. On a interviewé une deuxième fois celles-ci en 1996 et 1997 pour déterminer comment se passaient les choses pour elles. Les résultats ont été pondérés afin de représenter la population entière. Ces derniers montrent que la santé de larges segments de la population peut changer radicalement pendant une seule période de deux ans.

Par exemple, un peu plus des 757 000 personnes qui ont déclaré ne pas être atteintes d'hypertension en 1994-1995 ont révélé un nouveau diagnostic de cet état au cours de la période de deux ans, et environ 209 000 personnes ont indiqué qu'elles avaient récemment appris qu'elles étaient atteintes du diabète. Quelque 1,2 million de personnes qui ne souffraient pas d'arthrite ou de rhumatisme – des causes importantes d'incapacité, de douleurs et de consultations médicales – en 1994-1995 ont indiqué en être maintenant atteintes.

Au contraire, certaines personnes (groupe des 65 ans et plus par exemple) ont démontré une capacité de rétablissement considérable. Les personnes âgées étaient atteintes de maladies chroniques et d'impotence dans une proportion plus élevée que les jeunes adultes. Cependant, un nombre important de personnes âgées ayant des handicaps physiques en 1994-1995 ont, deux ans plus tard, déclaré que leur capacité fonctionnelle s'était améliorée. Une personne âgée sur cinq qui avait besoin d'aide pour effectuer certaines tâches (préparation des repas, achat de produits d'épicerie et entretien ménager, par exemple) ne requérait plus d'assistance deux ans plus tard. Une amélioration semblable a été observée chez les personnes âgées qui dépendaient d'autres personnes pour les soins personnels, comme se laver, s'habiller ou manger.

#### Note aux lecteurs

*Le présent communiqué est fondé sur le Cycle 2 de la collecte de données effectuée dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Au cours du Cycle 1 (1994-1995), on a examiné l'état de santé, l'utilisation des services de santé, les facteurs de risque ainsi que des caractéristiques démographiques et socio-économiques comme l'âge, le sexe et le revenu du ménage.*

*Le Cycle 2 (1996-1997) des données longitudinales est maintenant disponible. Ces données permettent d'analyser divers facteurs qui rendent les Canadiens malades ou maintiennent la santé de ceux-ci. Les données additionnelles recueillies en 1996-1997 fournissent de nouvelles données transversales sur l'accès aux soins de santé. L'ENSP a été conçue afin de mieux comprendre les processus influençant la santé, au fur et à mesure que sont accumulées des données d'enquête additionnelles.*

*Dans le cadre de l'ENSP, des données relatives à un échantillon de 17 276 personnes (interviewées de nouveau tous les deux ans pendant une période pouvant s'étendre sur deux décennies pour les besoins de l'enquête longitudinale) ont été recueillies. Le taux de réponse a été de 94 % en 1996-1997. Dans l'ensemble, les résidents de 82 000 ménages répartis dans toutes les provinces (à l'exception des personnes vivant dans des réserves indiennes ou sur les bases des Forces armées canadiennes) ont été interviewés en 1996-1997 pour les besoins de l'enquête transversale. Les résultats des enquêtes distinctes menées sur les territoires et auprès de la population institutionnelle seront publiés à l'été et à l'automne, respectivement.*

Ces résultats font écho aux recherches américaines indiquant que la capacité fonctionnelle des individus âgés peut varier plus que ne le révèlent les données d'enquête éclair recueillies en une seule fois.

Les changements importants qui se sont produits dans la population des personnes recevant des soins à domicile peuvent également indiquer la nature changeante de la santé. En 1994-1995, un peu plus d'un demi-million de personnes (soit 2,4 % de la population des 18 ans ou plus) recevaient un type ou un autre de soins à domicile subventionnés par le gouvernement. Deux ans plus tard, un peu plus du tiers de ces personnes (36 %) continuaient de recevoir ces services et près de la moitié (46 %) vivaient toujours à la maison, mais ne recevait plus de soins à domicile.

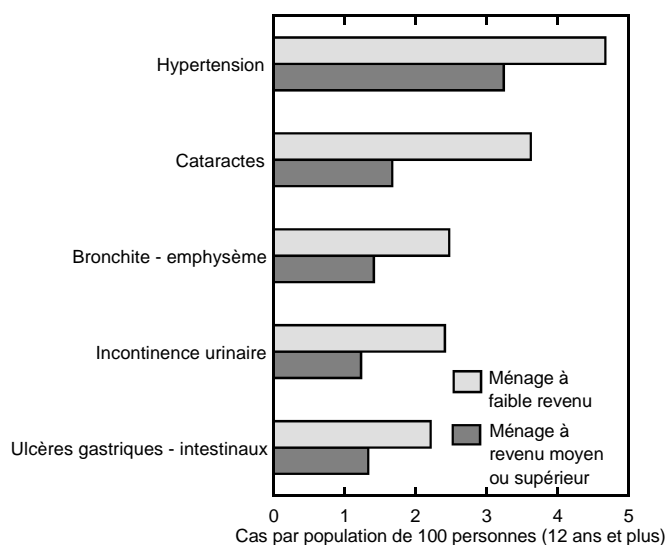
Parmi les 65 ans et plus qui faisaient partie de ce groupe d'un peu plus d'un demi-million d'individus, 40 % de ceux qui recevaient des soins à domicile en 1994-1995 continuaient d'en recevoir, alors que 36 % se débrouillaient à la maison sans recevoir de soins à domicile subventionnés par le gouvernement.

## Un faible revenu peut permettre de prédire une mauvaise santé

Les données qui suivent l'évolution de l'état de santé dans le temps donnent des renseignements plus clairs qu'avant sur les facteurs qui exposent les personnes à la maladie. Par exemple, les données de l'Enquête viennent à l'appui de la théorie selon laquelle un faible revenu engendre une mauvaise santé plutôt que l'inverse.

Pendant la période de deux ans, le taux d'incidence des maladies chroniques graves (y compris l'emphysème, l'hypertension et les ulcères d'estomac) était plus élevé chez les personnes du groupe à faible revenu en 1994-1995, que chez celles qui avaient un revenu supérieur.

Taux d'apparition des maladies entre 1994-1995 et 1996-1997



Les personnes à faible revenu étaient également plus susceptibles de commencer à recevoir des soins à domicile pendant la période de deux ans, ce qui témoigne d'un plus mauvais état de santé et d'une perte d'autonomie plus grande.

Tout comme le mauvais état de santé, le faible revenu permettait également de prédire la mort prématurée. Les personnes de moins de 75 ans qui avaient un faible revenu en 1994-1995 risquaient deux fois plus de mourir au cours des deux années suivantes que celles qui avaient un revenu moyen ou supérieur. Cette relation était vraie même après avoir

pris en considération des facteurs comme le sexe, les maladies chroniques et la consommation de tabac.

## Tranches de revenu du ménage<sup>1</sup>

Taille du ménage	Tranches de revenu	
	Revenu faible	Revenu moyen ou supérieur
1 ou 2 personnes	< 15 000 \$	15 000 \$ +
3 ou 4 personnes	< 20 000 \$	20 000 \$ +
5 personnes et plus	< 30 000 \$	30 000 \$ +

<sup>1</sup> La mesure du revenu du ménage utilisée dans le cadre de l'Enquête tient compte du revenu annuel et du nombre de membres du ménage.

## Bienfaits de l'exercice sur la santé physique et mentale

Les données longitudinales recueillies dans le cadre de l'Enquête auprès des 17 276 personnes pendant seulement deux ans prouvent de toute évidence que l'activité physique est bénéfique.

Les personnes qui étaient actives n'étaient pas atteintes de maladies cardiaques et celles qui étaient en excellente ou très bonne santé en 1994-1995 affichaient une cote de risque de 1 contre 5 d'être atteintes d'une maladie cardiaque pendant les deux années subséquentes, comparativement aux personnes sédentaires dont l'état de santé était le même.

Les personnes physiquement actives étaient également moins susceptibles de souffrir de dépression durant la période de deux ans entre les entrevues.

## Personnes prédisposées aux blessures

L'Enquête a également révélé que lorsqu'une personne avait subi des blessures suffisamment graves pour limiter ses activités en 1994-1995, elle risquait fortement d'être blessée de nouveau au cours des deux années suivantes.

À l'exception des microtraumatismes répétés, 2,6 millions de personnes ont subi des blessures en 1996-1997. Près du quart des hommes et 17 % des femmes ayant déclaré une blessure en 1994-1995 ont indiqué qu'ils avaient également été blessés en 1996-1997. Les chutes accidentelles étaient la cause la plus fréquente de blessures pour les deux périodes d'enquête. Les données viennent corroborer la théorie de la prédisposition aux blessures, selon laquelle des facteurs comportementaux, physiques ou environnementaux risquent davantage d'exposer certaines personnes à des blessures.

Parmi les facteurs particuliers contribuant à exposer les personnes aux blessures, on compte le jeune âge et la participation à des activités physiques poursuivies. La cote de risque de subir une blessure était de 50 % plus élevée chez les personnes âgées de 12 à 34 ans que chez celles âgées de 35 ans et plus. Le fait d'être physiquement actif (à tout âge) ajoutait à peu près le même risque que le fait d'être jeune.

### Les microtraumatismes répétés constituent un problème de santé important

Dans le cadre de l'Enquête, on a interviewé un total de 82 000 personnes (y compris l'échantillon longitudinal) réparties dans toutes les provinces, à l'exception de celles qui vivaient dans les réserves indiennes ou sur les bases des Forces armées canadiennes, afin d'obtenir le profil de leur santé en une seule fois. Le reste du présent communiqué porte sur l'analyse des données fournies par ce groupe plus important. Là encore, on a pondéré les résultats pour représenter la population entière.

Selon ces données éclairées, les blessures résultant d'un effort musculaire répété ont constitué un problème de santé important. En 1996-1997, près de 2 millions de personnes âgées de 12 ans et plus ont subi des microtraumatismes suffisamment graves pour gêner leurs activités habituelles. Ces blessures, causées par l'utilisation excessive de certains muscles, comprenaient le syndrome du canal carpien, l'épicondylite, d'autres tendinites et des blessures au dos.

Les blessures au dos ou à la colonne vertébrale sont celles qui ont constitué la majeure partie des microtraumatismes (20 %) déclarés chez les hommes. Les blessures du poignet, de la main ou des doigts étaient les blessures les plus fréquentes (25 %) chez les femmes. Près de la moitié de tous les microtraumatismes ont été subis au travail ou à l'école. Les activités récréatives et les sports ont été la cause de 3 microtraumatismes sur 10.

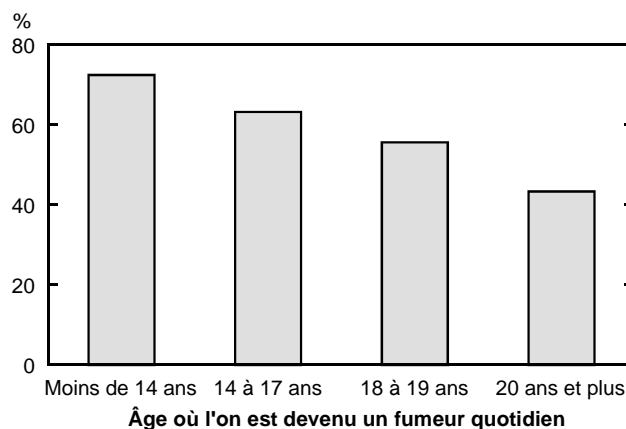
### Empreintes permanentes des expériences de l'enfance

Les expériences de l'enfance laissent des empreintes permanentes. Les données de l'Enquête démontrent que les personnes qui ont déclaré avoir été élevées par un parent alcoolique avaient une cote de risque deux fois plus élevée d'indiquer pour elles-mêmes une consommation excessive d'alcool. À l'instar d'autres maladies, la tendance à l'alcoolisme

est un comportement dont on hérite en partie, mais celui-ci peut également s'apprendre.

En outre, les personnes qui commencent à fumer au début de l'adolescence ont tendance à être plus dépendantes de la cigarette que celles qui commencent à fumer plus tard. Pour mesurer le degré de dépendance de la cigarette, on peut (entre autres choses) calculer le temps qui s'écoule entre le réveil et la consommation d'une cigarette. Le fait de fumer au cours des 30 minutes qui suivent le réveil est généralement un signe de grande dépendance. Les données révèlent que 72 % des personnes ayant commencé à fumer quotidiennement avant l'âge de 14 ans ont déclaré qu'elles avaient l'habitude d'allumer une cigarette au cours de ces 30 minutes, comparativement à 43 % de celles qui ont commencé à fumer quotidiennement à l'âge de 20 ans ou plus tard.

Pourcentage des fumeurs quotidiens fumant dans les 30 minutes suivant leur réveil, 1996-1997



L'Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 paraîtra en juillet prochain. Les fichiers de microdonnées de 1996-1997 destinés au public, les données de l'Enquête supplémentaire sur l'asthme ainsi que les enquêtes effectuées au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest paraîtront également au même moment.

Pour plus de renseignements sur l'Enquête nationale sur la santé de la population, communiquez avec Larry Swain au (613) 951-3830, Division des statistiques sur la santé. Télécopieur: (613) 951-4198. Internet: [swailar@statcan.ca](mailto:swailar@statcan.ca). Pour des renseignements sur le contenu des données, communiquez avec Bryan LaFrance au (613) 951-3285. Télécopieur: (613) 951-4198. Internet: [lafrance@statcan.ca](mailto:lafrance@statcan.ca). Pour

plus de renseignements, communiquez avec les  
Services à la clientèle au (613) 951-1746. ■