



Les résultats de Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des force canadiennes

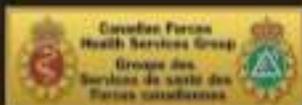
2008/2009

Version de la Force Régulière



Votre santé: Parlez-en.

Directeur Recherche et analyse opérationnelles (Personnel militaire)
autorise l'administration de ce sondage dans le MDN/FC en accord avec
le CANFORGEN 145/02 ADM/HRMIL 079 UNCLASS 131028Z DEC 02.
Numéro d'autorisation : 637/08.





SONDAGE SUR LA SANTÉ ET LE STYLE DE VIE (SSSV) – 2008-2009
RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE



COLLABORATEURS

Auteurs

Jennifer Born
Laura Bogaert
Elspeth Payne
Miriam Wiens

Rédacteurs en chef

Robert Hawes
D^r Jeff Whitehead

Élaboration du sondage

Christine Dubiniecki

Soutien à la statistique

Hugh Gough (Statistique Canada)
Lori Stratychuk (Statistique Canada)

Soutien administratif

Debbie Watkins
Jennifer Hennebury

Relecteurs

D^{re} Maureen Carew
Deanne Chafe
Guylaine Charbonneau
Marketa Graham
Lucie Laferriere
Lucy MacDonald
D^{re} Janice Ma
Col H. Colin MacKay
D^r Darrell Menard
D^{re} Debra Reid
D^{re} Elizabeth Rolland
Barbara Strauss
Francesca Taylor
D^r Mark Zamorski



SONDAGE SUR LA SANTÉ ET LE STYLE DE VIE (SSSV) 2008-2009
RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE



TABLE DES MATIÈRES

COLLABORATEURS.....	3
TABLE DES MATIÈRES.....	4
RÉSUMÉ.....	8
INTRODUCTION ET MÉTHODES.....	14
Participants	14
Contenu et distribution du sondage	15
Taux de réponse	17
Caractéristiques démographiques	19
CHAPITRE 1 : ÉTAT DE SANTÉ.....	21
État de santé autoévalué	21
Déterminants de la santé	22
Limitations d'activités en raison d'une mauvaise santé	24
Maladies chroniques	26
CHAPITRE 2 : BIEN-ÊTRE MENTAL ET SOCIAL.....	32
Détresse psychologique	32
Dépression	33
Syndrome de stress post-traumatique (SSPT)	34
Idées suicidaires et tentatives de suicide	37
Consultation d'un professionnel de la santé pour des problèmes de santé mentale	38
Raisons du recours à un professionnel de la santé mentale	41
Interruption des consultations pour des problèmes de santé mentale	42
Obstacles perçus à l'obtention de soins de santé mentale	44
Cause du problème de santé mentale pour lequel aucune aide n'a été reçue	47
Améliorer l'utilisation des services de santé mentale en levant les obstacles à l'accès aux soins	48
Impact sur la carrière et stigmatisation	50
Satisfaction à l'égard de la vie de couple, violence familiale et exploitation	51
Violence physique et sexuelle par le (la) conjoint(e) (ou partenaire)	52
Violence physique et sexuelle infligée par le répondant des FC	53
Attitudes et comportements à risque	56
Colère	57
CHAPITRE 3 : SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL.....	63
Temps passé loin du foyer	63
Satisfaction professionnelle	66
Rendement au travail	67
Accidents et blessures	70

CHAPITRE 4 : PROMOTION DE LA SANTÉ.....	72
Promotion de la santé au sein des Forces canadiennes	72
Programmes de promotion de la santé et séances d'éducation	73
Campagnes de promotion de la santé	74
Croyances et intentions relatives aux comportements en matière de santé	76
CHAPITRE 5 : SANTÉ DES FEMMES DANS LES FORCES CANADIENNES.....	80
Grossesses dans les Forces canadiennes	80
Dépistage du cancer du col utérin	80
Raisons pour lesquelles les répondantes n'ont pas subi un test de dépistage	81
Incontinence urinaire	83
CHAPITRE 6 : SERVICES DE SANTÉ.....	84
Utilisation des services de santé et satisfaction des patients	84
Continuité des soins	87
Heures d'ouverture des cliniques des FC	89
Services de santé pour les problèmes de santé à long terme, mais non urgents	90
Connaissances au sujet des services de santé	93
Qualité et disponibilité des soins	93
Consultations auprès de spécialistes médicaux	95
Recours au système civil de soins de santé	100
Examen de santé périodique	102
Dépistage du cancer du côlon	102
Infections transmissibles sexuellement	103
Comportements sexuels	104
Santé buccale	106
CHAPITRE 7 : ACTIVITÉ PHYSIQUE.....	109
Participation aux sports et aux activités physiques	109
Dépense énergétique liée aux activités physiques	110
Niveau d'activité physique	111
Blessures attribuables à une activité physique	114
Activités sédentaires chez le personnel des FC	117
Environnement favorisant l'activité physique	119
Distance de marche des installations	119
Neighbourhood Environment Walkability Scale (NEWS)	120
Activité physique et exercice en milieu de travail	121
Tests d'évaluation de la condition physique	123
CHAPITRE 8 : MÉDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTÉ.....	129
Recours à une pharmacie civile par le personnel des FC	129
Prise de médicaments sans ordonnance par le personnel des FC	131
Consultations d'un pharmacien	132
Médicaments sur ordonnance pour la perte de poids	132
Prise de vitamines et de suppléments	134

CHAPITRE 9 : POIDS SANTÉ, ALIMENTATION ET NUTRITION.....	136
<u>POIDS SANTÉ ET SURPOIDS</u>	
Indice de masse corporelle des membres des FC	138
Profil d'obésité et de surpoids dans les FC	139
Perception du poids corporel	142
Activité physique et surpoids	143
IMC et tests d'évaluation de la condition physique des membres des FC	144
Conséquences de l'obésité sur l'état de préparation opérationnelle et la participation à une opération de déploiement	145
Surpoids et modification du comportement	147
<u>NUTRITION ET ALIMENTATION</u>	
Habitudes alimentaires autodéclarées	150
Portions de fruits et de légumes par jour	151
Obstacles à la consommation de fruits et de légumes	155
Services d'alimentation des FC	156
Disponibilité des aliments santé	157
Amélioration de l'alimentation	157
Attitudes et croyances relatives à la nutrition	159
Programmes civils de perte de poids	160
CHAPITRE 10 : TOXICOMANIE ET JEU.....	165
<u>TABAGISME</u>	
Fumer dans les Forces canadiennes	165
Autres produits du tabac	171
Renoncement au tabac	172
<u>CONSOMMATION D'ALCOOL</u>	
Consommation d'alcool dans les Forces canadiennes	174
Directives sur la consommation d'alcool à faible risque	175
Consommation d'alcool dangereuse et nocive	179
Consommation excessive d'alcool dans les Forces canadiennes	181
Comportements à risque associés à la consommation d'alcool	183
<u>CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES</u>	
Consommation de drogues dans les Forces canadiennes	185
<u>JEU</u>	
Le jeu dans les Forces canadiennes	189
Dépendance au jeu	190
CHAPITRE 11 : SANTÉ LORS DE DÉPLOIEMENTS.....	196
Déploiements à l'étranger	196
Restrictions au déploiement	199
Vérification de l'état de préparation du personnel (VEPP)	200
Sélection préalable au déploiement (DAG)	202
Raisons de l'incapacité de participer à un déploiement	202
Adaptation à la vie familiale après un déploiement	204
Adaptation à la vie professionnelle après un déploiement	204

CHAPITRE 12 : BLESSURES.....	208
<u>BLESSURES ATTRIBUABLES À DES MICROTRAUMATISMES RÉPÉTÉS</u>	
Blessures attribuables à des MTR dans les Forces canadiennes	208
Activités durant lesquelles des MTR sont survenus	209
Parties du corps touchées par des MTR	212
<u>BLESSURES AIGUËS</u>	
Blessures aiguës dans les FC	214
Parties du corps touchées par des blessures aiguës	214
Activités durant lesquelles les blessures aiguës sont survenues	215
Endroits où les blessures aiguës se sont produites	218
Prévention des blessures	222



SONDAGE SUR LA SANTÉ ET LE STYLE DE VIE (SSSV) 2008-2009 RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE



RÉSUMÉ

Le présent rapport expose, dans les grandes lignes, les résultats du Sondage sur la santé et le style de vie du personnel de la Force régulière des Forces canadiennes réalisé en 2008-2009. D'autres analyses suivront, au besoin, afin de confirmer la nécessité des éléments des Services de santé des FC dont le mandat est axé sur la prévention ou le traitement. De plus, un rapport de la Force de réserve sera bientôt présenté. Les résultats de ce sondage serviront à établir les priorités en matière d'affectation des ressources en santé, à planifier, à mettre en œuvre et à évaluer les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies et à assurer le suivi et l'efficacité des interventions en santé. Voici un résumé des conclusions de chaque section du Sondage.

État de santé général : L'état de santé déclaré par le personnel des FC a peu changé depuis 2004. Dans une proportion de 93 %, les répondants ont déclaré que leur santé était excellente, très bonne ou bonne. Par ailleurs, l'état de santé autodéclaré se détériorait avec l'âge et s'améliorait avec le grade. Les militaires obèses et ceux qui n'avaient pas participé à un déploiement au cours des deux années précédentes étaient plus nombreux à déclarer que leur santé était passable ou mauvaise. L'état de santé autodéclaré ne variait pas selon le commandement ou le sexe.

Limitation d'activités pour des raisons de santé : Bien que 41 % des militaires des FC aient déclaré que leur état de santé les limitait dans les activités exigeant un effort physique important, seuls 9 % d'entre eux ont indiqué être très limités. Les limitations d'activités pour des raisons de santé augmentaient avec l'âge et diminuaient avec le grade. Elles ne variaient pas selon le commandement ou le sexe.

Troubles chroniques : Plus de la moitié (57 %) des militaires des FC ont déclaré être atteints d'au moins un trouble chronique. Les trois troubles chroniques les plus fréquents étaient les allergies non alimentaires (18 %), les problèmes de dos (18 %) et les douleurs musculosquelettiques autres que les problèmes de dos (16 %).

Détresse psychologique et dépression : La détresse psychologique prise comme mesure du risque d'être atteint d'une maladie mentale grave nécessitant une évaluation approfondie est demeurée inchangée depuis 2004 chez les militaires des FC (pourcentage légèrement supérieur à 2 %). La prévalence des cas de dépression (dépistage positif) se situait à 7 %, une valeur qui n'a guère changé au cours des quatre dernières années. Les femmes étaient davantage touchées que les hommes, comme c'est le cas dans l'ensemble de la population canadienne. La prévalence des cas de détresse psychologique et de dépression ne variait pas selon le commandement ou les antécédents de déploiement au cours des deux années précédentes.

Syndrome de stress post-traumatique (SSPT) : En 2008-2009, une question utilisée dans le cadre du dépistage de première ligne du SSPT figurait pour la première fois dans le SSSV. Les réponses fournies par environ 8 % des militaires des FC se situaient au-dessus du seuil établi, ce qui indique que ces personnes devraient faire l'objet d'une évaluation plus approfondie. Comme l'échelle en question n'a été utilisée, à ce jour, que dans des établissements de soins primaires et n'a pas servi à des fins épidémiologiques, les résultats doivent être interprétés avec prudence. On n'a observé aucune différence notable dans le taux de résultat positif au dépistage entre les militaires qui avaient participé à un déploiement au cours des deux années précédentes et les autres. De plus, les résultats ne variaient pas selon le sexe, l'âge ou le commandement.

Idées suicidaires et tentatives de suicide : Aucune différence importante n'a été observée entre 2004 et 2008-2009 quant aux idées suicidaires (au cours de la vie ou au cours des 12 derniers mois). Les résultats ne variaient pas selon le sexe, l'âge, le commandement, les antécédents de déploiement au cours des deux années précédentes, la langue maternelle ou l'état matrimonial. Les résultats relatifs aux tentatives de suicide au cours de la vie ne variaient pas selon le sexe, le commandement, les antécédents de déploiement au cours des deux années précédentes, la langue maternelle ou le résultat positif au test de dépistage de la dépression. Les tentatives de suicide au cours des 12 mois précédents étaient trop peu nombreuses pour qu'il soit possible d'en faire une analyse valable.

Consultations en santé mentale : Environ 15 % des militaires des FC ont consulté un professionnel de la santé au sujet de leurs émotions, de leur santé mentale ou de leur consommation d'alcool ou de drogues au cours des 12 mois précédant le sondage. Ce pourcentage était sensiblement le même qu'en 2004. Comme dans les sondages précédents, un nombre beaucoup plus grand de femmes (26 %) que d'hommes (13 %) avait consulté. Le personnel ayant participé à un déploiement au cours des deux années précédentes était également plus nombreux à consulter (20 %, par rapport à 14 %). Plus des trois quarts (78 %) des répondants se disaient très satisfaits ou satisfaits des services ou des traitements reçus. Les raisons le plus fréquemment invoquées pour consulter étaient la dépression, l'anxiété et les problèmes conjugaux. Chez les militaires ayant consulté un professionnel de la santé, 59 % avaient mis un terme aux consultations, principalement parce qu'ils se sentaient mieux (50 %) et qu'ils avaient complété le traitement recommandé (24 %).

Obstacles aux soins de santé mentale : Le personnel des FC a déclaré, dans une proportion de 89 %, ne pas avoir ressenti le besoin d'obtenir des soins de santé mentale ou ne pas avoir perçu d'obstacle à l'obtention de tels soins. Toutefois, 11 % des militaires n'ont pas reçu d'aide d'un professionnel de la santé mentale au moment où ils en ressentaient le besoin, principalement parce qu'ils préféraient s'occuper eux-mêmes du problème (30 %), qu'ils avaient peur que le fait de demander de l'aide nuise à leur carrière militaire (24 %) ou qu'ils pensaient que rien ne pourrait les aider (10 %). Les cinq causes principales des problèmes de santé mentale pour

lesquels les militaires n'ont pas reçu d'aide étaient, en ordre décroissant de prévalence, le stress causé par le travail ou les études, les problèmes conjugaux, les problèmes familiaux, un déploiement récent et la mort d'un membre de la famille. Le facteur qui aurait été le plus susceptible de les amener à demander de l'aide était une meilleure garantie que le fait de demander de l'aide n'aurait pas de répercussions sur leur carrière militaire. Cependant, seul le tiers (34 %) des répondants croyait que le fait de chercher à obtenir des soins de santé mentale aurait très certainement ou probablement des répercussions négatives sur leur carrière militaire.

Satisfaction à l'égard de la relation de couple et violence et exploitation familiale : Les répondants vivaient en couple dans une proportion de 82 %. De ce nombre, 91 % étaient extrêmement, très ou plutôt satisfaits de leur relation. Les militaires des FC ont répondu, dans une proportion de 15 %, avoir déjà vécu au moins un type de violence physique ou sexuelle dans leur relation actuelle. Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à indiquer être l'objet de cette violence, tandis que les auteurs de cette violence étaient des hommes et des femmes à parts égales. Les situations d'exploitation affective ou financières étaient plus courantes; 19 % des militaires ont indiqué en être le conjoint responsable, alors que 25 % ont indiqué que leur conjoint en était responsable.

Maîtrise de la colère : Bien que 78 % des militaires des FC aient déclaré lutter rarement ou ne jamais lutter contre des niveaux de colère nuisant à leur capacité de faire leur travail ou à leurs relations personnelles, la colère causait quelquefois (18 %) ou souvent (4 %) un tel problème.

Absence du foyer, satisfaction au travail : Le personnel des FC avait passé en moyenne 7,6 mois loin de chez lui au cours des deux années précédentes. L'absence du foyer avait été beaucoup plus longue chez les hommes, les MR sub, les répondants âgés de 18 à 29 ans et ceux du Commandement de l'Armée de terre et du Commandement maritime. Par ailleurs, la durée de l'absence était beaucoup plus longue que celle déclarée en 2004 (5,5 mois). Les principales causes de l'absence du foyer étaient les cours, les exercices et les déploiements. En 2008-2009, 81 % des répondants ont déclaré être très satisfaits ou plutôt satisfaits de leur travail, ce qui représente une forte hausse par rapport au résultat de 2004, qui se situait à 77 %.

Promotion de la santé : La connaissance du programme de promotion de la santé des FC « Énergiser les Forces » est passée de 37 % à 56 % entre 2004 et 2008-2009. Les trois mesures qui, de l'avis du personnel des FC, leur permettraient le plus d'améliorer leur santé et leur bien-être étaient de faire plus d'exercice ou de commencer à en faire, d'améliorer leur alimentation et de perdre du poids, et ils étaient plus de 90 % à déclarer avoir l'intention d'apporter des changements dans ces trois domaines.

Santé des femmes : Parmi les femmes qui avaient déjà subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus, 95 % avaient passé un test Pap au cours des trois années précédentes, un pourcentage

semblable à celui obtenu en 2004. La principale raison invoquée pour ne pas avoir subi le test récemment était qu'elles « ne s'en sont pas occupé ». Près de 5 % des femmes militaires ont déclaré être enceintes au moment du sondage. L'incontinence urinaire devenait de plus en plus fréquente avec l'âge, ce problème touchant 19 % des répondantes âgées de 40 à 49 ans. Les prochains sondages évalueront dans quelle mesure ce problème peut limiter l'activité physique.

Utilisation des services de santé et satisfaction : Plus des trois quarts des militaires avaient reçu des services médicaux dans un établissement médical des FC dans l'année précédant le sondage. Les répondants ont déclaré, dans une proportion de 86 %, que les heures d'ouverture de la clinique leur convenait. Quant à l'obtention d'un rendez-vous pour un problème de santé à long terme mais non urgent (prise de la tension artérielle, etc.), le temps d'attente se situait le plus souvent entre deux semaines et un mois. Les répondants, dans une proportion de 26 %, ont déclaré qu'un tel temps d'attente pour ce genre de rendez-vous était insatisfaisant, la plupart indiquant qu'un délai de 3 à 7 jours serait plus raisonnable. Par contre, 70 % des militaires ont déclaré que les services de santé offerts dans leur base étaient d'excellente ou de bonne qualité.

Soins de santé préventifs : Parmi les militaires des FC de moins de 40 ans, 94 % avaient subi un examen de santé périodique (ESP) complet au cours des cinq années précisées. Chez les personnes de 40 ans et plus, un tel examen est recommandé aux deux ans. Les militaires de ce groupe d'âge, dans une proportion de 79 %, avaient bel et bien subi cet examen dans le délai prévu, ce qui représente une amélioration par rapport au résultat (73 %) obtenu en 2004. D'autre part, on a recommandé à 57 % des répondants de 50 ans et plus de passer un test de détection de sang occulte dans les selles à des fins de dépistage du cancer du côlon. Pourtant, seuls 78 % d'entre eux l'ont fait, ce qui signifie que 44 % des répondants de l'ensemble de ce groupe d'âge ont subi ce test. Ce taux est comparable à celui observé dans le reste de la population canadienne.

Santé buccale : La majorité du personnel des FC (90 %) a déclaré que son état de santé bucco-dentaire était excellent, très bon ou bon. Plus de 80 % des répondants n'avaient jamais ou presque jamais eu l'impression que la vie était moins satisfaisante en raison de problèmes de dents, de bouche ou de dentiers ou ne s'étaient jamais ou presque jamais senti gênés ou embarrassés par de tels problèmes. Moins de 3 % des répondants avaient souvent éprouvé de la douleur ou une gêne aux dents ou aux gencives.

Activité physique : Les activités physiques ayant permis au personnel des FC de dépenser le plus d'énergie étaient des activités individuelles comme la course, le jogging ou la marche. La proportion des militaires physiquement inactifs s'est accrue depuis 2004, passant de 27 % à 31 %, tandis que celle des militaires modérément actifs a diminué, passant de 27 % à 22 %. Les militaires ont consacré en moyenne 28 heures par semaine à des activités sédentaires comme regarder la télévision. Plus de 80 % des répondants avaient un emploi très sédentaire. L'accès à des cours d'exercice en milieu de travail est passé de 55 % à 74 % entre 2004 et 2008-2009.

Évaluation de la condition physique : Si l'on exclut les répondants ayant été dispensés par mesure d'encouragement ou pour des raisons médicales, seuls 5 % des militaires des FC n'avaient subi aucune évaluation de la condition physique au cours de l'année précédant le sondage. Par ailleurs, 1 % des répondants avaient échoué au test d'aptitude physique au combat, tandis que 3 % avaient échoué au test EXPRES des FC.

Consommation de médicaments et de produits de santé : Au cours de l'année précédant le sondage, 59 % des militaires des FC avaient obtenu des médicaments d'une pharmacie civile. Ils avaient eu recours à une pharmacie civile principalement parce que c'était plus pratique et que la pharmacie de la base ou de l'unité était fermée. Environ 63 % du personnel des FC a consommé des vitamines ou des suppléments au cours de l'année précédente. Il s'agissait le plus souvent de vitamines, mais aussi, dans 29 % des cas, de boissons énergisantes de type Red Bull.

Nutrition et alimentation : Les militaires des FC ont déclaré, dans une proportion de 82 %, que leurs habitudes alimentaires étaient excellentes, très bonnes ou bonnes. Pourtant, seuls 19 % des répondants de ce groupe mangeaient le nombre minimal de portions recommandées de fruits et légumes par jour. Même si 56 % des militaires des FC étaient satisfaits de la disponibilité d'aliments santé dans les services de restauration des FC, seuls 7 % des répondants étaient satisfaits des aliments santé disponibles dans les distributrices automatiques.

Obésité : Le taux d'obésité chez le personnel des FC est passé de 21 % en 2004 à 24 % en 2008. Il était plus élevé chez les hommes (25 %) que chez les femmes (17 %). Bien que le fait de ne pas tenir compte de la masse musculaire puisse entraîner des erreurs de classification, 90 % des hommes obèses et 94 % des femmes obèses se trouvaient trop gros ou trop grosses. Le personnel obèse des FC mangeait moins de fruits et de légumes et risquait moins d'être en mesure de participer à un déploiement que les autres militaires. La dépense énergétique par l'activité physique était semblable chez les militaires obèses et non obèses.

Tabagisme : Au moment du sondage, 23 % des répondants ont déclaré être fumeurs, alors qu'ils étaient 25 % en 2004. Le quart de ces fumeurs ont commencé à fumer après leur entrée dans les FC, dont 45 % au cours de la Qualification militaire de base. Au cours du mois précédant le sondage, 11 % des répondants ont fumé des cigares et 9 % ont fumé des cigarillos. L'utilisation de tabac à chiquer était moins fréquente (3 %).

Consommation d'alcool : Environ 48 % des militaires des FC n'avaient pas respecté les Directives de consommation d'alcool à faible risque. De plus, 20 % des répondants présentaient une consommation risquée d'alcool selon l'échelle AUDIT de l'OMS, tandis qu'ils étaient 13 % dans cette situation en 2004. Au cours des 12 mois précédents, 6 % des répondants avaient conduit un véhicule alors qu'ils avaient trop bu.

Consommation de drogues et jeu : Au cours des 12 mois précédant le sondage, 3 % des militaires des FC avaient consommé de la marijuana ou du haschisch, un nombre inférieur au taux canadien de 1/5 chez les personnes de 18 à 56 ans. Ce faible taux pourrait en partie s'expliquer par une réticence des répondants à déclarer leur consommation de drogues dans le cadre du sondage, malgré le caractère anonyme de ce dernier. Dans l'ensemble, 83 % des militaires des FC ont pris part à une forme de jeu au cours des 12 mois précédant le sondage. Dans la plupart des cas, il s'agissait de billets de loterie ou de billets de loterie instantanée. Les cas de jeu pathologique étaient rares; ils touchaient moins de 1 % des militaires.

Santé lors des déploiements : Les militaires des FC, dans une proportion de 22 %, ont déclaré ne pas avoir été en mesure de participer à un déploiement à un certain moment au cours des deux années qui ont précédé le sondage, en moyenne pendant une période de 11 mois. Les principales raisons pour lesquelles ils n'étaient pas en mesure de le faire étaient les blessures musculosquelettiques (32 %) et la situation familiale (17 %). Au cours des trois premiers mois suivant leur déploiement, l'ajustement à la vie familiale et à la vie professionnelle avait été difficile pour 24 % et 31 % des répondants, respectivement. Plus de femmes que d'hommes ont déclaré avoir eu de la difficulté à s'ajuster à la vie professionnelle. Comme nous l'avons déjà mentionné, les répondants ayant participé à un déploiement au cours des deux années précédentes étaient plus nombreux à consulter un professionnel de la santé mentale, mais ils ne présentaient pas un taux plus élevé d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide que ceux sans antécédents de déploiement récent, et on ne détectait pas parmi eux davantage de cas de détresse psychologique, de dépression ou de SSPT.

Blessures : Environ 23 % des militaires des FC ont déclaré avoir subi, au cours des 12 mois précédant le sondage, une blessure causée par des microtraumatismes répétés dont la gravité était suffisante pour limiter leurs activités normales. Ce pourcentage est moins élevé qu'en 2004 (27 %). De la même façon, des blessures aiguës ont été déclarées par 21 % des répondants en 2008, alors que ce pourcentage se situait à 26 % en 2004. On ignore pourquoi le nombre de blessures des deux types a diminué. Par ailleurs, 61 % des militaires ayant subi une blessure aiguë pensaient qu'il n'aurait pas été possible d'éviter cette blessure. Seuls 54 % des militaires qui font du vélo ont indiqué porter toujours un casque.



SONDAGE SUR LA SANTÉ ET LE STYLE DE VIE (SSSV) – 2008-2009

RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE



INTRODUCTION ET MÉTHODES

Le Sondage sur la santé et le style de vie (SSSV) est le seul sondage portant sur la santé du personnel des Forces canadiennes puisque les sondages nationaux sur la santé effectués par Statistique Canada excluent les personnes qui vivent dans les bases des FC. Les derniers SSSV ont eu lieu en 2000 et 2004. À chaque version successive, la méthodologie et la structure du sondage ont été considérablement raffinées. Celui de 2008-2009 s'appuie sur l'évolution des deux sondages précédents et se concentre particulièrement sur la santé du personnel récemment déployé à l'étranger. Le SSSV 2008-2009 a été élaboré, administré et analysé par la Direction – Protection de la santé de la Force (D PSF), Quartier général – Groupe des Services de santé des Forces canadiennes. Des sondages distincts ont été menés auprès du personnel de la Force régulière et de la Force de réserve. Le présent rapport est axé sur la santé et le bien-être du personnel de la Force régulière des Forces canadiennes.

Le SSSV 2008-2009 avait quatre objectifs :

- a. évaluer l'état de santé physique et mentale des membres des FC;
- b. mesurer la prévalence des facteurs de risque liés au comportement parmi les membres des FC;
- c. mesurer le recours aux programmes de promotion de la santé et évaluer la possibilité de créer des programmes à l'avenir;
- d. mesurer le recours aux soins de santé et le degré de satisfaction en ce qui a trait au système de soins de santé des FC.

Les résultats de ce sondage permettront au MDN d'établir les priorités en matière d'affectation des ressources en santé et d'évaluer l'efficacité des programmes de promotion de la santé et des interventions en santé.

Participants

Un échantillon aléatoire stratifié a été extrait du Système de gestion des ressources humaines (SGRH), souvent appelé PeopleSoft. Aux fins de cette étude, les personnes admissibles au sondage devaient faire partie des effectifs totaux en activité des Forces canadiennes au 28 juillet 2008. Ces participants comprennent toutes les personnes actuellement enrôlées dans les FC qui n'étaient pas sur la Liste de l'instruction de base, sur la Liste du programme subventionné de formation universitaire, en congé de retraite, sur la liste des effectifs manquants ou sur la liste des effectifs du personnel non disponible ou en congé non payé, absentes sans autorisation, détenues, suspendues ou sous garde civile.

Nous avons procédé à une stratification afin de nous assurer qu'un nombre suffisant de membres des FC possédant trois caractéristiques d'intérêt était représenté dans le sondage : les femmes, les personnes déployées à l'étranger au cours des deux dernières années et les officiers.

Il a été convenu a priori que les estimations basées sur le sexe, le grade et la participation à un déploiement ne devaient pas présenter un taux d'erreur supérieur à ± 3 %. La taille de l'échantillon requise pour atteindre le taux d'erreurs maximal au cours du sondage a été calculée à l'aide de la méthode exacte en consultation avec le personnel de Statistique Canada. Il a été déterminé que l'échantillon devrait compter 1 922 personnes pour atteindre la variance souhaitée. Ensuite, nous avons ajusté la taille de l'échantillon pour tenir compte de la non-réponse, en nous fondant sur le taux de réponse de 50 % obtenu dans le SSSV 2004; cet ajustement a eu pour effet de doubler la taille de l'échantillon nécessaire pour répondre aux exigences statistiques du sondage. La taille finale de l'échantillon des membres de la Force régulière, ajustée pour la non-réponse, a été évaluée à 3 844 personnes.

Pour s'assurer que les principaux résultats, comme ceux ayant trait à la prévalence des blessures aiguës, de l'obésité, de l'activité physique et des problèmes de santé mentale n'étaient pas trop influencés par la saison durant laquelle les données étaient recueillies, il a été convenu que le SSSV 2008-2009 s'étalerait sur une période de douze mois, divisée en trois cycles de sondage de quatre mois chacun. Par conséquent, l'échantillon prévu de 3 844 personnes a été divisé en trois segments égaux de 1 281 personnes par cycle.

Après avoir extrait l'échantillon aléatoire stratifié de 1 281 personnes pour un cycle, nous avons envoyé la liste des noms et des numéros matricules au SGRH afin d'obtenir l'adresse au travail de chaque personne. À partir de cette liste, 1 261 dossiers ont été trouvés et nous ont été envoyés au cours du premier cycle, 1 245 au cours du second et 1 239 au cours du troisième, ce qui a donné un échantillon global de 3 745 personnes.

En juin 2008, une analyse provisoire des répondants du SSSV 2008-2009 a révélé que le nombre d'hommes, militaires du rang (MR), répondant au sondage était insuffisant. Puisque ce groupe représente une forte proportion de l'effectif total des FC, les hommes MR qui avaient répondu se voyaient attribuer un coefficient de pondération proportionnelle trop important. Cette situation altérerait la stabilité et l'interprétabilité de certains des principaux résultats du sondage.

Pour remédier à cette situation, un échantillon supplémentaire d'hommes MR a été sélectionné entre juillet 2008 et fin novembre 2009. Mille hommes MR qui faisaient partie de la base de sondage initiale, mais qui n'avaient *pas* été choisis pour répondre au SSSV 2008-2009, ont été sélectionnés de manière aléatoire pour composer l'échantillon supplémentaire. On a trouvé 999 dossiers concernant ces sujets. Ainsi, l'échantillon total visé par l'envoi postal du SSSV 2008-2009 comptait en tout 3 745 personnes, plus les 999 autres personnes additionnelles faisant l'objet du sondage supplémentaire auprès des hommes MR, soit un échantillon total de 4 744 personnes.

Contenu et distribution du sondage

Le SSSV fournit des estimations transversales du profil de santé du personnel des Forces canadiennes; ces données guideront l'élaboration des politiques et la recherche. À titre d'outil de surveillance, le sondage devient plus utile lorsque des données similaires sont recueillies à chaque cycle, ce qui permet de comparer les résultats relatifs à la santé au fil

du temps. Puisque le SSSV 2000 se distingue considérablement des autres sondages par sa méthodologie, son contenu et son taux de participation, le présent rapport se fonde uniquement sur les données obtenues dans les sondages 2004 et 2008-2009. Pour ce qui est des données recueillies antérieurement, le lecteur doit consulter le rapport sur le SSSV 2000 mené auprès de la Force régulière, qui peut être téléchargé sur le site suivant : <http://www.forces.gc.ca/health-sante/pub/hlis-sssv-fra.asp>

Les SSSV 2004 et 2008-2009 ont tiré avantage des questions des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) élaborées par Statistique Canada. Malgré certaines différences entre ces deux sondages sur le plan de l'échantillonnage et de la méthodologie, les questions communes ont permis d'effectuer des comparaisons préliminaires en ce qui concerne les tendances dans les populations militaire et non militaire, comparaisons qui n'auraient pas été possibles si les questions des sondages avaient différé considérablement. En outre, les Forces canadiennes ont profité du travail préalablement effectué par le personnel de Statistique Canada, qui a élaboré et validé les outils normalisés qui ont servi à la réalisation du SSSV 2008-2009. Il est important de reconnaître que l'expertise des spécialistes en méthodologie, des biostatisticiens et des spécialistes en la matière de Statistique Canada a été mise à la disposition de la Direction – Protection de la santé de la Force, ce qui a largement profité à cette étude.

Le SSSV 2008-2009 est un sondage effectué par envoi postal, tandis que les Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes recueillent les données à l'aide de sondages téléphoniques et d'entrevues directes. On a constaté que le recours à des méthodes de sondage différentes a une influence sur la manière dont les participants a) consentent à répondre au sondage et b) répondent aux questions du sondage.

Par conséquent, ce rapport ne fournit pas de *comparaisons quantitatives directes* entre les résultats du SSSV et ceux des ESCC. Il offre cependant des *comparaisons entre les tendances générales* parmi les membres des Forces canadiennes et celles de la population canadienne non militaire afin de mettre en contexte les résultats du SSSV 2008-2009.

Il fallait compter environ 45 minutes pour remplir le questionnaire du SSSV 2008-2009. Nous avons élaboré quatre versions de ce sondage, selon la langue du répondant (français ou anglais) et l'élément (Force régulière ou Réserve). En raison de l'expérience professionnelle et opérationnelle différente du personnel de la Force de réserve, certains changements mineurs ont été apportés à la version du SSSV 2008-2009 destinée à ce groupe afin d'assurer la pertinence des questions.

Le Directeur – Recherche et analyse opérationnelles (Personnel militaire) (numéro d'autorisation 637/08) et les trois commandements d'armée ont autorisé le sondage. Le sondage a aussi été approuvé par un comité d'éthique de la recherche indépendant externe (Ethica Clinical Research, Montréal).

Le SSSV 2008-2009 a utilisé avec succès un système de rappel et de suivi fondé sur les techniques élaborées par Dillman (2000). En bref, une trousse de sondage a été expédiée à l'adresse au travail de 4 744 personnes faisant partie de la base de sondage créée en

juillet 2008 par le SGRH. Chaque trousse contenait une lettre d'accompagnement de la part du Chef d'état-major de la Défense expliquant le but du sondage, un exemplaire du SSSV 2008-2009, une enveloppe de retour pré-adressée et affranchie et une carte postale blanche portant le code d'identification unique du répondant. On a demandé aux membres du personnel des FC de remplir le sondage anonyme et de le poster dans l'enveloppe fournie. On leur a ensuite demandé de retourner la carte postale séparément, de sorte que les chercheurs de la D PFS puissent se servir du code d'identification unique pour effectuer le suivi de la réponse reçue tout en préservant l'anonymat du sondage rempli.

Les personnes qui n'avaient pas encore répondu quatre semaines après l'envoi initial recevaient un rappel leur demandant de remplir le sondage. Si aucune réponse n'était reçue huit semaines après l'envoi initial, une autre trousse complète était expédiée à l'adresse au travail de la personne sélectionnée.

Le premier cycle du SSSV 2008-2009 a été lancé le 15 novembre 2008 et s'est terminé le 15 mars 2009. Le deuxième cycle de sondage a commencé à cette date, pour s'achever le 15 juillet 2009. Enfin, le troisième cycle a été expédié à la fin du deuxième cycle et a pris fin le 15 novembre 2009.

Taux de réponse

Des sondages auprès de la Force régulière ont été envoyés par la poste à 4 744 membres des FC et nous avons reçu 2 315 réponses, ce qui représente un taux de réponse brut de 48,8 %. Le sondage n'a pas été reçu par 359 membres des FC pour des raisons valables : adresse inconnue en dépit de nombreuses tentatives; membre des FC à la retraite, décédé, libéré ou en congé parental. Après avoir effectué un ajustement pour tenir compte des sondages qui n'avaient pas été livrés, le taux de participation se situait à 52,8 %, soit 2 315 réponses au sondage sur un total de 4 385 sondages qui avaient été vraisemblablement livrés.

Afin de tenir compte du plan d'échantillonnage stratifié complexe, un coefficient de pondération proportionnelle inverse a été attribué aux réponses au sondage. Le coefficient de pondération individuelle était basé sur le sexe, le grade et la participation à un déploiement pour tous les répondants, après ajustement pour la non-réponse. Les répondants qui n'avaient pas indiqué leur sexe, leur grade, leur âge ou s'ils avaient participé à un déploiement au cours des deux dernières années ont été éliminés de l'échantillon, puisqu'il était impossible de leur attribuer un coefficient de pondération proportionnelle. Par conséquent, 158 sondages ont été soustraits des 2 315 questionnaires reçus, portant à 2 157 le nombre de sondages pouvant faire l'objet d'une analyse.

Analyse statistique

Les sondages postés et reçus par la D PSF ont été entrés dans la base de données à l'aide de Teleform, un logiciel de reconnaissance optique de caractères. Les commis au traitement des données ont été formés pour nettoyer et vérifier les résultats du processus de balayage Teleform et pour entrer du texte et des caractères numériques, le cas échéant.

La base de données a ensuite été transmise à un épidémiologiste principal de la D PSF, qui a vérifié la cohérence interne des données (p. ex., enchaînement de questions, réponses illogiques) et qui a effectué leur validation à l'aide des sondages originaux envoyés.

Les variables qui comportaient une option de réponse textuelle (p. ex., listes de maladies chroniques ou d'activités physiques au cours des quatre derniers mois) ont été examinées individuellement et regroupées pour former une nouvelle catégorie, ou encore, classées dans une catégorie existante. Cette méthode a réduit l'omniprésence des réponses « Autres » tout en maintenant la taille d'échantillon pour de nombreuses questions du sondage. Les données texte du SSSV 2004 ont été recodées de manière semblable pour permettre la comparaison entre les deux études.

Les variables démographiques principales, notamment l'âge, la participation à un déploiement, la base et l'escadre, ont ensuite été calculées. Une variable pour le commandement des FC a aussi été déterminée en fonction de la base ou de l'escadre, en incluant une catégorie supplémentaire « autre commandement » pour représenter le QGDN, St-Jean et Borden, l'USFC Colorado et d'autres installations nationales ou internationales.

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du module des échantillons complexes (SPSS, version 17.0) et ont été pondérées selon la méthode appelée pondération de probabilité inverse décrite ci-dessus. Les techniques à une variable, à deux variables et de régression ont été examinées et validées par une équipe d'épidémiologistes avant l'analyse. On a établi le seuil de signification à 5 %; les intervalles de confiance ont été calculés par estimation normale ou binomiale, selon le cas. On considérait que les intervalles de confiance ne se chevauchant pas avaient un niveau de signification d'au moins 5 %; les intervalles de confiance qui se chevauchaient ont fait l'objet d'un examen plus approfondi à l'aide de la méthode exacte. Dans le texte ci-joint, « ns » correspond à « non significatif » et signifie que le seuil de signification de 5 % n'est pas atteint. « Ref » correspond à la catégorie de référence des variables nominales.

Veillez noter que pour les blessures aiguës répétitives et graves, la prévalence au cours d'une période déterminée présentée dans ce document est équivalente à une incidence cumulée sur un an, puisque ces questions se rapportent seulement aux personnes qui ont subi une blessure dans les 12 mois précédant leur participation au sondage.

Standardisation des résultats

Pour permettre une comparaison entre les taux globaux des sondages de différentes années, nous avons effectué une standardisation directe pour l'âge. Ainsi, la distribution en fonction de l'âge et du sexe de l'effectif des Forces canadiennes en 2008 a été appliquée aux données tirées du SSSV 2004. Cette méthode de standardisation a permis une correction pour tenir compte des distributions différentes par âge de la population des sondages de 2004 et de 2008-2009 et de la sous-représentation des membres des FC plus jeunes parmi les répondants du SSSV 2008-2009. Pour cette raison, on peut constater de

légères différences entre les résultats non standardisés et les résultats standardisés du SSSV 2008-2009.

Caractéristiques démographiques

Les caractéristiques démographiques de la base de sondage et des réponses pondérées sont présentées dans le tableau A. La base de sondage (c'est-à-dire l'effectif des FC en juillet 2008) par exemple, est composée à 87,1 % d'hommes, à 28,2 % de personnes âgées de 18 à 29 ans et à 55,1 % de MR subalternes. De la même façon, lorsque les coefficients de pondérations de la population sont appliqués aux répondants du sondage, on constate que les hommes constituent 86,6 % de l'échantillon, les personnes âgées de 18 à 29 ans, 28,0 %, et les MR subalternes, 51,3 %. Les personnes de 30 à 39 ans ont été légèrement sous-estimées, tandis que celles de 40 à 49 ans ont été légèrement surestimées dans l'échantillon. On notera la différence dans la proportion de membres des FC ayant été déployés au cours des deux dernières années dans la base de sondage par rapport aux répondants du SSSV. Cette différence est probablement due à l'entrée tardive des antécédents de déploiement dans la base de données de la base de sondage (SGRH).

Limites

Il est important de mentionner que les SSSV utilisent des données autodéclarées pour connaître l'état de santé et le bien-être du personnel des FC. Nous ne savons pas dans quelle mesure les données autodéclarées influencent les résultats présentés dans ce rapport.

De plus, ce rapport ne fournit que les résultats des analyses à une variable et à deux variables, ce qui pourrait avoir pour effet de simplifier exagérément la relation à l'étude. Autrement dit, il permet d'évaluer la relation entre un facteur (p. ex., le grade du répondant) et un résultat sur le plan de la santé (p. ex., la prévalence du tabagisme quotidien) à la fois. Toutefois, la plupart des résultats sur la plan de la santé sont les conséquences de facteurs de risque multiples et il faudra effectuer d'autres analyses à plusieurs variables pour examiner les effets indépendants de chaque facteur de risque.

Il convient de noter également que la relation entre un facteur de risque et un résultat peut être modifiée par un troisième facteur. Par exemple, la plupart des études ont révélé que les hommes sont plus portés à consommer de l'alcool de façon excessive que les femmes. Si on analyse la relation entre le commandement d'appartenance au sein des FC et la consommation excessive d'alcool sans tenir compte des autres facteurs, on pourrait en déduire que le personnel de la Force terrestre est plus enclin à consommer de l'alcool de façon excessive. Cependant, cette corrélation pourrait s'avérer trompeuse, compte tenu du fait que l'on compte en moyenne moins de femmes dans la Force terrestre que dans les deux autres éléments. Il serait également erroné de supposer qu'une association valide signifie qu'une exposition quelconque provoque le résultat. Par exemple, on pourrait observer une corrélation claire entre la consommation de café et l'usage du tabac, mais cela ne signifie pas que l'un provoque l'autre. Il faut pouvoir établir d'autres liens de cause à effet avant de tirer une conclusion de cette nature.

Tableau A: Comparaison entre la base de sondage et les répondants du SSSV

Variable	Caractéristique	Base de sondage (%)	Répondants du SSSV 2008-2009 (%)
Sexe	Homme	87,1	86,6
	Femme	12,9	13,4
Âge	18 à 29	28,2	28,0
	30 à 39	32,3	28,1
	40 à 49	32,4	37,6
	50 à 60	7,1	6,2
Grade	Sdt/mat 3 à cplc/mate	55,1	51,3
	Sgt/m 2 à adjuc/pm 1	22,5	26,3
	Élof à capt/ltv	14,0	14,0
	Maj/capc à gén/am	8,4	8,4
Déploiement	Non déployé	92,3	75,9
	Déployé à l'étranger au cours des deux années précédentes	7,7	24,1

Références

Dillman DA (2000). *Mail and internet surveys (2nd edition)*. John Wiley and Sons Inc., Toronto.



SONDAGE SUR LA SANTÉ ET LE STYLE DE VIE (SSSV) 2008-2009 RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE



CHAPITRE 1 ~ ÉTAT DE SANTÉ

Cette section du rapport porte sur l'état de santé autoévalué, les maladies chroniques et les limitations d'activités dues à des problèmes de santé signalés par les membres des FC.

État de santé autoévalué

L'état de santé autoévalué est souvent utilisé comme indicateur de l'état de santé général. Il s'agit également d'un facteur hautement prédictif de la mortalité (Appels et coll., 1996; DeSalvo et coll., 2006; Idler et Benyamini, 1997). Les répondants du SSSV ont été invités à autoévaluer leur santé en indiquant si elle est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise. En 2008-2009, 16,9 % des membres des FC ont déclaré que leur santé était excellente, 44,5 % qu'elle était très bonne, 31,2 % qu'elle était bonne, 6,8 % qu'elle était passable et 0,6 % qu'elle était mauvaise. Il n'y avait pas de différence significative dans l'état de santé autoévalué entre les hommes et les femmes en 2008-2009.

Après standardisation en fonction de l'effectif des FC de 2008, ces estimations indiquent qu'il n'y a eu aucun changement dans l'état de santé autoévalué depuis 2004 (figure 1.1).

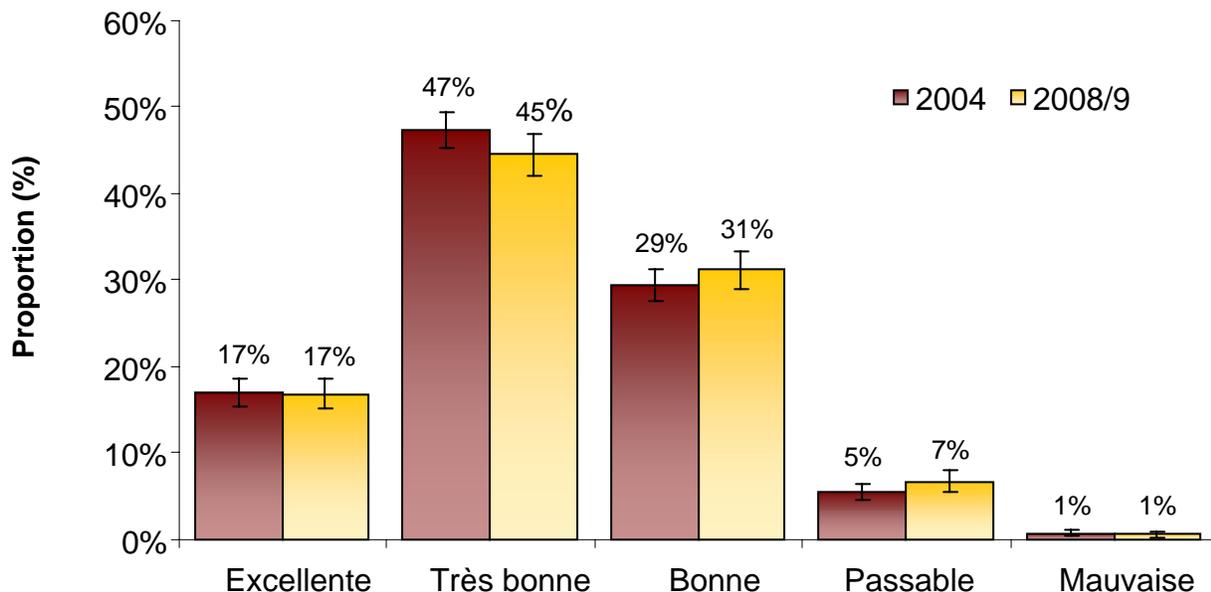


Figure 1.1: État de santé autoévalué dans les FC, SSSV de 2004 et de 2008-2009^θ
^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

L'état de santé autoévalué présente une tendance similaire dans la population canadienne générale; la plupart des Canadiens ont déclaré une très bonne santé et une petite proportion de la population a évalué sa santé comme étant passable ou mauvaise (Statistique Canada, 2005; Statistique Canada, 2007-2008).

Déterminants de la santé

Il a été établi que l'état de santé autoévalué était lié à des facteurs démographiques et socioéconomiques, aux comportements liés à la santé et au style de vie dans la population générale (Shooshtari, Menec, et Tate, 2007; Shields et Shooshtari, 2001; Denton et Walters, 1999). Plusieurs de ces déterminants ont été analysés pour les besoins de la présente section du rapport. Les catégories « passable » et « mauvaise » ont été regroupées en une seule catégorie, « passable/mauvaise », dans le cadre de l'analyse des déterminants de l'état de santé, en raison du faible nombre de réponses dans ces catégories.

Dans la population canadienne générale, l'état de santé autodéclaré se détériore avec l'âge (Shields et Shooshtari, 2001). La même tendance est observée dans les FC. Comme le montre la figure 1.2, les personnes plus jeunes sont plus susceptibles de déclarer que leur santé est excellente ou très bonne, tandis que les personnes plus âgées sont plus susceptibles de déclarer qu'elle est bonne, passable ou mauvaise.

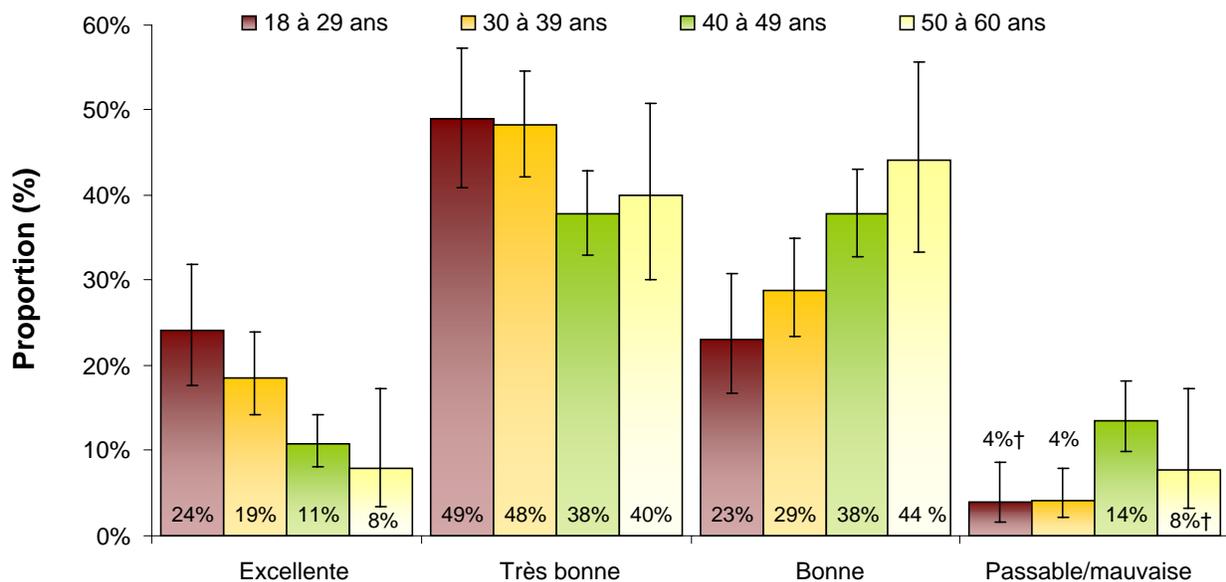


Figure 1.2: État de santé autoévalué, comparaison des catégories d'âge, SSSV 2008-2009

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Comme le montre la figure 1.3, les militaires du rang (MR) déclarent systématiquement un état de santé moins bon que les officiers. Les officiers étaient nettement plus susceptibles de déclarer une santé excellente ou très bonne que les militaires du rang, et les militaires du rang étaient plus susceptibles de déclarer une bonne santé et une santé passable/mauvaise que les officiers.

Les différences au niveau de l'autoévaluation de la santé entre les grades pourraient refléter la variation des fonctions professionnelles ou de facteurs démographiques et socioéconomiques.

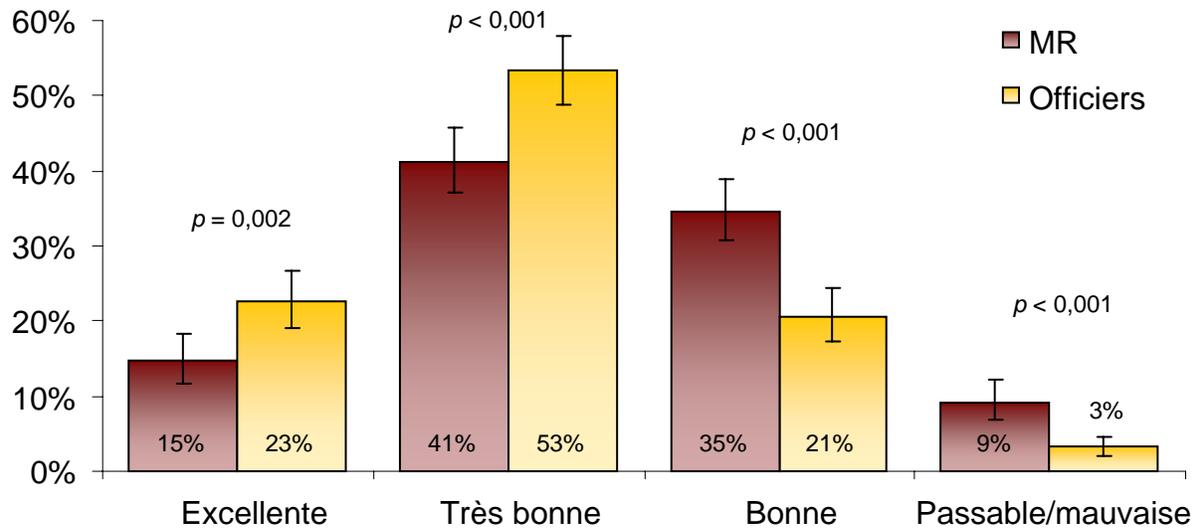


Figure 1.3: État de santé autoévalué chez les militaires du rang et les officiers, SSSV 2008-2009

Le tableau 1.1 présente de l'information sur le déploiement dans les deux années précédant le sondage. L'état de santé autoévalué n'était pas statistiquement différent selon que les militaires avaient ou non été déployés au cours des deux années ayant précédé le sondage, sauf dans le cas des personnes ayant signalé une santé passable/mauvaise. Les membres des FC récemment déployés étaient nettement moins susceptibles de déclarer une santé passable/mauvaise comparativement à ceux qui n'avaient pas été récemment déployés. Cette différence n'a rien de surprenant puisque les militaires qui échouent à l'évaluation de la condition physique et ceux qui sont atteints d'un grave problème de santé ne sont généralement pas déployés.

Tableau 1.1: État de santé autoévalué en fonction du déploiement à l'étranger au cours des deux années précédentes

	Proportion en % (IC à 95 %)			
	Excellente	Très bonne	Bonne	Passable / mauvaise
Militaires déployés	15,4 % (12,3-19,0 %)	47,9 % (43,2-52,7 %)	31,7 % (27,4-36,3 %)	5,0 % (3,2-7,7 %)
Militaires non déployés	16,9 % (13,8-20,6 %)	42,8 % (38,5-47,3 %)	31,5 % (27,5-35,7 %)	8,8 % (6,5-11,7 %)
Valeur p	n.s.	n.s.	n.s.	0,035

Des études antérieures ont révélé que les personnes obèses sont plus susceptibles de signaler une mauvaise santé que celles qui ne le sont pas (Ferraro et Yu, 1995). Les résultats du SSSV indiquent la même relation entre l'obésité et l'état de santé autoévalué. Les militaires dont l'indice de masse corporelle (IMC) se situe dans la catégorie « obèse » (IMC \geq 30) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont systématiquement signalé une santé moins bonne que les militaires dont l'IMC était inférieur à 30. Comme le montre la figure 1.4, 18,4 % des militaires obèses ont signalé une santé passable/mauvaise, comparativement à 4,8 % des militaires non obèses.

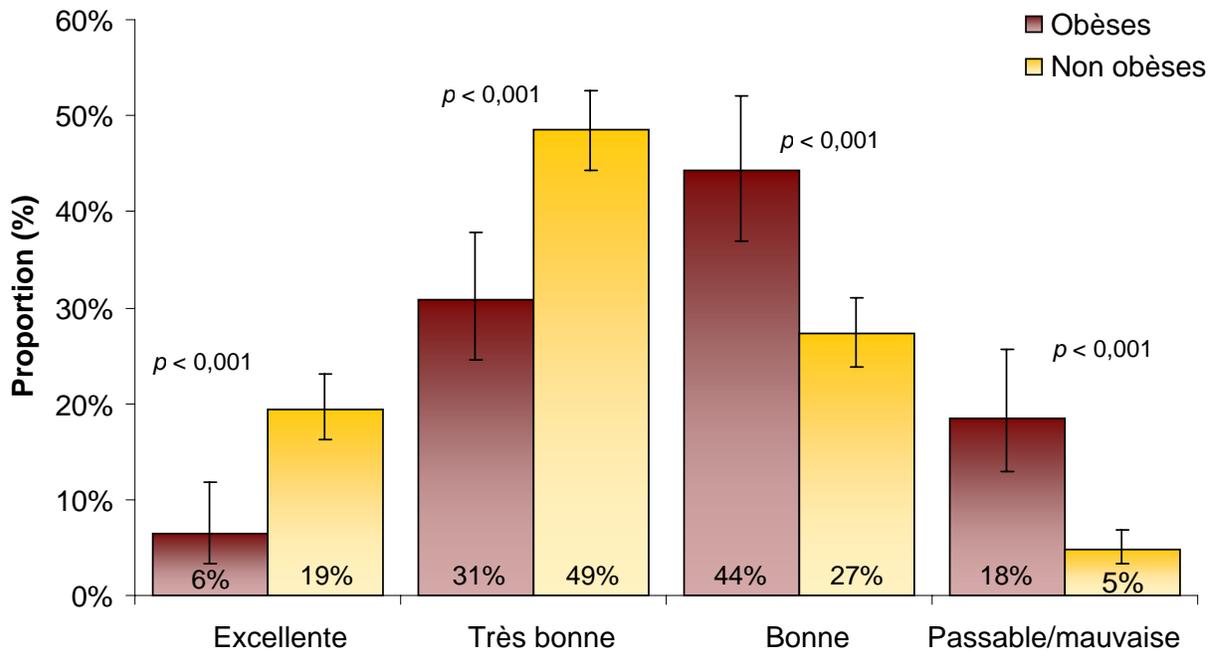


Figure 1.4: État de santé autoévalué en fonction de l'obésité (IMC \geq 30), SSSV 2008-2009

Aucun lien significatif n'a été établi entre l'état de santé autoévalué et les autres covariables comme l'état matrimonial, le commandement et la base/l'escadre.

Limitations d'activités en raison d'une mauvaise santé

Lorsqu'on leur a demandé si leur état de santé les limitait dans les activités exigeant un effort physique important comme courir, soulever des objets lourds ou pratiquer des sports difficiles, 58,5 % des membres des FC ont déclaré n'être « pas du tout limités », 32,4 % ont déclaré être « un peu limités » et 9,0 %, être « très limités ». Les hommes et les femmes ont déclaré le même degré de limitation dans les activités exigeant un effort physique important.

Dans les FC, la présence de limitations dans les activités exigeant un effort physique intense pour des raisons de santé est liée à l'âge : les limitations augmentent avec l'âge (voir la figure 1.5). La vaste majorité des militaires âgés entre 18 et 39 ans ne présentait aucune limitation d'activités, tandis que la majorité de ceux âgés de 40 à 60 ans était (un peu ou beaucoup) limitée.

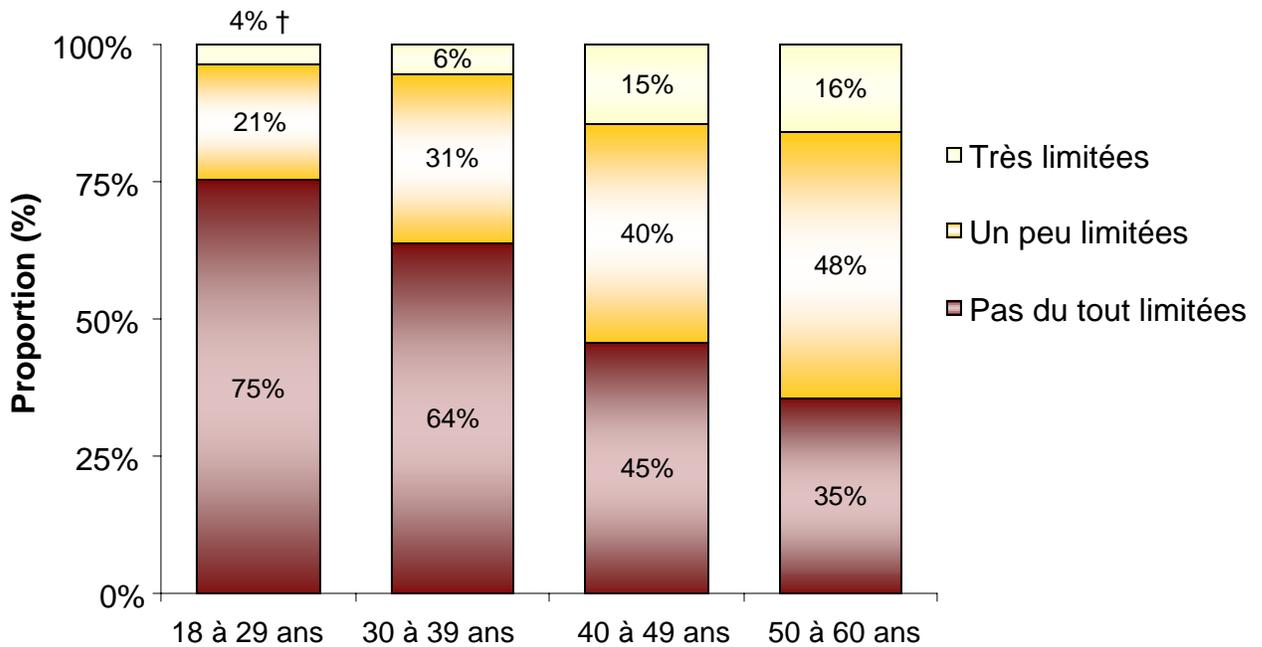


Figure 1.5: Activités limitées par l'état de santé, par groupe d'âge, SSSV 2008-2009

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Les limitations dans les activités exigeant un effort physique important étaient différentes chez les officiers et les militaires de rang. Comme le montre la figure 1.7, les MR étaient plus susceptibles d'être un peu limités ou très limités dans les activités exigeant un effort physique intense que les officiers. Aucun lien significatif n'a été établi entre le commandement auquel appartenait le répondant et les limitations d'activités.

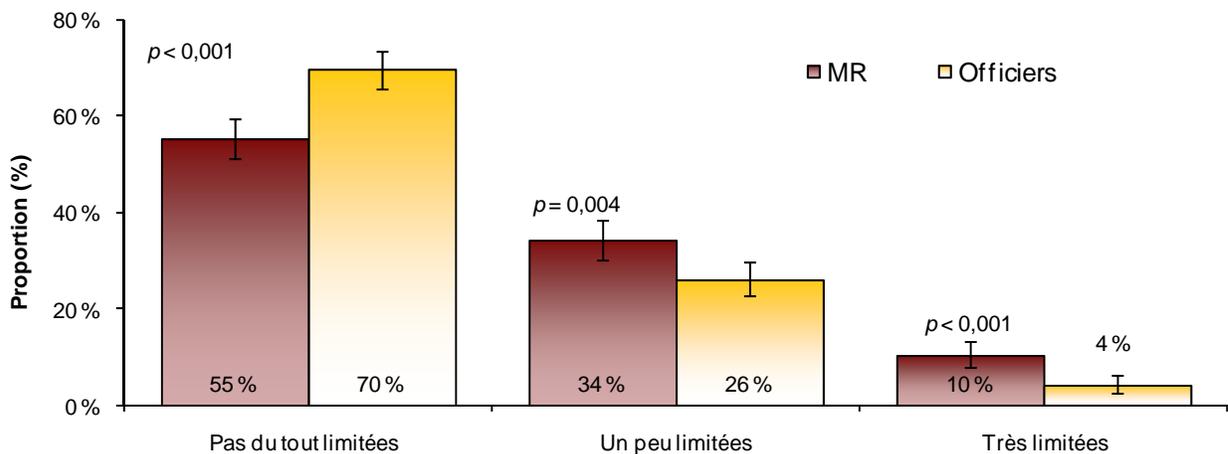


Figure 1.7: Activités limitées par l'état de santé, par grade, SSSV 2008-2009

Les membres des FC appartenant à la catégorie « obèse » ($IMC \geq 30$) ont systématiquement déclaré des limitations plus grandes dans les activités exigeant un effort physique important pour des raisons de santé que les militaires dont l'IMC était inférieur à 30. Comme l'illustre la figure 1.8, 19,1 % des militaires obèses ont déclaré être très limités dans l'accomplissement de telles activités en raison de leur état de santé, comparativement à 6,0 % des militaires qui n'étaient pas obèses. Il est à noter qu'il est impossible de déterminer, à partir de ces données transversales, si l'obésité empêche la participation à des activités exigeant un effort physique important ou si le fait d'être limité dans l'accomplissement de telles activités contribue à l'obésité. Des études longitudinales sur l'interaction entre l'excès de poids et les limitations d'activités permettraient de mieux cerner ce lien.

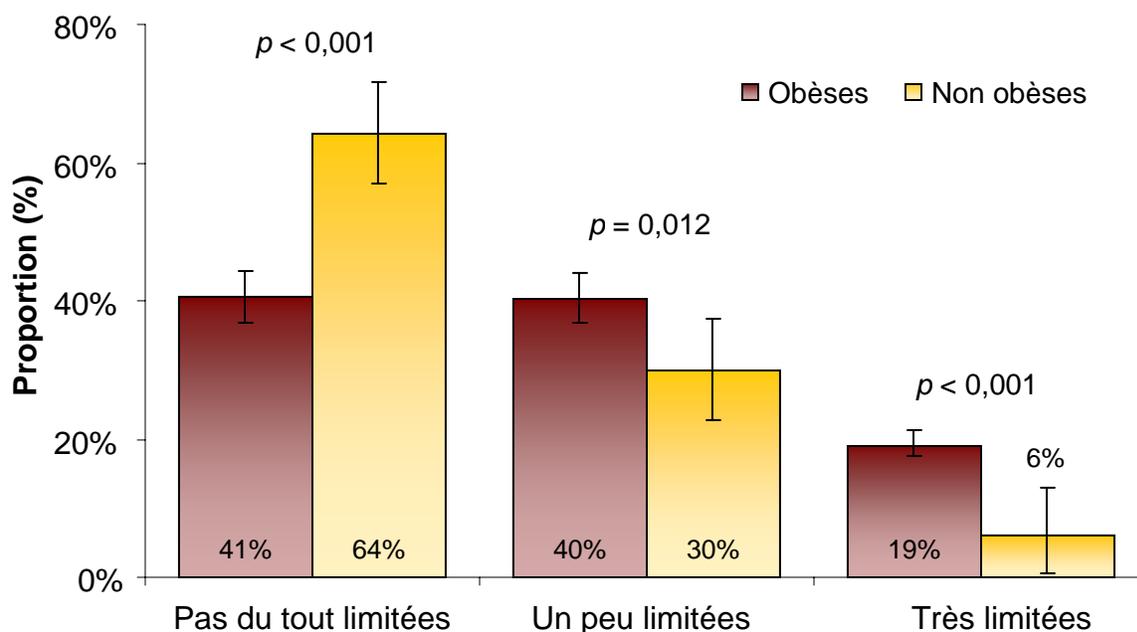


Figure 1.8: Activités limitées par l'état de santé, en fonction de l'obésité ($IMC \geq 30$), SSSV 2008-2009

Maladies chroniques

Les membres des FC ont été invités à indiquer s'ils souffraient d'un trouble chronique (qui dure ou devrait durer 6 mois ou plus) diagnostiqué par un professionnel de la santé. Près de la moitié des membres des FC ont déclaré ne souffrir d'aucun trouble chronique (43,1 %).

Comme le montre la figure 1.9, aucune différence n'a été observée entre les hommes et les femmes quant au nombre de troubles chroniques signalés, à l'exception du groupe ayant déclaré le plus grand nombre de troubles chroniques. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer être atteintes de quatre troubles chroniques ou plus.

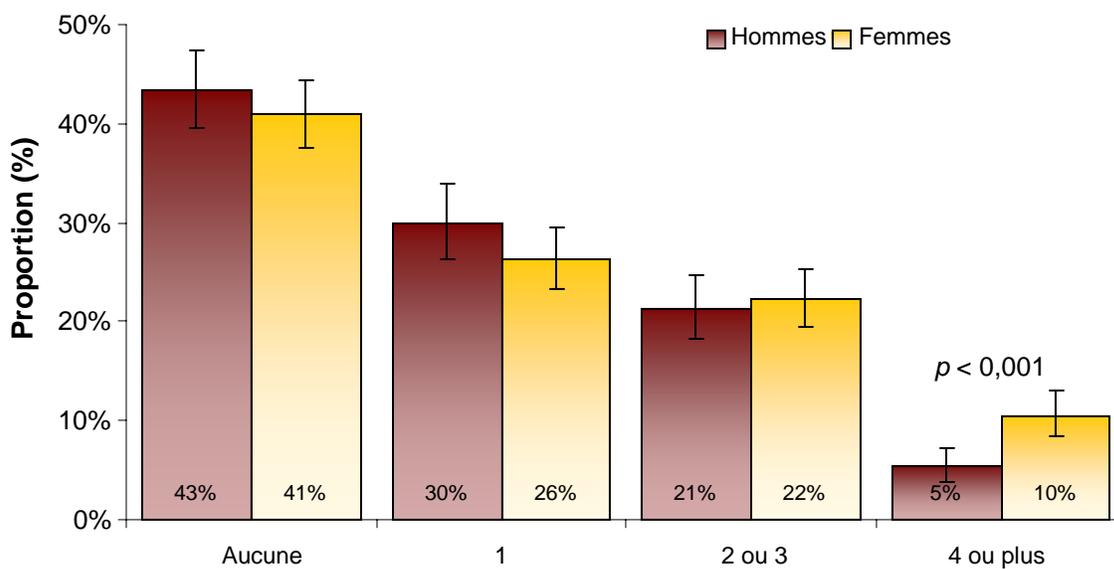


Figure 1.9: Nombre de troubles chroniques, selon le sexe du répondant, SSSV 2008-2009

Le nombre de troubles chroniques signalé par les membres des FC variait nettement selon la catégorie d'IMC à laquelle ils appartenaient. Les membres appartenant à la catégorie « obèse » étaient moins susceptibles de ne présenter aucun trouble chronique et plus susceptibles d'en présenter au moins deux (figure 1.10).

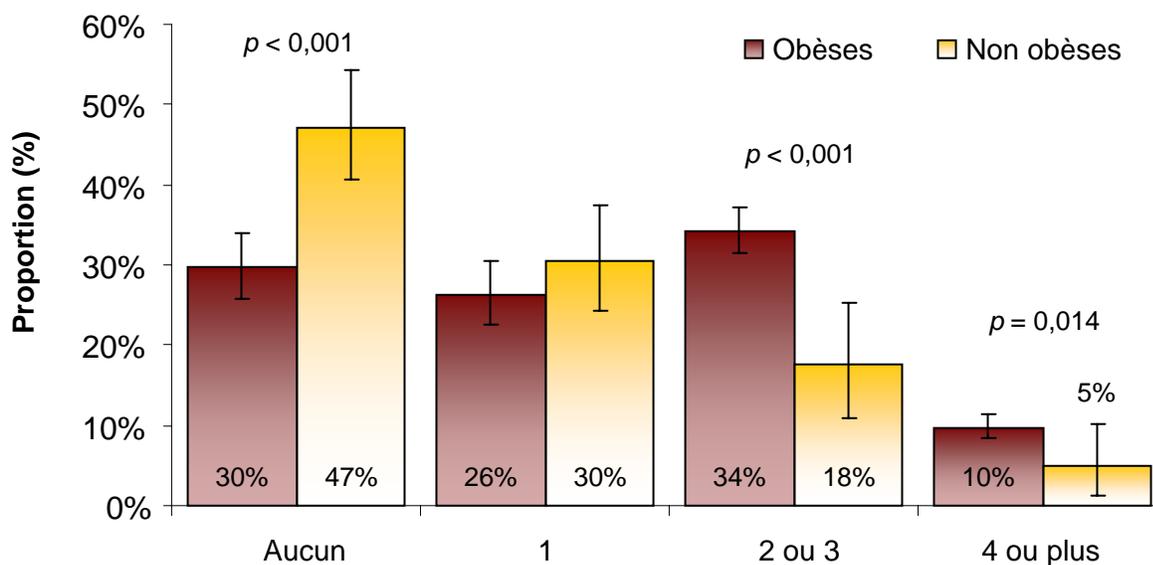


Figure 1.10: Nombre de troubles chroniques, selon l'obésité (IMC \geq 30), SSSV 2008-2009

Les trois troubles chroniques les plus fréquents parmi les membres des FC en 2008-2009 étaient les allergies non alimentaires (17,9 %), les problèmes de dos (17,7 %) et les douleurs musculo-squelettiques autres que les problèmes de dos (16,2 %).

Les troubles chroniques musculo-squelettiques représentent une grande partie du fardeau imposé par les troubles chroniques dans les FC (figure 1.10). Dans le sondage de 2008-2009, on a ajouté « douleurs musculo-squelettiques » parmi les réponses possibles, tandis que les participants au sondage de 2004 étaient contraints de préciser leur problème dans la catégorie « Autre ». Cette différence sur le plan méthodologique pourrait expliquer en partie l'augmentation des lésions et des troubles chroniques musculo-squelettiques observée en 2008-2009 par rapport à 2004. Les problèmes de dos et les douleurs musculo-squelettiques ont été signalés plus souvent que l'arthrite.

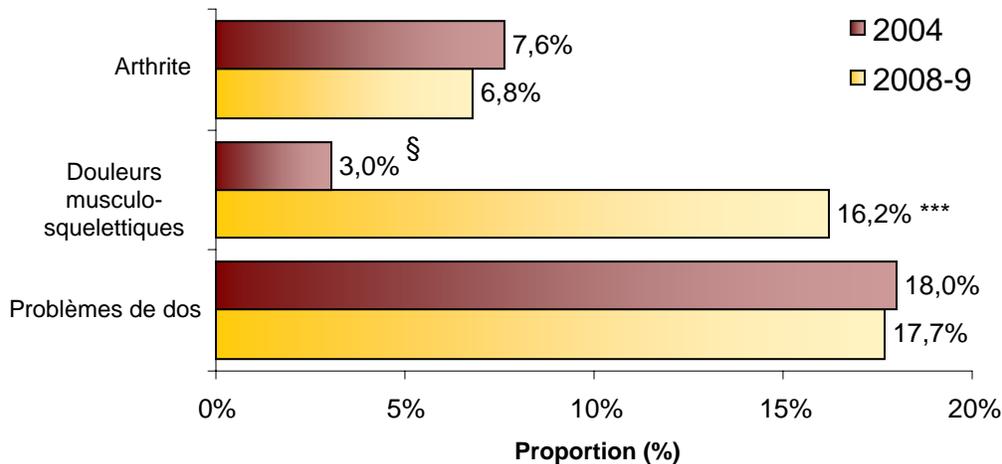


Figure 1.11: Troubles chroniques musculo-squelettiques, SSSV 2004 et 2008-2009^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

§ La catégorie « douleurs musculo-squelettiques autres que l'arthrite » n'existait pas dans le sondage de 2004; elle est représentée ici au moyen des explications fournies dans la catégorie « Autre » qui auraient correspondu à la catégorie « douleurs musculo-squelettiques autres que l'arthrite » (épicondylites latérales, ligaments déchirés, fasciites plantaires, bursites, etc.) si elle avait existé dans le sondage SSSV de 2004. Toute comparaison doit être interprétée avec prudence.

*** $p \leq 0,001$ vs groupe de référence.

Les troubles chroniques le plus souvent signalés par les hommes et les femmes dans les sondages SSSV de 2004 et de 2008-2009 sont indiquées aux figures 1.12 et 1.13. Les hommes et les femmes ont signalé des troubles chroniques différents et, par conséquent, différents troubles chroniques sont présentés dans les graphiques.

Comme le montre la figure 1.11, une baisse significative des allergies non alimentaires a été observée chez les hommes par rapport à 2004. Les douleurs musculo-squelettiques, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et les troubles intestinaux ont quant à eux connu une nette augmentation entre 2004 et 2008-2009.

Tel que mentionné ci-dessus, la catégorie « douleurs musculo-squelettiques » a été ajoutée dans le sondage de 2008-2009. Le SSPT est également une nouvelle catégorie de réponse ajoutée en 2008-2009. Dans le sondage de 2004, les participants avaient la possibilité de préciser ce problème dans la catégorie « Autre ». Cette différence sur le plan méthodologique pourrait expliquer en partie l'augmentation des lésions musculo-squelettiques et du SSPT observée entre 2004 et 2008-2009.

Comme le montre la figure 1.13, une baisse significative de la prévalence déclarée des allergies non alimentaires et une augmentation significative des douleurs musculo-squelettiques ont été observées chez les femmes depuis 2004.

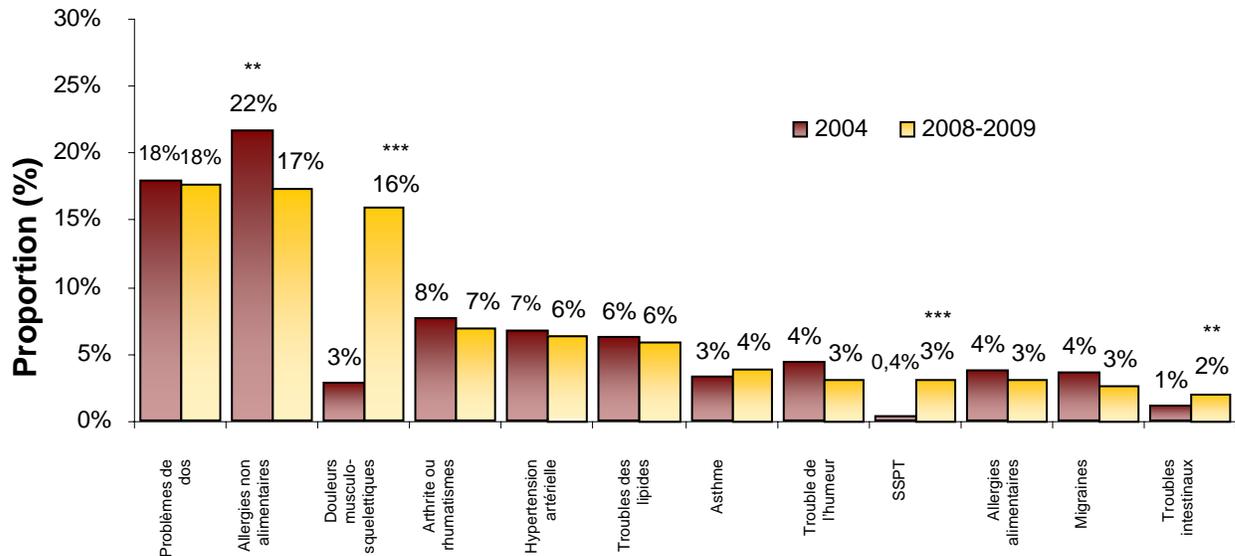


Figure 1.12: Maladies chroniques le plus souvent signalées par les hommes^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

** $p \leq 0,01$ vs groupe de référence, *** $p \leq 0,001$ vs groupe de référence.

Remarque : Les troubles chroniques signalés par moins de 2 % des hommes dans le SSSV de 2008-2009 sont les suivants (en ordre décroissant de prévalence déclarée) : ulcères à l'estomac ou à l'intestin, anxiété, autre trouble chronique, maladie cardiaque, diabète, reflux acide/gastrite, troubles de la glande thyroïde, bronchite chronique ou emphysème, fibromyalgie ou douleurs myo-fasciales, néphropathie, troubles du sommeil, cataracte, syndrome de fatigue chronique, incontinence urinaire, maladies de l'oreille et troubles auditifs, maladies des sinus, affections dermatologiques, cancer, autres troubles rhumatoïdes, troubles du système nerveux, traumatisme cérébral/comotion cérébrale, glaucome, troubles endocriniens, épilepsie et autres troubles neurologiques. Aucun homme (0 %) n'a signalé les problèmes de santé suivants : hémopathie, maladies de l'œil et troubles de la vue, hépatopathie, autres problèmes de santé mentale ou maladies vasculaires.

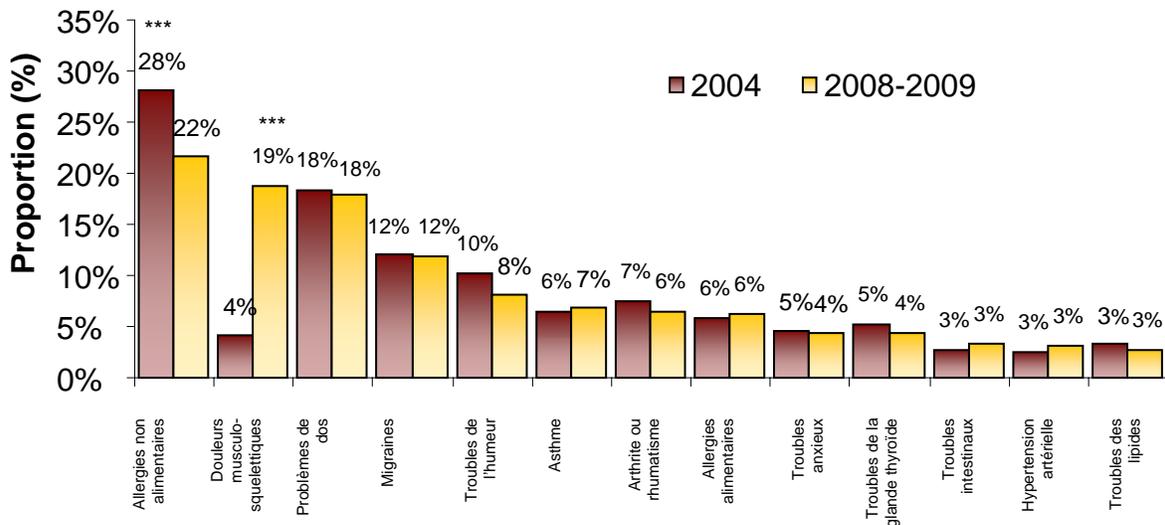


Figure 1.13: Troubles chroniques le plus souvent signalés par les femmes^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

*** $p \leq 0,001$ vs groupe de référence.

Remarque : Les troubles chroniques signalés par moins de 2 % des femmes dans le SSSV de 2008-2009 sont les suivants (en ordre décroissant de prévalence déclarée) : incontinence urinaire, diabète, fibromyalgie ou douleurs myo-fasciales, cancer, ulcères à l'estomac ou à l'intestin, SSPT, syndrome de fatigue chronique, reflux acide/gastrite, autre maladie chronique, affections dermatologiques, troubles du système nerveux, bronchite chronique ou emphysème, cataracte, maladies vasculaires, cardiopathie, troubles endocriniens, problèmes obstétricaux/gynécologiques, troubles du sommeil, néphropathie, maladies des sinus, glaucome, hémopathie, épilepsie et autres troubles rhumatoïdes. Aucune femme (0 %) n'a signalé les problèmes de santé suivants : maladies de l'oreille et troubles auditifs, maladies de l'œil et troubles de la vue, hépatopathie, autres troubles mentaux, autres troubles neurologiques et traumatisme cérébral/commotion cérébrale.

Références

Appels A, Bosma H, Grabauskas V, Gostautas A, Sturmans F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Social Science & Medicine* 1996;42(5):681-89.

Denton M, Walters V. Gender differences in structural and behaviour determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science and Medicine* 1999;48:1221-35.

DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine* 2006;21(3):267-75.

Ferraro KF, Yu Y. Body weight and self-ratings of health. *Journal of Health and Social Behavior* 1995;36:274-84.

Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997;38:21-37.

Shields, M., S. Shooshtari. « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 1, décembre 2001, p. 39-63.

Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : fichier de microdonnées à grande diffusion, 2007-2008 (cycle 4.1)

Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : fichier de microdonnées à grande diffusion, 2005 (cycle 3.1).



SONDAGE SUR LA SANTÉ ET LE STYLE DE VIE (SSSV) 2008-2009 RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE



CHAPITRE 2 ~ BIEN-ÊTRE MENTAL ET SOCIAL

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (OMS, 2005). Le bien-être mental au sein des Forces canadiennes est une préoccupation majeure, non seulement dans le but de favoriser le bien-être général de l'individu, mais également de maintenir une force militaire stable et prête à participer aux opérations. Au final, le bien-être mental des membres des FC a des répercussions sur l'utilisation des services de santé de même que sur les ressources et la planification. Ce chapitre évalue le bien-être mental des membres des FC au moyen d'estimations de la prévalence de la détresse psychologique, de la dépression, du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), des idées suicidaires et des tentatives de suicide. Le Sondage sur la santé et le style de vie (SSSV) 2008-2009 comporte une section plus détaillée sur l'utilisation des services de santé mentale. Cette section fournit des renseignements essentiels sur les soins prodigués en santé mentale et les obstacles connexes au sein des Forces canadiennes.

Détresse psychologique

Le niveau de détresse psychologique est un indicateur de l'état de santé mental général d'une personne. Les recherches ont fait ressortir un lien étroit entre un niveau élevé de détresse et tout un éventail de troubles mentaux (Cairney, 2007; Kessler, 2003). La détresse est donc un important indicateur de la maladie mentale. Elle permet également de déterminer qui a besoin de recourir aux services de santé mentale. La détresse psychologique a été mesurée au moyen d'une échelle validée et souvent utilisée dans les sondages, l'échelle de Kessler en six items (K6). Cette échelle comporte des questions sur la fréquence et la survenue de six symptômes liés à la dépression et à l'anxiété, à savoir : sentiment d'être nerveux, désespéré, agité ou de ne pas tenir en place, d'être triste ou déprimé, de n'être bon à rien ou que tout est un effort. Un seuil validé a été utilisé pour classer les répondants selon divers niveaux de détresse correspondant à un cas probable de maladie mentale grave nécessitant probablement une évaluation plus approfondie (Kessler, 2003). Ce seuil ne peut pas servir d'indicateur de l'ampleur de la nécessité de recourir aux services de santé mentale, car il ne permet pas de recenser tous les individus atteints d'une maladie mentale grave qui pourraient avoir besoin d'un traitement. Il est utile pour établir des comparaisons d'une année à l'autre et s'assurer que le pourcentage des personnes susceptibles d'être atteintes d'une maladie mentale ne change pas au fil du temps.

Le niveau de détresse psychologique au sein des Forces canadiennes n'a pas beaucoup changé depuis 2004 (tableau 2.1). D'une manière générale, les estimations de 2008-2009, standardisées pour le sexe et l'âge, montrent que 2,3 % de l'effectif des Forces canadiennes présentaient un niveau de détresse psychologique indicateur d'une maladie mentale grave. Quelle que soit l'année, le niveau de détresse ne différait pas d'une manière statistiquement significative entre les hommes et les femmes. L'examen de la détresse psychologique en fonction du sexe, du grade (officier ou MR), du déploiement

(déploiement ou non au cours des deux dernières années), du commandement des FC (Force aérienne, Armée de terre, Marine ou autre) et de la base du répondant n'a mis en évidence aucune différence significative au regard du niveau de détresse.

Tableau 2.1: Détresse psychologique en fonction du sexe du répondant, SSSV 2004 et 2008-2009^θ

Sondage	Proportion (IC à 95 %)		
	Hommes (IC à 95 %)	Femmes (IC à 95 %)	En général (IC à 95 %)
2004	2,1 % (1,4-2,9 %)	3,6 % (2,4-4,8 %)	2,3 % (1,7-3,0 %)
2008-2009	2,3 % (1,3-3,3 %)	2,4 % (1,3-3,5 %)	2,3 % (1,6-3,1 %)

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008

Dépression

La dépression est l'une des causes de troubles mentaux les plus fréquentes dans les sociétés occidentales. Elle est associée à une baisse de la qualité de vie, à une augmentation de la morbidité et à une diminution de la capacité à assumer les responsabilités habituelles ainsi qu'à une mortalité accrue liée au suicide et à d'autres problèmes, à une augmentation des coûts en soins médicaux et à une diminution du rendement au travail (Kessler, 2001; Wells, 1989).

Dans le SSSV 2008-2009, la dépression a été mesurée au moyen de deux échelles différentes. La première des échelles utilisées est celle sur la dépression du Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF) de l'Organisation mondiale de la Santé. Cette échelle est basée sur les définitions et les critères établis dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) pour la dépression (Kessler, 2006). Elle comprend des questions portant sur la présence, la durée et la fréquence des symptômes de la dépression, tels que la tristesse, la perte d'intérêt, le sentiment de dévalorisation, les troubles du sommeil, la baisse d'énergie ou la diminution de la capacité de concentration, les changements dans l'appétit et les idées de mort. Une réponse positive à au moins cinq questions portant sur les symptômes indique, avec une probabilité de 90 %, un épisode de dépression majeure. L'utilisation de cette échelle pour évaluer la prévalence de la dépression n'est toutefois plus recommandée parce que l'instrument n'a pas été validé. Cette échelle est utilisée ici uniquement à des fins de comparaison avec les estimations de 2004 relatives à la dépression.

Une échelle d'évaluation de la dépression plus récente et validée, le Questionnaire sur la santé du patient en deux items (PHQ-2), a été utilisé dans le SSSV 2008-2009. Cette échelle interroge les participants sur deux symptômes cardinaux de la dépression : la perte d'intérêt ou de plaisir à faire certaines activités et l'épuisement, la dépression ou le désespoir. Les analyses ont été basées sur un seuil validé, qui permet d'identifier correctement 82,9 % des personnes atteintes d'un trouble dépressif majeur comme étant atteintes de dépression (sensibilité) et 90 % des personnes qui ne sont pas atteintes d'un

trouble dépressif majeur comme n'étant pas atteints de dépression (spécificité) (Kroenke, 2003).

À l'aide de l'échelle CIDI-SF, les estimations (standardisées pour l'âge et le sexe) relatives au trouble dépressif majeur au cours des 12 mois précédant la réalisation du sondage n'indiquent aucune différence significative entre 2004 et 2008-2009. Les femmes étaient nettement plus susceptibles que les hommes d'obtenir des résultats indiquant une dépression (dépistage positif) (tableau 2.2.), comme c'était le cas dans le sondage de 2004.

Tableau 2.2: Estimation de la prévalence du trouble dépressif majeur (12 mois) à l'aide de l'échelle CIDI-SF, selon le sexe et l'année du sondage

Variable	Catégorie	Proportion (IC à 95 %)
Sondage	2004	7,1 % (6,0-8,3 %)
	2008-2009	7,4 % (6,1-8,7 %)
Sexe	Hommes	6,8 % (5,2-8,5 %)
	Femmes	11,0 % (8,7-13,3 %)

L'estimation de la prévalence de la dépression telle que définie selon l'échelle PHQ-2 a été très semblable, soit de 6,9 %. Selon l'échelle PHQ-2, la prévalence de la dépression était environ deux fois plus élevée chez les MR (7,7 %) que chez les officiers (3,9 %). Aucune différence significative n'a été observée au regard des résultats positifs au dépistage de la dépression entre les commandements des FC, selon que les répondants avaient été déployés à l'étranger au cours des deux dernières années ou selon la base, l'état matrimonial ou le niveau de scolarité du répondant.

Syndrome de stress post-traumatique (SSPT)

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est un trouble psychiatrique chronique grave qui fait généralement suite à un événement extrêmement stressant, comme l'exposition au combat, une agression sexuelle ou une catastrophe naturelle (Prins, 2003). Le SSPT dans l'armée a été associé aux déploiements : au cours des dernières décennies, les FC ont été déployées dans de nombreuses régions de conflit, comme la Bosnie, le Rwanda et l'Afghanistan, où les militaires ont été confrontés à des situations stressantes qui les ont exposés à un risque de SSPT. Le SSPT est associé à une santé physique médiocre, à la dégradation des capacités fonctionnelles professionnelles et psychosociales et à la détérioration de la qualité de vie. Il peut également imposer un lourd fardeau économique chez les militaires (Zatzik, 1997; Marshall 2000). Les militaires en service sont bien évidemment également exposés à des événements traumatisants avant le service militaire, ainsi qu'à des événements traumatisants qui n'ont rien à voir avec leur service, même après qu'ils ont endossé l'uniforme.

Le questionnaire PC-PTSD (dépistage du SSPT en soins primaires) a été utilisé pour évaluer la proportion des membres de la Force régulière des FC qui devrait se soumettre à

un examen plus approfondi visant à dépister le SSPT. Le questionnaire PC-PTSD comprend quatre questions portant sur les symptômes du SSPT, et donne un score compris entre 0 et 4. Le seuil de 3 ou plus est utilisé pour identifier les personnes susceptibles de présenter un SSPT et qui devraient être soumises à une évaluation diagnostique plus approfondie (Prins, 2003). Les personnes obtenant un résultat positif devraient être évaluées d'une manière plus complète pour dépister le SSPT. Cette échelle a été uniquement validée dans le contexte des soins primaires et non à des fins épidémiologiques. Il s'agit également de la première fois que cet instrument est utilisé dans un sondage de surveillance de la santé dans les FC. Ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

La prévalence des symptômes indiquant qu'il est nécessaire de réaliser une évaluation plus approfondie des symptômes de SSPT au cours des 30 derniers jours a été de 8,1 % parmi les membres des FC. La prévalence autodéclarée du SSPT diagnostiqué par un médecin en tant que maladie chronique présente depuis au moins n'a toutefois été que de 2,9 %. Les estimations figurant dans le rapport de 2008 du Department of Defence des États-Unis sur les comportements liés à la santé parmi les militaires en service ont révélé que 11 % de la totalité des répondants avaient besoin de subir une évaluation plus approfondie visant à diagnostiquer le SSPT (Department of Defence États-Unis, 2009). Ces résultats pourraient néanmoins ne pas être directement comparables à ceux du SSSV 2008-2009 en raison de différences dans la méthodologie des sondages, dans les échelles utilisées et dans les périodes de temps évaluées. La prévalence du SSPT au cours des 30 derniers jours a été estimée à 2,4 % dans la population canadienne (Van Ameringen, 2008). Les estimations de la prévalence du SSPT indiquées dans le Supplément sur les Forces canadiennes de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 font état d'une prévalence du SSPT sur 12 mois de 2,8 %. Ces résultats ne sont toutefois pas directement comparables aux données du SSSV 2008-2009 en raison des différents instruments utilisés pour évaluer le SSPT. Compte tenu des différences importantes dans la façon dont le SSPT a été évalué dans le SSSV 2008-2009 et dans l'ESCC de 2002, cycle 1:2, on ne saurait conclure que la différence entre la prévalence mentionnée ici et celle observée en 2002 témoigne d'une augmentation de la prévalence du SSPT au sein de la Force régulière des FC au cours de cette période. Il est prévu de réaliser une étude plus détaillée de la prévalence pour répondre à cette question importante au cours des prochaines années.

Comme c'est le cas de la dépression, les MR (9,4 %) étaient deux fois plus susceptibles que les officiers (3,7 %) d'obtenir un résultat positif pour le SSPT au questionnaire de dépistage PC-PTSD. Ce constat pourrait être lié au fait que les MR sont souvent plus susceptibles que les officiers d'être déployés dans le cadre d'une opération et de participer à des combats, pendant lesquels ils pourraient être exposés à des conflits et à des événements traumatisants. Aucune différence statistiquement significative au niveau de la prévalence du résultat positif au dépistage du SSPT n'a été observée entre les sexes, les groupes d'âge, les commandements des FC ou les bases de service.

Parmi les personnes chez qui le SSPT a été dépisté à l'aide du questionnaire PC-PTSD, aucune différence significative n'a été observée non plus entre les militaires déployés au

cours des deux dernières années (7,8 %) et ceux qui ne l'ont pas été (8,2 %). Autrement dit, ceux qui ont été déployés au cours des deux dernières années ne sont pas plus susceptibles d'être atteints d'un SSPT que ceux qui ne l'ont pas été. Il est néanmoins possible que ceux qui n'ont pas été déployés aient déjà été déclarés inaptes au déploiement par le Groupe d'aide au départ (GAD) en raison de problèmes de santé liés au SSPT, si bien que le nombre de répondants « en bonne santé » qui n'ont pas été déployés à l'étranger au cours des deux dernières années pourrait être surestimé. Par ailleurs, le fait de déterminer uniquement si un militaire a été déployé ou non ne permet pas de mesurer l'ampleur des événements traumatisants vécus en déploiement. La comparaison pourrait donc être faussée puisque tous les membres déployés ne sont pas tous exposés à des événements traumatisants entraînant un SSPT (p. ex., combat, explosion d'un IED). Pour comprendre pleinement le lien complexe entre le déploiement et le SSPT, une analyse multivariée plus approfondie s'impose.

Comme l'illustre le tableau 2.3, les militaires ayant obtenu des résultats positifs au dépistage des symptômes du SSPT étaient également plus susceptibles d'obtenir des résultats positifs au dépistage de la dépression et de la détresse psychologique, et d'avoir envisagé le suicide ou tenté de se suicider. Ce constat vient confirmer l'hypothèse voulant que les personnes qui présentent un SSPT soient plus susceptibles de présenter d'autres problèmes concomitants de santé mentale.

Tableau 2.3: Résultats au test de dépistage PC-PTSD (détresse, dépression, idées suicidaires et tentatives de suicide)

Variable de la santé mentale	Proportion (IC à 95 %)		Valeur <i>p</i>
	Devrait subir une évaluation plus approfondie pour dépister le SSPT	N'a pas besoin de subir une évaluation plus approfondie pour dépister le SSPT	
Détresse (K6≥13) ¹	17,9 % (9,1-32,2 %)	1,0 % (0,4-2,3 %)	$p \leq 0,001$
Dépression (PHQ-2) ²	32,2 % (20,6-46,6 %)	4,6 % (3,2-6,6 %)	$p \leq 0,001$
Idées suicidaires à vie	38,1 % (25,0-53,2 %)	7,2 % (5,4-9,4 %)	$p \leq 0,001$
Idées suicidaires sur 12 mois	23,4 % (12,8-38,9 %)	1,6 % (0,9-2,8 %)	$p \leq 0,001$
Tentatives de suicide à vie	5,5 % (1,8-15,6 %) †	1,5 % (0,9-2,6 %)	$p = 0,03$

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient instables; interpréter avec prudence.

1 D'après les 30 derniers jours

2 D'après les 2 dernières semaines

Idées suicidaires et tentatives de suicides

Le tableau 2.4 montre les estimations standardisées pour l'âge et le sexe des idées suicidaires et des tentatives de suicides signalées par les membres de la Force régulière des FC. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée au niveau des idées suicidaires ou des tentatives de suicides entre le SSSV 2004 et le SSSV 2008-2009.

Tableau 2.4: Idées suicidaires et tentatives de suicide autodéclarées chez les membres de la Force régulière des FC^θ

Variable	Sondage	Proportion (IC à 95 %)	
		À vie	12 derniers mois
Idées suicidaires	2004	8,5 % (7,4-9,7 %)	3,2 % (2,5-3,9 %)
	2008-2009	9,4 % (7,9-10,8 %)	3,2 % (2,3-4,0 %)
Tentatives de suicide	2004	0,9 % (0,5-1,3 %)	0,5 % (0,2-0,8 %) †
	2008-2009	1,9 % (1,3-2,6 %)	0,1 % (0,0-0,3 %) †

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008

[†] Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Idées suicidaires à vie et au cours des 12 derniers mois

De même, aucune différence significative n'a été observée au niveau du pourcentage de membres des FC ayant sérieusement envisagé le suicide (à vie et au cours des 12 derniers mois) selon le sexe, le groupe d'âge, le commandement des FC, le déploiement au cours des deux dernières années, la langue maternelle (anglais ou français) ou l'état matrimonial. Les membres des FC qui ont envisagé le suicide au cours de leur vie sont plus susceptibles d'avoir un résultat positif au dépistage de la dépression. Parmi ceux qui ont envisagé le suicide au cours de leur vie (9,4 %), 22,6 % ont eu un résultat positif au dépistage de la dépression, alors que seuls 4,4 % de ceux qui ne l'ont jamais envisagé ont eu un tel résultat.

Cette association vaut également pour ceux qui ont envisagé le suicide au cours des 12 mois précédant le sondage. Parmi les répondants qui ont envisagé le suicide pendant cette période (3,2 %), 40,0 % ont eu un résultat positif au dépistage de la dépression, alors que 5,1 % de ceux qui ont eu un tel résultat n'ont pas envisagé le suicide au cours des 12 derniers mois. Le nombre d'observations par cellule ayant été inférieur à 20, cette association doit être interprétée avec prudence.

Des différences significatives ont été observées entre les officiers et les MR au niveau des idées suicidaires au cours des 12 mois précédant le sondage. Les MR (3,7 %) étaient plus susceptibles que les officiers (1,3 %) d'avoir envisagé le suicide au cours des 12 derniers mois. Le nombre d'observations par cellule dans les analyses par recoupement réalisées sur les idées suicidaires en fonction de la base des FC n'était pas suffisant pour établir des estimations stables. Ces analyses ne sont donc pas présentées.

Tentatives de suicide à vie

Aucune différence statistiquement significative au niveau des tentatives de suicide à vie selon le sexe, le commandement des FC, le déploiement au cours des deux dernières années, la langue maternelle, le statut matrimonial ou la présence d'une dépression n'a été établie.

Paradoxalement, les membres des FC appartenant à la catégorie d'âge la plus jeune (de 18 à 29 ans) étaient plus susceptibles d'avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (1,5 %), comparativement à ceux appartenant à la catégorie la plus âgée (de 50 à 60 ans). Cette observation apparemment contradictoire pourrait s'expliquer par le constat susmentionné selon lequel les personnes qui tentent de se suicider souffrent simultanément d'autres problèmes de santé mentale, comme la dépression et le SSPT. Ces personnes sont probablement plus nombreuses à quitter les FC à un moment donné, ce qui vient renforcer la cohorte d'individus jouissant d'une « bonne santé mentale » dans les groupes plus âgés.

Les personnes ayant déclaré avoir tenté de se suicider au cours de leur vie sont peu nombreuses. La prudence est de rigueur lorsque l'on interprète ces données. Les nombres d'observations par cellule pour les tentatives de suicide au cours des 12 mois précédant le sondage sont également trop faibles pour être présentés.

Consultation d'un professionnel de la santé pour des problèmes de santé mentale

Parmi les membres de la Force régulière, 31,8 % ont consulté un professionnel de la santé, en personne ou par téléphone, au sujet de leurs émotions, de leur santé mentale, de leur consommation d'alcool ou de drogues au cours de leur vie (en dehors des tests de dépistage effectués avant ou après un déploiement). Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de consulter un professionnel de la santé au sujet de leur santé mentale, de leurs émotions ou de leur consommation d'alcool ou de drogues (tableau 2.5). Les répondants âgés entre 40 et 49 ans étaient plus susceptibles d'avoir consulté un professionnel de la santé que ceux appartenant au groupe d'âge le plus jeune. De plus, comparativement aux personnes mariées, les personnes veuves, divorcées ou séparées étaient nettement plus susceptibles de chercher à obtenir de l'aide pour des problèmes de santé mentale. Les personnes célibataires étaient quant à elles nettement moins susceptibles de chercher à obtenir ce type d'aide. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée sur le plan de la prévalence à vie des consultations d'un professionnel de la santé mentale selon le commandement des FC, le déploiement au cours des deux dernières années ou le grade.

Tableau 2.5: Consultation à vie d'un professionnel de la santé au sujet de la santé mentale ou émotionnelle ou de la consommation d'alcool ou de drogues, selon le sexe, le groupe d'âge et l'état matrimonial

Variable	Catégorie	Proportion (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	29,7 % (26,1-33,5 %)	$p \leq 0,001$
	Femme	45,6 % (42,1-49,2 %)	
Groupe d'âge	18-29	24,2 % (17,9-31,9 %)	Réf.
	30-39	33,3 % (27,9-39,2 %)	n.s.
	40-49	36,8 % (31,7-42,1 %)	$p = 0,008$
	50-60	29,4 % (21,4-38,9 %)	n.s.
État matrimonial	Marié(e)/conjoint(e) de fait	32,6 % (28,9-36,6 %)	Réf.
	Veuf (veuve) /divorcé(e)/séparé(e)	54,2 % (42,9-65,1 %)	$p \leq 0,001$
	Célibataire	18,5 % (13,0-25,7 %)	$p = 0,001$

La figure 2.1 indique le pourcentage des membres des FC ayant consulté un professionnel de la santé au cours des 12 mois précédant le sondage ($n = 395$). En 2008-2009, 14,9 % des membres des FC ont consulté un professionnel de la santé mentale pour un problème lié à la santé mentale. Ce pourcentage n'a pas changé beaucoup depuis 2004. Néanmoins, une différence significative a été observée au niveau des pourcentages d'hommes (13,2 %) et de femmes (25,8 %) qui ont consulté. Cette différence indique que les femmes étaient plus susceptibles d'avoir consulté un professionnel de la santé au sujet d'un problème émotionnel, d'un problème de santé mentale ou d'un problème de toxicomanie. Cette tendance était également présente en 2004, alors que 23,9 % des femmes avaient consulté un professionnel de la santé, comparativement à 11,4 % des hommes. Une différence significative a également été observée au niveau des consultations en santé mentale selon que les militaires avaient été déployés (19,7 %) ou non (13,5 %) au cours des deux dernières années. Les comparaisons selon l'âge, le grade, le commandement et la base du répondant n'ont mis en évidence aucune différence statistiquement significative au niveau de la probabilité de consultation d'un professionnel de la santé pour des problèmes de santé mentale.

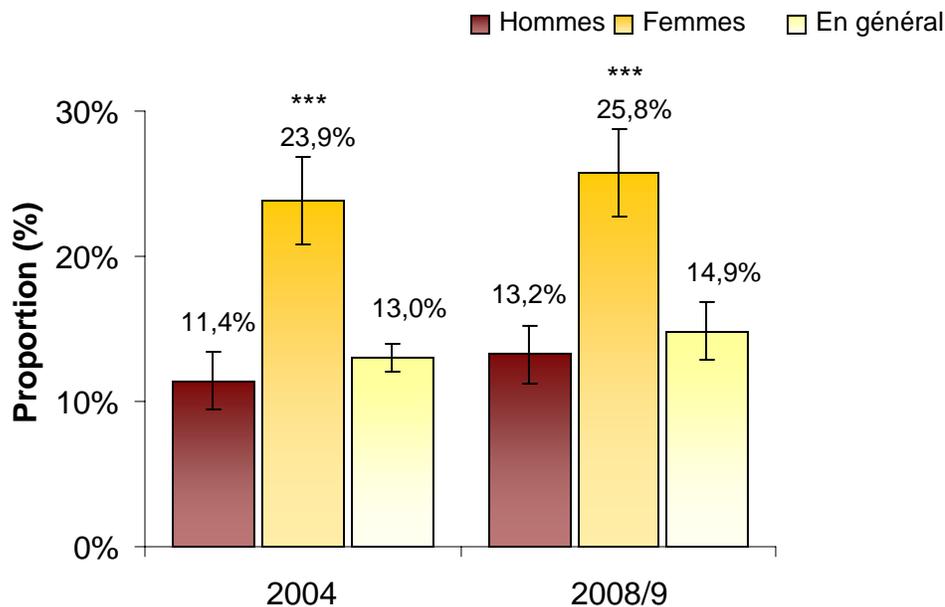


Figure 2.1: Consultations en santé mentale au cours des 12 derniers mois, dans l'ensemble et selon le sexe, SSSV 2004 et 2008-2009 ^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008

*** $p \leq 0,001$ par rapport au groupe de référence

Les répondants qui ont cherché à obtenir des conseils au sujet de leurs émotions, de leur santé mentale ou de leur consommation d'alcool ou de drogues au cours des 12 derniers mois (14,9 % de l'ensemble des participants au sondage) ont été invités à évaluer leur degré de satisfaction à l'égard du traitement et des services reçus. Plus des trois quarts (78 %) des répondants se sont déclarés très satisfaits ou satisfaits des services ou du traitement reçus. Plus précisément, 32,6 % d'entre eux se sont déclarés très satisfaits, 45,2 % se sont déclarés satisfaits, 17,0 % ne se sont déclarés ni satisfaits, ni insatisfaits et 5,3 se sont déclarés insatisfaits ou très insatisfaits du traitement. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée non plus au niveau de la satisfaction à l'égard des soins reçus à l'occasion de la consultation en santé mentale selon le sexe, l'âge, le grade, le commandement des FC, le déploiement au cours des deux dernières années, la base ou le niveau de détresse du répondant.

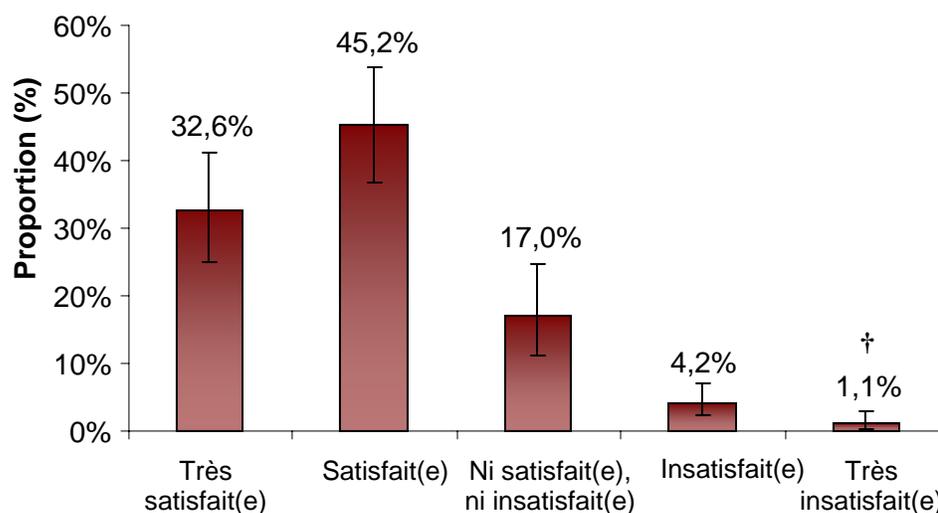


Figure 2.2: Satisfaction à l'égard des services de santé mentale, SSSV 2008-2009

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Le professionnel de la santé le plus souvent consulté par les membres des FC pour parler de leurs émotions, de leur santé mentale ou de leur consommation d'alcool ou de drogues était un(e) travailleur(euse) social(e), un(e) conseiller(ère) ou un(e) psychothérapeute (55 %). Les professionnels de la santé les plus consultés en second étaient les médecins de famille et les médecins militaires (51 %). Il est à noter que les répondants étaient invités à sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient, si bien que la somme des pourcentages est supérieure à 100 %. Le répondant moyen a consulté plus d'un professionnel de la santé. Les autres professionnels de la santé consultés sont les psychologues (30 %), les psychiatres (23 %), les infirmiers(ières), les infirmiers(ières) praticiens(nes), adjoints(es) au médecin, ou les techniciens médicaux (15 %), les conseillers(ères) en toxicomanie (7 %) ou d'autres professionnels (2 %).

Le nombre moyen de professionnels consultés par les répondants au sujet de leur santé mentale au cours des 12 derniers mois était de 2,1. En 2008-2009, 43,9 % des personnes ayant cherché à obtenir des soins ont consulté un seul professionnel, 28,4 % ont consulté deux professionnels et 13,3 % ont consulté trois professionnels pour un problème de santé mentale.

Raisons du recours à un professionnel de la santé mentale

Les répondants qui ont eu recours à des soins pour un problème de santé mentale (15 %) ont été invités à choisir dans une liste les raisons pour lesquelles ils avaient consulté (figure 2.3). Les raisons les plus souvent sélectionnées ont été la dépression (39,1 %), l'anxiété (31,7 %) et les problèmes conjugaux (30,3 %). Un nombre substantiel de personnes ont également cherché à obtenir des soins pour la gestion du stress (22,2 %), pour des problèmes familiaux (20,5 %), pour la gestion de la colère (20,2 %), pour un SSPT (16,6 %) et à la suite d'un deuil (15,8 %). Les répondants ont cherché à obtenir de

l'aide pour d'« autres » raisons dans une proportion de 14,7 %, et 4,9 % ont eu besoin de recevoir des soins pour un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme. Le nombre moyen de raisons à l'origine du recours aux soins était de 2,4. Depuis toujours, les trois principales raisons des démarches pour obtenir des soins ont toujours requis des ressources en santé mentale importantes, quel que soit le rythme opérationnel.

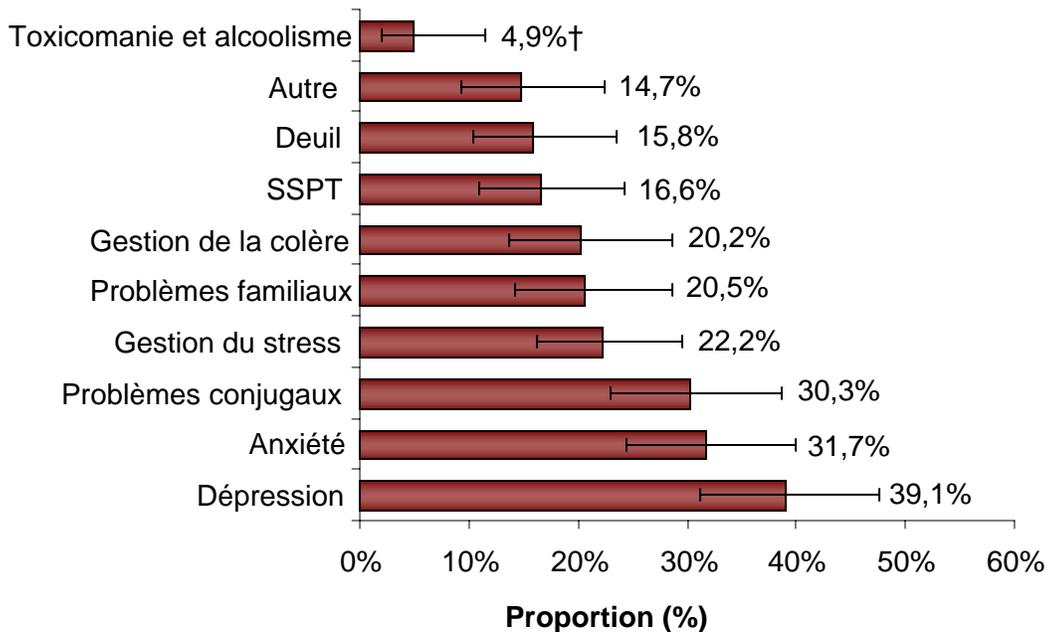


Figure 2.3: Raisons du recours à un professionnel de la santé mentale, SSSV 2008-2009

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Nota : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Nota : Les réponses dont le pourcentage estimatif est inférieur à 5 % ne sont pas illustrées et portent sur ce qui suit : violence familiale, autres problèmes de santé, problèmes liés au travail

Interruption des consultations pour des problèmes de santé mentale

Parmi les 14,9 % des membres des FC qui ont indiqué avoir cherché à obtenir de l'aide pour un problème lié à la santé mentale au cours des 12 mois précédant le sondage, 59,2 % avaient cessé de consulter pour ce genre de problèmes. Aucune différence significative n'a été observée entre les sujets ayant mis fin aux consultations pour des problèmes de santé mentale selon le sexe, le groupe d'âge, le grade, le commandement des FC, le déploiement au cours des deux dernières années, le niveau de détresse psychologique ou la présence d'idées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Des différences significatives ont néanmoins été observées chez les membres atteints de dépression ou présentant un SSPT (d'après les questionnaires de dépistage PHQ-2 et PC-PTSD, respectivement). Les militaires chez qui les tests de dépistage ont mis en évidence une dépression étaient moins susceptibles de déclarer avoir mis fin à leur consultations (37,7 %) que ceux ayant obtenu des résultats négatifs à ces tests (64,7 %). Dans le même ordre d'idées, les membres chez qui les tests de dépistage ont mis en

évidence les symptômes d'un SSPT (27,3 %) étaient moins susceptibles de déclarer avoir mis fin à leurs consultations en santé mentale que ceux ayant obtenu des résultats négatifs à ces tests (68,0 %). Ce constat pourrait rendre compte de la nature grave et persistante de ces deux troubles, et de la nécessité des soins.

Raisons de l'interruption des consultations d'un professionnel de la santé mentale

Les principales raisons à l'origine de l'interruption des consultations d'un professionnel de la santé sont indiquées à la figure 2.4. D'une manière générale, la majorité des militaires qui ont arrêté le traitement ont attribué cette interruption au fait de se sentir mieux (49,6 %) ou d'avoir complété le traitement recommandé (24,2 %). Le fait d'être trop occupé(e) pour poursuivre le traitement est également une raison importante pour mettre fin au traitement chez 11,4 % des militaires. Le fait de penser que le problème allait s'améliorer sans aide professionnelle (10,3 %), le fait de devoir suivre une formation ou d'être déployé(e) (8,3 %), le fait de penser que le service n'aidait pas (8,2 %), le fait de vouloir résoudre le problème sans aide professionnelle (7,9 %), le fait que le service ou le programme n'était plus disponible (7,6 %) ont également été des raisons fréquemment invoquées pour expliquer la fin des soins. Les répondants n'étaient pas confortables vis-à-vis de l'approche du/de la professionnel(le) dans 6,7 % des cas, et 5,6 % des répondants avaient le sentiment que le(la) professionnel(le) ne comprenait pas ou ne se sentait pas concerné(e) par leur problème.

La fréquence élevée des réponses dans les catégories « Se sent mieux » et « Traitement complété » indique que chez une proportion substantielle des patients qui reçoivent des soins de santé mentale, ces soins sont bénéfiques ou que leur état s'améliore de lui-même. La troisième raison la plus souvent sélectionnée pour justifier la fin des soins a été le fait d'être trop occupé(e). L'allongement des heures pendant lesquelles certains services de santé mentale sont offerts pourrait permettre aux patients de poursuivre et de terminer le traitement qu'ils suivent pour des problèmes de santé mentale. La plupart des raisons invoquées pour mettre fin aux soins ne semblent pas être liées aux responsabilités professionnelles, même si 8 % des répondants ayant eu recours à ces soins ont cessé de les recevoir prématurément en raison d'une formation ou d'un déploiement. Les facteurs tels que le fait de ne pas avoir les moyens de payer les soins, les problèmes liés aux transports, à l'emploi du temps et à la garde d'enfants n'ont pas souvent été sélectionnés parmi les raisons pour justifier la fin des soins de santé mentale.

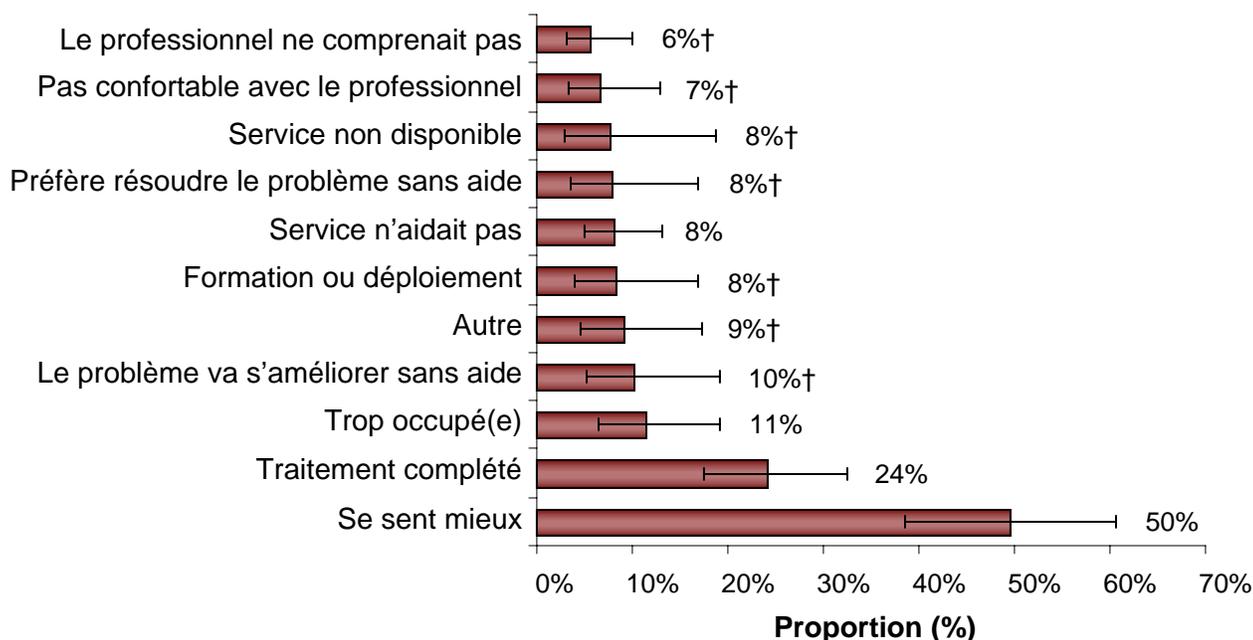


Figure 2.4: Raisons de l'interruption des consultations d'un professionnel de la santé mentale

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Nota : Les réponses dont le pourcentage estimatif est inférieur à 5 % ne sont pas illustrées et portent sur ce qui suit : problèmes liés aux transports, à la garde d'enfants ou à l'emploi du temps; embarras ressenti à l'idée de demander de l'aide et fait de ne pas avoir les moyens.

Nota : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Obstacles perçus à l'obtention de soins de santé mentale

La vaste majorité des membres des FC (89 %) n'avaient pas le sentiment d'avoir besoin de l'aide d'un professionnel de la santé mentale ou avaient le sentiment qu'il existait des obstacles à l'obtention de tels soins. Au cours des 12 mois qui ont précédé le sondage, 11,3 % des membres des FC avaient le sentiment d'avoir eu besoin des services d'un professionnel de la santé mentale à un moment quelconque, mais n'ont pas reçu de tels services. Le nombre moyen d'obstacles perçus par ces répondants était de 2,8. La majorité d'entre eux (55,7 %) ont signalé percevoir un ou deux obstacles, 36,0 % ont perçu entre trois et cinq obstacles et 8,3 % ont perçu entre six et neuf obstacles à l'obtention de soins de santé mentale.

Le tableau 2.6 montre que les femmes étaient nettement plus susceptibles que les hommes de percevoir un obstacle à l'obtention de soins de santé mentale. Les MR étaient également plus susceptibles de percevoir un obstacle que les officiers.

Ceux qui ont obtenu des résultats positifs au test PC-PTSD étaient également plus susceptibles de percevoir un obstacle que ceux qui ont obtenu des résultats négatifs à ce test. Dans le même ordre d'idées, un nombre nettement plus important de personnes

ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage de la dépression (échelle PHQ-2) ou ayant signalé avoir sérieusement envisagé le suicide au cours des 12 derniers mois ont perçu un obstacle à l'obtention de soins de santé mentale au cours des 12 derniers mois. Les personnes qui n'ont pas de problèmes de santé mentale (comme le SSPT, la dépression ou les pensées suicidaires) seraient toutefois moins susceptibles de chercher à obtenir des soins de santé mentale et donc de percevoir un obstacle à l'obtention de ces soins. Les distorsions cognitives associées à la maladie mentale peuvent par ailleurs accentuer la perception de certains obstacles à l'obtention de soins, comme la stigmatisation perçue. Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre le fait de percevoir un obstacle à l'obtention de soins de santé mentale selon l'âge, le commandement des FC ou la base de service du répondant. Aucune association n'a non plus été observée entre le fait que le répondant ait été déployé à l'étranger au cours des deux dernières années et la perception d'un obstacle à l'obtention de soins de santé mentale.

Tableau 2.6: Proportion de répondants ayant perçu un obstacle à l'obtention de soins de santé mentale selon le sexe, le grade, le résultat au test PC-PTSD, la dépression et la présence d'idées suicidaires au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Proportion (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Hommes	10,7 % (8,4-13,5 %)	$p \leq 0,01$
	Femmes	15,5 % (13,1-18,4 %)	
Grade	MR	12,2 % (9,6-15,3 %)	$p = 0,03$
	Officiers	8,3 % (6,6-10,5 %)	
PC-PTSD	Oui	26,2% (16,3-39,2 %)	$p \leq 0,001$
	Non	10,0 % (8,0-12,4 %)	
Dépression	Oui	31,5 % (19,9-45,9 %)	$p \leq 0,001$
	Non	9,7 % (7,7-12,1 %)	
Idées suicidaires (12 mois)	Oui	53,7 % (30,9-75,0 %)	$p = 0,02$
	Non	20,7 % (10,1-37,8 %)	

La figure 2.5 indique les types les plus courants d'obstacles perçus à l'obtention de soins de santé mentale. Parmi les répondants qui ont signalé un obstacle à l'obtention de soins de santé mentale, 63,8 % ont déclaré qu'ils préféreraient s'occuper du problème eux-mêmes. Il s'agit d'un obstacle aux soins liés à l'attitude voulant que, dans certaines circonstances, les personnes malades ne pensent pas que leurs problèmes de santé mentale requièrent un traitement actif. La peur que le fait d'obtenir l'aide d'un professionnel pour un problème de santé mentale affecte leur carrière militaire a été évoquée par 37,5 % des répondants. Le troisième obstacle le plus souvent signalé a été la peur de demander de l'aide ou de ce que les autres pourraient penser (24,7 %). Parmi les répondants, 20,9 % ont dit avoir peur que leur superviseur ne découvre qu'ils recevaient

de l'aide pour leur problème; 19,0 % craignaient que les membres de leur unité le découvrent; 18,3 % ont déclaré qu'ils ne s'en sont pas occupés ou que cela les laissaient indifférents, tandis que 17,1 % avaient le sentiment que rien ne pouvait les aider. Le fait de suivre une formation ou d'être déployés a été un obstacle pour 11,7 % des répondants qui avaient besoin d'aide. Au nombre des obstacles perçus qui ont été moins souvent sélectionnés figuraient les responsabilités personnelles ou familiales, le temps d'attente trop long pour obtenir un rendez-vous, les problèmes liés au transport et à l'horaire, le fait que l'aide professionnelle n'était disponible lorsque les soins étaient nécessaires et le fait de ne pas savoir où aller chercher de l'aide.

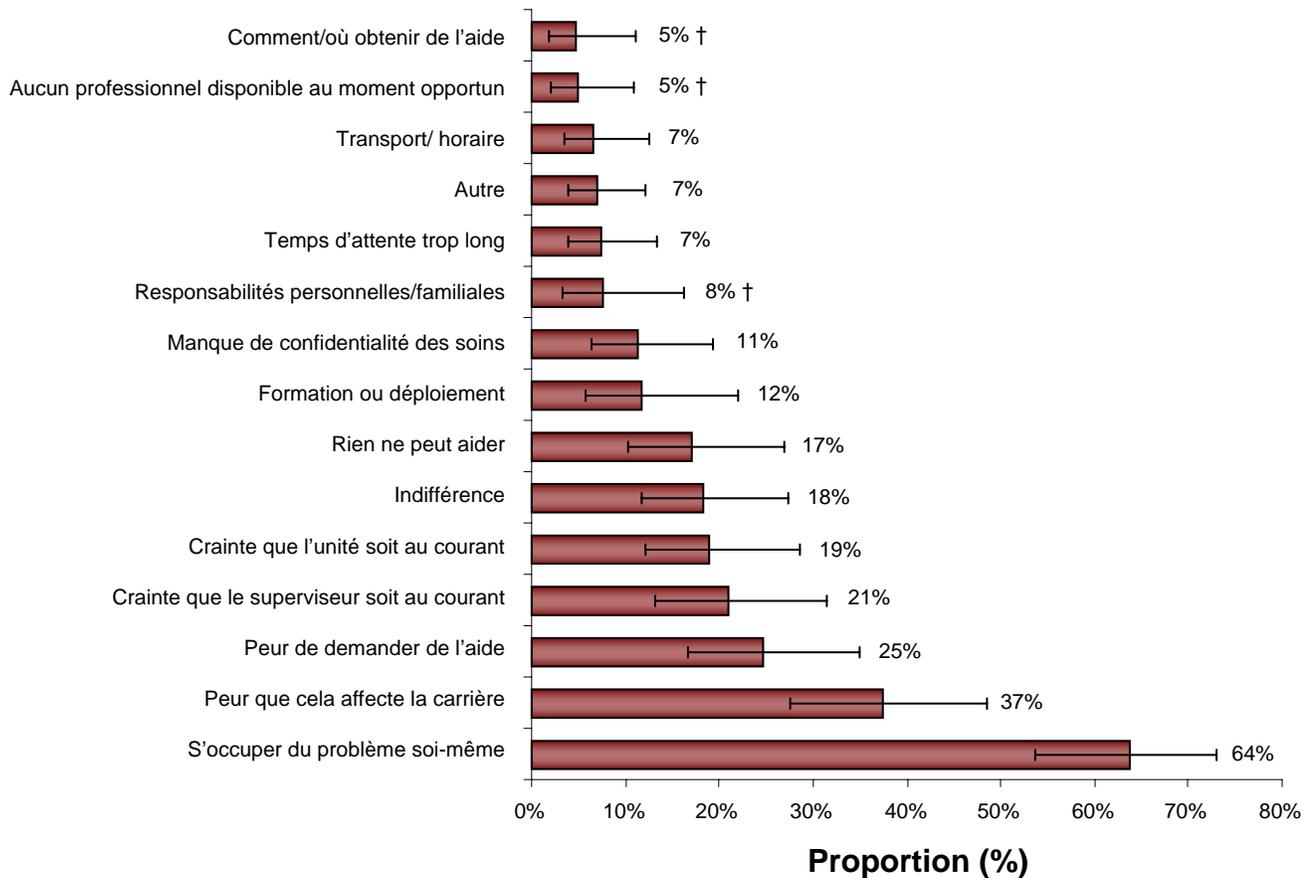


Figure 2.5 : Obstacles déclarés à l'obtention de soins de santé mentale, SSSV 2008-2009

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Nota : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Nota : Les réponses données par moins de 5 % des répondants ne sont pas illustrées dans la figure et portent sur ce qui suit : le fait de ne pas pouvoir payer, les problèmes de langue, le fait que l'aide professionnelle n'était pas disponible dans la région.

Les répondants ont également été invités à indiquer quel avait été l'obstacle prépondérant à leurs tentatives pour obtenir de l'aide). Les répondants ont déclaré dans une proportion de 30,1 % qu'ils préféreraient s'occuper du problème eux-mêmes; 24,0 % ont dit avoir peur que le fait d'obtenir de l'aide affecte leur carrière militaire; 10,0 % pensaient que rien ne pouvait les aider; 5,5 % avaient peur de demander de l'aide ou de ce que les autres pourraient penser.

Les obstacles aux soins de santé mentale au sein des FC sont multiples et sont le fait de raisons personnelles (vouloir s'occuper du problème soi-même), sociales (responsabilités familiales), professionnelles (formation ou déploiement), de raisons liées à l'information (ne pas savoir où ni comment obtenir les soins) et liées à la stigmatisation (crainte que le fait d'obtenir des soins affecte la carrière ou que l'unité le découvre). La crainte que le fait d'avoir un problème de santé mentale affecte la carrière est un obstacle en partie structurel, puisque les membres des FC atteints d'un problème de santé mentale grave peuvent se voir exclus des déploiements ou même devoir quitter les FC. Cet obstacle peut également être en partie lié à l'attitude, compte tenu de la stigmatisation associée à la maladie mentale et de la perception voulant que cette stigmatisation existe au sein des FC. On ignore l'ampleur de l'effet des facteurs structurels et de ceux liés à l'attitude sur la formation des convictions se rapportant à l'impact sur la carrière. Il est clair que d'autres recherches sont nécessaires pour comprendre les obstacles liés à la stigmatisation, le choix des personnes qui décident de s'occuper de leurs problèmes de santé mentale eux-mêmes et l'impact perçu sur la carrière des membres des FC. Ces recherches permettront de déterminer les types d'interventions les plus prometteurs, ainsi que les politiques nécessaires pour lever les obstacles à l'obtention des soins.

Cause du problème de santé mentale pour lequel aucune aide n'a été reçue

Le tableau 2.7 présente les causes des problèmes de santé mentale pour lesquels aucune aide n'a été reçue. Lorsqu'aucune aide n'a été reçue, la principale cause du problème de santé mentale était le stress causé par le travail ou les études (48,1 %). Les causes les plus fréquentes qui viennent ensuite sont les problèmes conjugaux (32,6 %) et les problèmes familiaux (24,3 %). Un déploiement récent a été la cause de problèmes de santé mentale chez 22 % des répondants qui avaient besoin d'aide mais qui n'en ont pas reçu.

Tableau 2.7: Causes des problèmes de santé mentale pour lesquels aucune aide n'a été reçue

Cause du problème de santé mentale	Proportion (IC à 95 %)
Stress causé par le travail ou les études	48,1 % (37,9-58,6 %)
Problèmes conjugaux	32,6 % (23,7-43,1 %)
Problèmes familiaux	24,3 % (16,4-34,5 %)
Déploiement récent	22,1 % (16,0-29,7 %)
Mort d'un membre de la famille	17,7 % (10,1-29,3 %)
Difficultés financières	12,2 % (6,3-22,2 %)
Autres problèmes ¹	6,0 % (3,7-9,4 %)
Autres problèmes de santé mentale ²	3,2 % (1,2-7,9 %) [†]

[†] Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

¹ La catégorie « Autres problèmes » comprenait : problèmes/traumatisme personnels passés, stress de la vie en général, agression sexuelle, problèmes d'ordre juridique et le fait de ne pas pouvoir être déployé(e).

² Les « autres problèmes mentaux » sont tirés de la réponse détaillée fournie dans la catégorie « Autres problèmes » et comprenaient : dépression post-partum, dépression, colère, bagage émotionnel, problèmes d'estime de soi et toxicomanie.

Nota : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Améliorer l'utilisation des services en soins de santé en levant les obstacles à l'accès aux soins

Afin de recueillir des données sur la manière de lever les obstacles à l'obtention de soins de santé mentale du point de vue des patients, nous avons interrogé les répondants sur les facteurs qui les auraient aidés à obtenir l'aide dont ils avaient besoin. Le facteur le plus souvent cité pour augmenter la probabilité qu'un individu obtienne les soins de santé mentale requis est la garantie que le fait de demander de l'aide n'aurait pas de répercussions sur leur carrière (41,7 %) (figure 2.6). Parmi les répondants, 36,0 % avaient le sentiment qu'ils auraient été plus susceptibles de recevoir des soins de santé mentale si les services avaient été disponibles sans nécessiter de rendez-vous. Un grand nombre de membres des FC semble ne pas savoir qu'ils peuvent avoir accès à des services psychosociaux sans rendez-vous (travailleurs sociaux, infirmiers(ères) en santé mentale et conseillers en alcoolisme, toxicomanie et dépendance au jeu). Les répondants auraient aimé dans une proportion de 22,8 % recevoir de la formation sur la manière de gérer eux-mêmes leurs problèmes. Ce pourcentage concorde avec les réponses indiquant que l'un des obstacles les plus fréquents à l'obtention des soins est la préférence pour l'auto-prise en charge. Il est intéressant de noter que 21,5 % des répondants seraient plus susceptibles d'obtenir de l'aide si les services civils de santé mentale étaient payés par les FC. Les FC remboursent jusqu'à 8 séances de soins de santé mentale civils par l'entremise du PAMFC (Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes). La fréquence de cette réponse pourrait donc indiquer un manque de connaissance quant à la disponibilité de ce service. L'accès aux soins de santé mentale offerts à l'extérieur des FC et en dehors du PAMFC requiert la recommandation d'un professionnel de la santé des

FC, si bien que la préférence pour l'accès aux fournisseurs de soins civils pourrait ne pas être entièrement attribuable à la méconnaissance du PAMFC. Cette préférence pourrait être due au fait que la méthode actuelle pour obtenir des services civils de santé mentale n'est pas acceptable. Les membres des FC doivent en effet d'abord consulter un fournisseur de soins des FC et obtenir une recommandation en vue de recevoir des soins civils. Cette situation engendre des problèmes liés à la stigmatisation et à la confidentialité.

Les inquiétudes liées au défaut de confidentialité sont manifestement importantes, puisque 18,4 % des répondants aimeraient voir une amélioration dans la confidentialité des données médicales, bien que l'on ne sache pas dans quelle mesure leur connaissance de la politique actuelle de protection de la confidentialité des FC est exacte. À l'heure actuelle, la seule information qui peut être communiquée à la chaîne de commandement d'un militaire se rapporte aux limitations liées à l'emploi pour raison médicales. Les renseignements concernant le diagnostic et le traitement spécifique ne peuvent pas être divulgués sans le consentement du militaire. Par ailleurs, 14,1 % des répondants préféreraient recevoir une meilleure information sur les divers soins de santé mentale disponibles et sur la manière d'y avoir accès. Enfin, 13,8 % des répondants préféreraient avoir accès à des services de santé mentale offerts après les heures de travail.

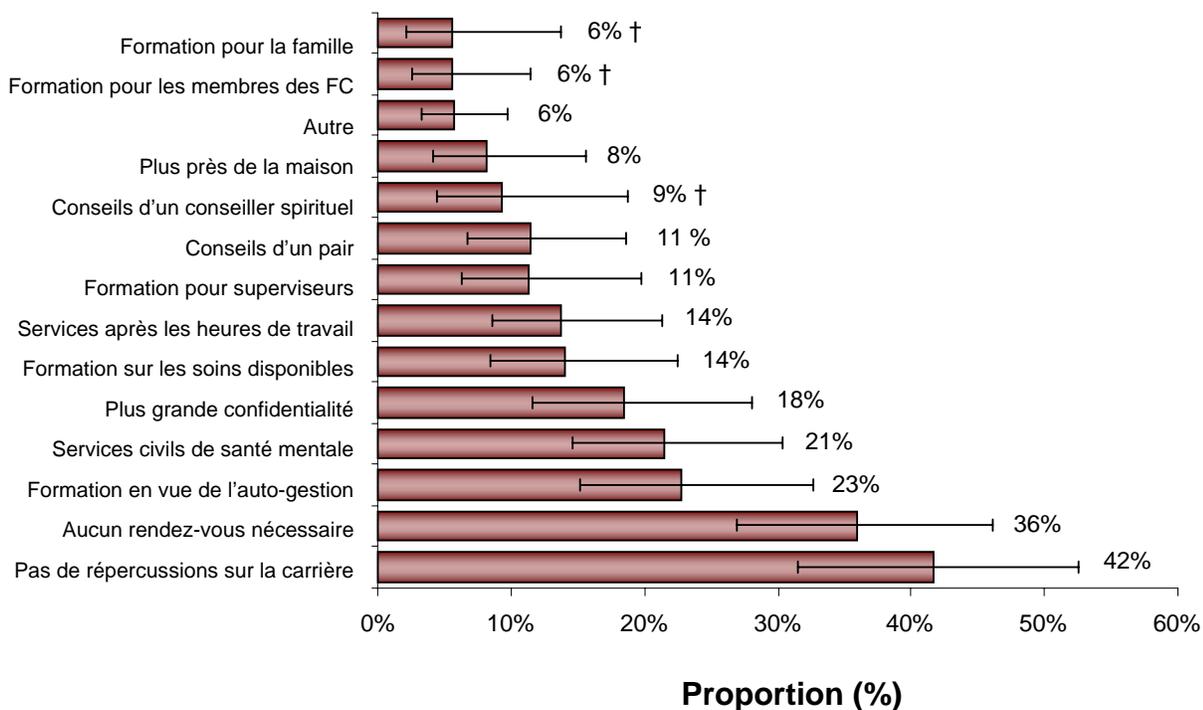


Figure 2.6: Facteurs qui auraient amélioré l'accès aux soins de santé mentale

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Nota : Les réponses dont le pourcentage estimatif est inférieur à 5 % ne sont pas illustrées et portent sur ce qui suit : conseils d'un autre professionnel de la santé (médecin, infirmière, technicien médical ou adjoint au médecin) et meilleur accès aux soins

Nota : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Parmi les solutions pour améliorer les soins de santé mentale pour les répondants confrontés à des obstacles, on pourrait notamment proposer une meilleure sensibilisation aux services de santé mentale disponibles, l'amélioration de la perception de la confidentialité du système médical et le renforcement de l'idée voulant que le traitement précoce puisse faciliter le rétablissement et réduire au minimum l'impact sur la carrière. On oublie souvent qu'une maladie mentale non traitée peut avoir des répercussions très importantes sur la carrière. D'autres recherches qualitatives sur la manière dont les membres des FC perçoivent l'impact potentiel d'un problème de santé mentale sur leur carrière et sur la question de savoir si cette perception est exacte seraient utiles pour cibler les messages de sensibilisation et régler les problèmes liés à la stigmatisation. Des recherches plus approfondies s'intéressant aux facteurs contribuant aux inquiétudes soulevées par la confidentialité et à la préférence pour l'auto-prise en charge des problèmes de santé mentale seraient également utiles pour réduire les obstacles à l'obtention des soins de santé mentale.

Impact sur la carrière et stigmatisation

La stigmatisation est l'évaluation négative d'une personne, laquelle est dévalorisée ou discréditée sur la base d'un attribut précis, et dans le cas de la maladie mentale, sur la base de la maladie elle-même (Link 1989, Sirey 2001). La stigmatisation associée à la maladie mentale génère des coûts substantiels pour le malade, pour celui qui utilise les services de santé mentale et pour la société. La stigmatisation liée à la santé mentale a été en partie évaluée dans le cadre du SSSV 2008-2009. Les répondants ont en effet été invités à indiquer s'ils pensaient que leur carrière dans l'armée serait compromise s'ils devaient chercher à obtenir des soins de santé mentale par le truchement des services de santé des FC. Il est important de noter que cette question n'identifie qu'en partie les problèmes posés par la stigmatisation, puisqu'il est bel et bien possible que la maladie mentale compromette la carrière militaire en limitant les déploiements et, si la gravité le justifie, en entraînant la libération pour raisons médicales. La crainte des répercussions négatives sur la carrière pourrait néanmoins être liée à la perception voulant que les superviseurs puissent traiter un subordonné injustement en raison de préjugés concernant les personnes atteintes d'une maladie mentale. La figure 2.7 indique la proportion de personnes qui pensaient que le fait d'obtenir des soins de santé mentale nuirait à leur carrière militaire. Parmi les 2 144 répondants, 34,4 % pensaient que s'ils cherchaient à obtenir des soins pour des problèmes de santé mentale, cela aurait « très certainement » ou « probablement » des répercussions négatives sur leur carrière, tandis que 56,0 % pensaient que cela n'aurait « très certainement pas » ou « probablement pas » de répercussions négatives sur leur carrière. Autrement dit, plus du tiers des membres des FC pensent qu'obtenir de l'aide pour un problème de santé mentale nuirait à leur carrière. Ces convictions sont semblables à celles observées dans l'armée américaine, où 44,1 % des répondants pensaient que cela nuirait « très certainement » ou « probablement » à leur carrière et que 55,8 % pensaient que cela ne nuirait « très certainement pas » ou « probablement pas » à leur carrière (DoD, 2006). Des recherches plus approfondies visant à découvrir les raisons sous-jacentes de cette conviction s'imposent afin de comprendre l'effet de stigmatisation.

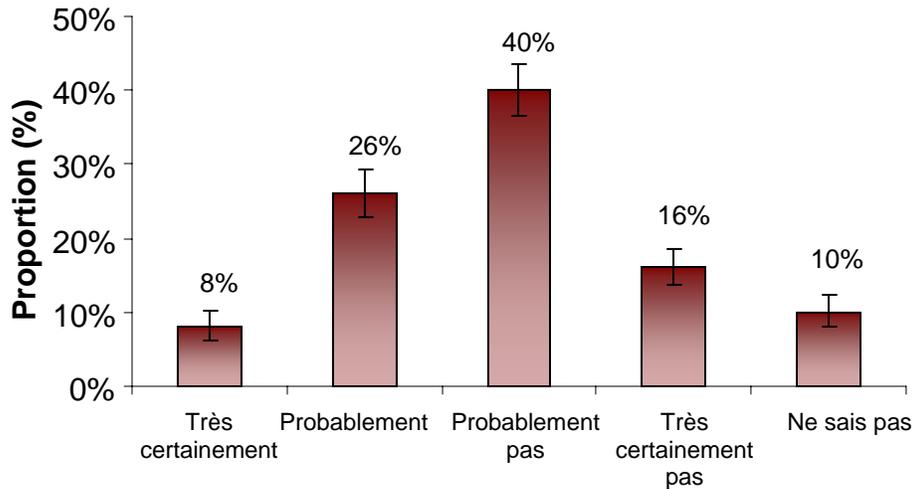


Figure 2.7: Conviction voulant que le fait de chercher à obtenir des soins de santé mentale par le truchement des services de santé des FC nuirait à la carrière militaire

Satisfaction à l'égard de la vie de couple, violence familiale et exploitation

Au moment du sondage, 81,6 % des membres des FC ont signalés qu'ils étaient actuellement en couple. Les hommes (82,7 %) étaient plus susceptibles que les femmes (74,1 %) de déclarer être en couple. Les répondants âgés entre 18 et 29 ans (68,6 %) étaient également moins susceptibles que ceux âgés entre 30 et 39 ans (86,5 %), entre 40 et 49 ans (86,5 %) et entre 50 et 60 ans (88,9 %) d'être en couple.

La majorité des membres des FC sont extrêmement satisfaits ou très satisfaits de cette relation (figure 2.8). Parmi les répondants, 74,9 % se disaient extrêmement satisfaits ou très satisfaits de cette relation; 21,4 % étaient plutôt satisfaits, avaient un sentiment ambivalent ou étaient incertains, tandis que 3,7 % des répondants étaient plutôt insatisfaits, très insatisfaits ou extrêmement insatisfaits.

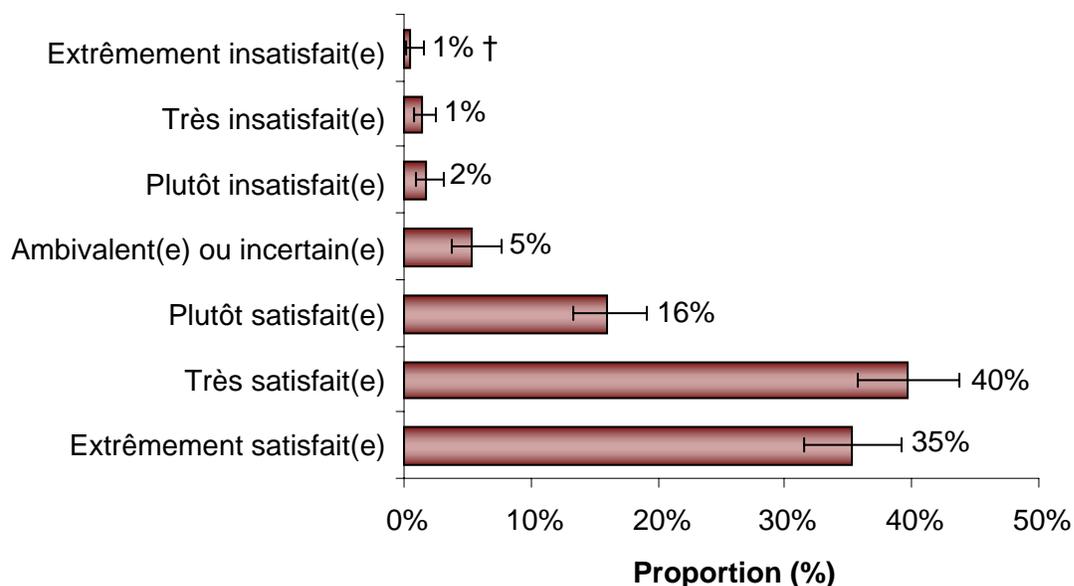


Figure 2.8: Satisfaction autodéclarée à l'égard de la vie de couple actuelle
 † Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Violence physique et sexuelle par le(la) conjoint(e) (ou partenaire)

Les données relatives à la violence par le(la) conjoint(e) et à la violence familiale au sein des FC sont très limitées, si bien qu'il est difficile de déterminer l'ampleur du problème et l'efficacité des programmes visant à prévenir et à réduire la violence familiale.

On a demandé aux répondants ayant indiqué qu'ils étaient actuellement en couple (81,6 %) de signaler si divers types de mauvais traitements leur avait été infligés par leur partenaire actuel. Le tableau 2.8 indique les pourcentages de répondants qui, en 2008-2009, ont signalé un type de violence physique ou sexuelle infligé par leur conjoint(e). Malheureusement, ces réponses ne peuvent être comparées aux résultats du sondage réalisé en 2004 car celui-ci portait spécifiquement sur les événements survenus au cours des cinq dernières années tandis que le sondage de 2008-2009 portait sur les événements survenus depuis le début de la relation avec le partenaire actuel. Le pourcentage de personnes ayant signalé « une forme quelconque de violence » indique qu'elles ont subi au moins un des dix types de violence énumérés dans le cadre de leur relation actuelle.

Les types de mauvais traitements infligés par le(la) conjoint(e) à un membre des FC les plus souvent signalés en 2008-2009 ont été les suivants : avoir été giflé, avoir reçu un objet lancé dans sa direction, avoir été poussé(e), empoigné(e) ou bousculé(e) et avoir été menacé d'être frappé avec un objet. Quinze pour cent des membres des FC ont répondu qu'ils avaient subi au moins un des types de violence physique ou sexuelle.

Tableau 2.8: Violence physique infligée par le(la) conjoint(e) d'un membre des FC

Type de violence physique	Proportion (IC à 95 %)
A menacé de vous frapper avec son poing ou un objet	5,1 % (4,2-6,7 %)
A lancé dans votre direction un objet qui aurait pu vous blesser	6,7 % (5,4-8,1 %)
Vous a poussé(e), empoigné(e), ou bousculé(e) d'une manière qui aurait pu vous blesser	6,2 % (4,9-7,5 %)
Vous a giflé(e)	8,3 % (6,8-9,8 %)
Vous a donné un coup de pied, mordu ou donné un coup de poing	4,8 % (3,7-6,0 %)
Vous a frappé(e) avec un objet qui aurait pu vous blesser	2,1 % (1,3-2,9 %)†
Vous a battu(e)	---
A tenté de vous étrangler	0,2 % (0,0-0,4 %)†
A menacé d'utiliser une arme à feu ou un couteau contre vous	---
Vous a forcé(e) à vous livrer à une activité sexuelle non désirée	---
Tout type de violence physique ou sexuelle	15,0 % (13,0-16,9 %)

Remarque : † Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.
 --- Choix supprimés en raison du nombre insuffisant de réponses par cellule.

La figure 2.9 illustre la proportion de membres des FC qui ont subi de la violence physique ou sexuelle de la part de leur conjoint(e), selon le sexe. Les personnes ayant signalé un type quelconque de violence dans le tableau 2.8 ont été groupées pour former la variable « tout type de violence » dans le graphique ci-dessous. Les hommes sont plus de deux fois plus nombreux que les femmes à avoir signalé être victimes de violence. Les hommes ont également signalé la plupart des types de violence plus souvent. Le même pourcentage de femmes et d'hommes ont signalé avoir été poussés, empoignés ou bousculés.

Violence physique et sexuelle infligée par le répondant des FC

La violence physique et sexuelle infligée par les répondants des FC à leur conjoint(e) a également été évaluée dans le cadre du SSSV 2008-2009. La figure 2.10 montre que le pourcentage de membres des FC ayant déclaré avoir infligé les cinq types de violence le plus souvent signalés, selon l'âge et le sexe.

Les femmes qui servent dans les FC ont signalé frapper, donner des coups de pied, mordre ou gifler et lancer des objets à leur partenaire plus souvent que les hommes. Le pourcentage de violence physique ou sexuelle, tous types confondus, était similaire entre les hommes et les femmes.

Le tableau 2.9 indique la proportion de répondants ayant subi une forme d'exploitation affective ou financière de la part de leur conjoint(e) ou qui ont infligé une telle forme d'exploitation à leur conjoint(e). Il est clair que, comme dans la population générale (Statistique Canada, 2005), un pourcentage significatif de membres des FC font face à une situation familiale violente. Ce constat n'a pas beaucoup changé depuis 2004. Les programmes de promotion de la santé et les services de santé aux familles pourraient contribuer à réduire la proportion de personnes qui subissent cette forme d'exploitation ou qui l'infligent.

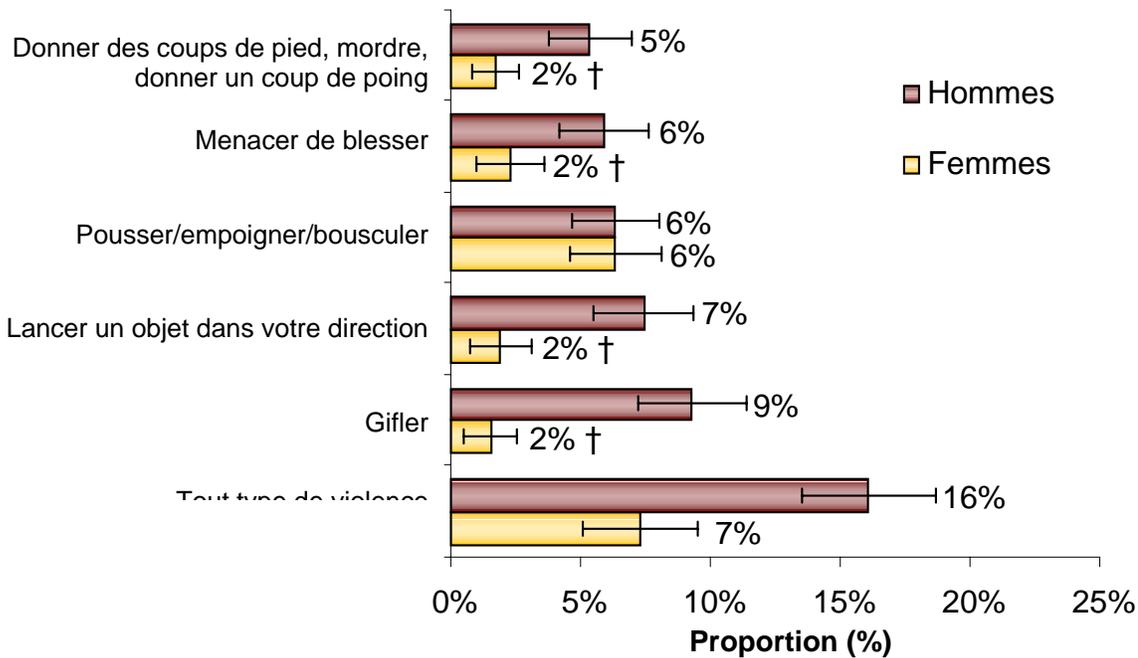


Figure 2.9: Violence physique et sexuelle infligée par le(la) conjoint(e) du (de la) répondant(e), selon le sexe, SSSV 2008-2009

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Nota : Les catégories de maltraitance physique et sexuelle dans lesquelles le nombre de réponses était inférieur à 1 % ne sont pas illustrées et comprennent : vous a frappé(e) avec un objet, vous a battu(e), a tenté de vous étrangler, vous a menacé(e) avec une arme à feu ou un couteau, vous a forcé(e) à vous livrer à une activité sexuelle

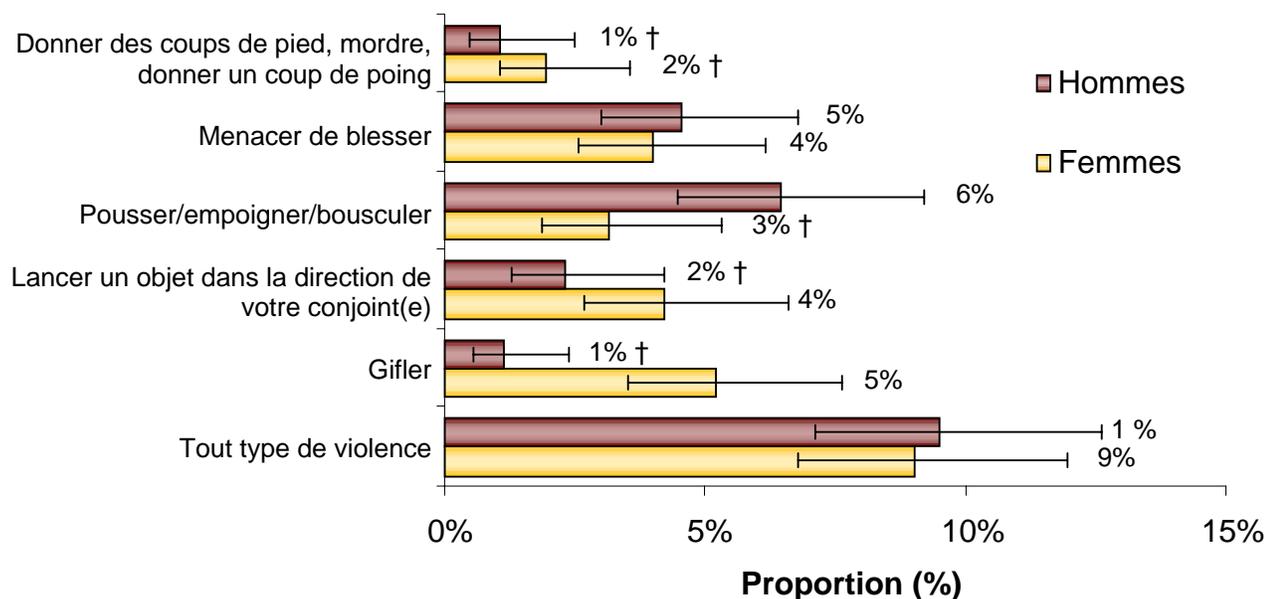


Figure 2.10: Violence physique et sexuelle infligée par les membres des FC à leur conjoint(e), selon le sexe du répondant, SSSV 2008-2009

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Nota : Les catégories de violence physique et sexuelle dans lesquelles le nombre de réponses était inférieur à 1 % ne sont pas illustrées et comprennent : frapper mon(ma) conjoint(e) avec un objet; le/la battre; tenter de l'étranger; le(la) menacer avec une arme à feu ou un couteau; le/la forcer à se livrer à une activité sexuelle

Tableau 2.9: Exploitation affective et financière du(de la) conjoint(e) par un membre des FC et vice-versa, SSSV 2008-2009

Exploitation affective et financière	Exploitation du(de la) conjoint(e) par un membre des FC % (IC à 95 %)	Exploitation d'un membre des FC par son (sa) conjoint(e) % (IC à 95 %)
Limiter les contacts que vous entretenez avec votre famille ou vos amis	1,2 % (0,6-2,6 %)†	5,6 % (4,0-7,8 %)
Vous rabaisser ou vous insulter	11,3 % (9,1-14,0 %)	12,0 % (9,7-14,8 %)
Être jaloux(se) et ne pas vouloir que vous parliez à d'autres hommes/femmes	7,4 % (5,4-10,0 %)	15,4 % (12,7-18,6 %)
Blesser ou menacer de blesser un de vos proches	0,5 % (0,2-1,6 %)†	0,5 % (0,2-1,5 %)†
Exiger de savoir avec qui et où vous êtes en tout temps	3,8 % (2,4-6,2 %)	7,9 % (5,8-10,6 %)
Endommager ou détruire vos biens ou votre propriété	2,8 % (1,6-4,8 %)	4,5 % (3,0-6,6 %)
Vous empêcher d'avoir accès à votre revenu familial, même si vous le demandez.	1,0 % (0,4-2,0 %)†	2,0 % (1,1-3,6 %)†
Tout type d'exploitation affective ou financière	19,3 % (16,3-22,8 %)	24,9 % (21,5-28,6 %)

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Attitudes et comportements à risque

Les attitudes et les comportements à risque ont été mesurés à l'aide de deux domaines de l'échelle DOSPERT (Domain-Specific Risk-Taking Scale) (Weber et coll., 2002). Le premier domaine, le comportement à risque se rapportant aux activités récréatives, exigeait des répondants qu'ils évaluent la probabilité qu'ils s'adonnent à six activités à risque, à savoir : aller camper en pleine nature, descendre une pente de ski exigeant une habileté plus grande que la sienne, faire de la descente en eau vive au printemps, quand le niveau d'eau est élevé, suivre un cours de parachutisme, effectuer un saut à l'élastique bungee à partir d'un pont élevé et piloter un petit avion. Les répondants ont indiqué la probabilité qu'ils pratiquent l'activité sur une échelle allant de « extrêmement probable » à « extrêmement peu probable » (échelle de Likert en 7 points). Le score de la prise de risques à des fins récréatives a ensuite été calculé comme la somme (1 - 7) des scores multipliée par le nombre d'activités. Plus le score était élevé et plus la probabilité d'adoption d'un comportement à risque l'était également.

Le deuxième domaine abordait six aspects de la prise de risques liés à la santé et à la sécurité, à savoir : boire abondamment lors d'une activité sociale, avoir des relations sexuelles sans protection, conduire une voiture sans porter de ceinture de sécurité, conduire une motocyclette sans casque protecteur, se faire bronzer sans écran solaire et rentrer chez soi à pied le soir dans un quartier peu sécuritaire. Les comportements ont été mesurés et notés de la même manière que le score de la prise de risques dans le cadre d'activités récréatives. Pour chacun des deux domaines, le score minimum était de 6 et le score maximum, de 42.

Parmi les membres des FC, le score moyen associé à la prise de risques à des fins récréatives a été de 21,0 et le score moyen associé à la prise de risques liés à la santé et au style de vie, de 17,3. Le tableau 2.10 présente les scores moyens pour les activités récréatives, la santé et la sécurité selon le sexe, le grade, le déploiement et le groupe d'âge. Les hommes ont obtenu des scores de prise de risques à des fins récréatives et des scores de risque pour la santé et la sécurité nettement plus élevés que les femmes. Il en était de même pour les officiers comparativement aux MR. Une baisse uniforme de la tendance à la prise de risques a été observée à mesure que l'âge augmentait, les personnes appartenant au groupe le plus jeune étant les plus susceptibles de signaler des comportements à risque à des fins récréatives ainsi que des comportements à risque pour la santé et la sécurité.

Comme l'ont montré de nombreuses autres études (Killgore, 2008; Fear, 2008), les personnes déployées à l'étranger au cours des deux dernières années étaient plus susceptibles de signaler des comportements à risque pour la santé et la sécurité que les membres non déployés. Pourtant, aucune différence significative n'a été observée au niveau de la prise de risques pendant les activités récréatives.

Tableau 2.10: Score moyen de la prise de risques liée à des activités récréatives et à la santé et la sécurité, selon le sexe, le grade, le déploiement et le groupe d'âge parmi les membres des FC, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Score de prise de risques à des fins récréatives		Score de prise de risques pour la santé et la sécurité	
		Moyenne (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>	Moyenne (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	21,4 (20,7-22,1)	$p \leq 0,001$	18,0 (17,4-18,6)	$p \leq 0,001$
	Femme	18,4 (17,9-19,0)		13,8 (13,4-14,2)	
Grade	MR	20,7 (20,3-21,8)	$p = 0,02$	16,0 (15,4-16,6)	$p \leq 0,001$
	Officiers	22,1 (20,2-22,0)		17,8 (17,2-18,5)	
Déploiement	Oui	21,1 (20,2-22,0)	n.s.	18,3 (17,7-19,0)	$p = 0,02$
	Non	20,7 (20,0-21,5)		17,1 (16,5-17,8)	
Groupe d'âge	18-29	25,6 (24,2-27,0)	Réf.	21,2 (20,1-22,3)	Réf.
	30-39	20,2 (20,2-22,3)	$p \leq 0,001$	17,6 (16,6-18,5)	$p \leq 0,001$
	40-49	18,3 (17,4-19,2)	$p \leq 0,001$	15,2 (14,5-16,0)	$p \leq 0,001$
	50-60	15,8 (14,4-17,2)	$p \leq 0,001$	13,1 (12,0-14,3)	$p \leq 0,001$

Colère

La colère est une émotion intense qui peut donner lieu à un comportement verbal ou physique agressif. Dans le cadre de l'armée, la colère peut être associée à des troubles mentaux tels que le SSPT, et peut occasionner des problèmes sur le plan des relations, du travail et de la santé. Énergiser les forces (ELF) est un programme de promotion de la santé qui enseigne aux membres des FC la manière de composer avec la colère pour qu'elle ne mine pas leur vie et celle de leur entourage. Le SSSV 2008-2009 comportait une série de questions visant à mesurer l'impact de la colère sur la vie personnelle et professionnelle des membres des FC.

La majorité des membres de la Force régulière des FC ont été rarement (43,5 %) sinon jamais (34,8 %) confrontés à un niveau de colère tel qu'il nuisait à leur capacité de faire leur travail ou à leurs relations personnelles. Toutefois, 17,8 % des répondants ont signalé que la colère nuisait parfois à l'accomplissement de leurs activités et 3,8 %, qu'ils étaient souvent sous l'emprise d'une colère telle qu'elle avait un impact négatif sur leur vie.

Le fait d'être aux prises avec un niveau de colère qui nuit à l'accomplissement du travail et aux relations différait selon l'âge du répondant (figure 2.11). Les personnes âgées de 18 à 29 ans (43,2 %) étaient les plus susceptibles de signaler n'avoir « jamais » présenté un niveau de colère tel qu'il perturbe leur vie, comparativement aux personnes âgées de 30 à 39 ans (32,7 %) et de 40 à 49 ans (29,2 %). Les membres des FC âgés de 30 à 39 ans étaient également plus susceptibles de voir leur agressivité nuire « quelquefois » à l'accomplissement de leur travail ou à leurs relations personnelles (22,8 %), comparativement aux personnes âgées entre 18 et 29 ans (13,2 %). Il semble que les personnes plus âgées, et particulièrement celles âgées de 30 à 39 ans, soient plus

susceptibles de voir leur colère nuire à l'accomplissement de leur travail ou perturber leur vie personnelle. Les membres des FC déployés à l'étranger au cours des deux dernières années étaient nettement plus susceptibles de signaler que leur colère perturbait « souvent » ou « quelquefois » leur travail et leurs relations personnelles (26,9%), comparativement à ceux qui n'avaient pas été déployés au cours des deux dernières années (20,0%). Aucune différence significative au niveau de la colère qui perturbe la vie du répondant n'a été mise en évidence en fonction du sexe, du grade, du commandement des FC, de la base, du niveau de scolarité ou de la langue maternelle.

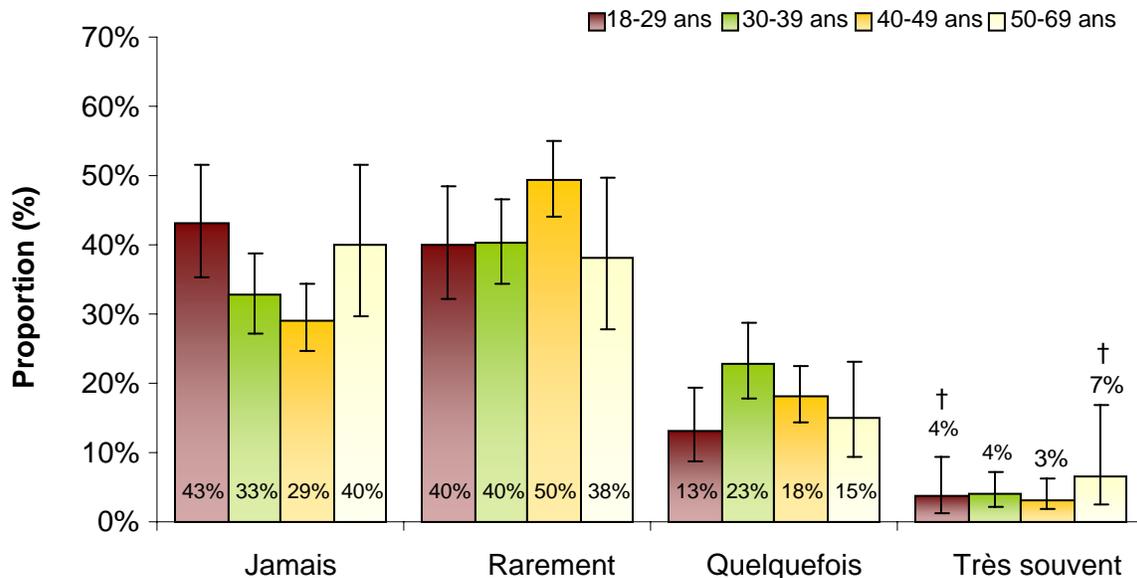


Figure 2.11: Proportion de membres des FC dont la colère perturbe le travail et les relations, par groupe d'âge, SSSV 2008-2009.

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Les répondants ont également été invités à indiquer à quelle fréquence ils demeuraient éveillés la nuit en pensant aux choses qui les avaient mis en colère. Comme l'indique la figure 2.12, la majorité des répondants ont signalé ne « jamais » (33,0 %) demeurer éveillé ou « rarement » demeurer éveillé (38,7 %) à cause de la colère. Toutefois, 24,7 % des répondants ont déclaré avoir « quelquefois » de la difficulté à trouver le sommeil en raison d'un niveau élevé de colère et 3,7 % ont indiqué que c'était « très souvent » le cas. Les femmes (6,3 %) étaient nettement plus susceptibles que les hommes (3,3 %) d'indiquer qu'elles demeuraient « très souvent » éveillées la nuit en pensant à des choses qui les avaient mises en colère. Dans le même ordre d'idées, les hommes (34,0 %) étaient plus susceptibles de signaler ne « jamais » demeurer éveillés que les femmes (26,4 %).

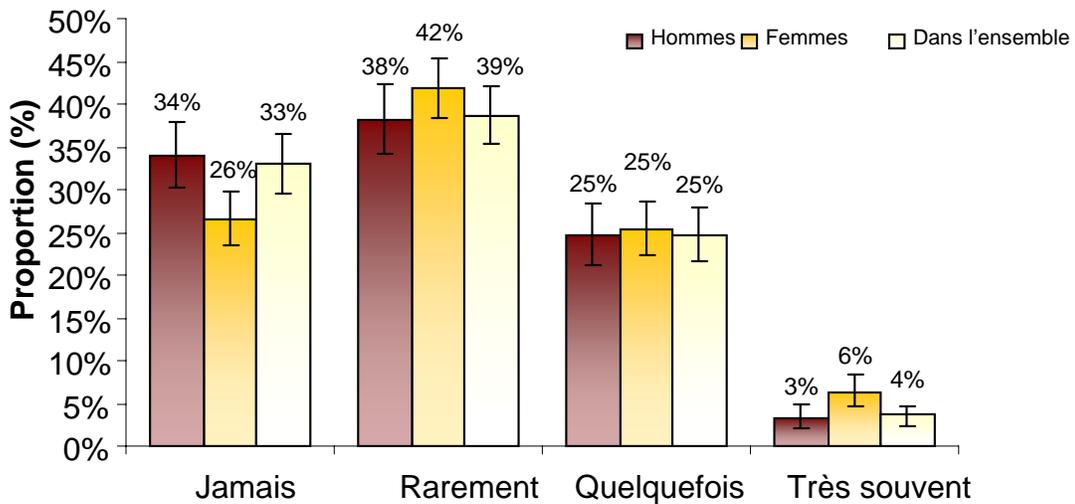


Figure 2.12: Proportion de membres des FC qui demeurent éveillés la nuit à cause de la colère, en général et selon le sexe, SSSV 2008-2009

Comme l'illustre la figure 2.13, les officiers (46,0 %) étaient plus susceptibles que les MR (36,6 %) de signaler qu'ils demeuraient rarement éveillés la nuit en pensant à des choses qui les avaient mis en colère. Les MR (26,2 %) étaient également plus susceptibles de demeurer « quelquefois » éveillés sous l'effet de la colère que les officiers (19,5 %).

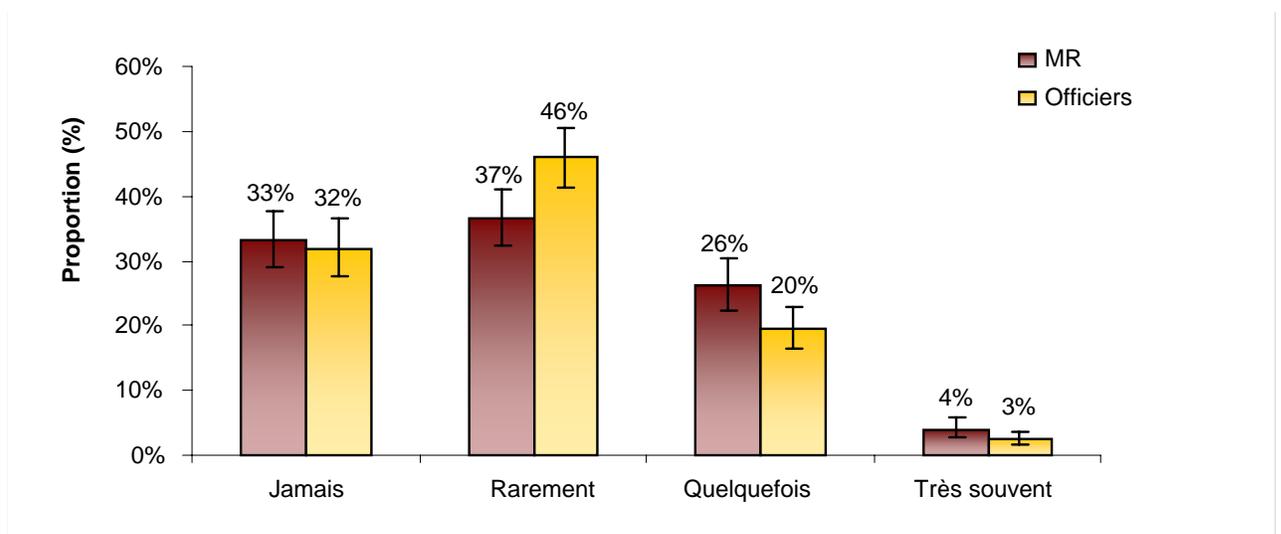


Figure 2.13: Proportion de membres des FC qui sont demeurés éveillés la nuit à cause de la colère, selon le grade, SSSV 2008-2009

Une différence significative a également été observée au niveau de la perte de sommeil attribuable à la colère en fonction de la langue maternelle du répondant. Les membres des FC dont la langue maternelle est le français étaient plus susceptibles de déclarer qu'ils ne

perdaient « jamais » le sommeil (40,4 %) à cause de la colère, comparativement à seulement 29,9 % des répondants dont la langue maternelle est l'anglais.

On ne sait pas exactement pourquoi les membres dont la langue maternelle est le français perdent moins facilement le sommeil à cause d'un niveau de colère élevé comparativement à leurs homologues dont la langue maternelle est l'anglais. Il est possible que des différences dans l'interprétation de la question aient influencé les réponses. L'hypothèse voulant que les militaires francophones utilisent pour composer avec la colère des ressources différentes de celles utilisées par les militaires anglophones a également été avancée.

Aucune différence significative au niveau de la perte du sommeil à cause du niveau de colère n'a été observée entre les catégories de déploiement, d'âge, de commandement des FC, de base de service ou de niveau d'études.

Comme le montre la figure 2.14, la cause sous-jacente de la frustration ou de la colère signalée dans le SSSV 2008-2009 est la plus souvent associée au stress causé par le travail ou les études (48,8 %), aux problèmes conjugaux (30,8 %) et aux difficultés financières (28,6 %). De plus, 19,0 % des répondants ont signalé que leur niveau de colère augmentait après des problèmes familiaux; 16,2 % à la suite de la mort ou de la maladie d'un membre de la famille ou d'un ami proche; 15,1 % à la suite d'un déploiement récent et 7,4 % pour d'autres raisons.

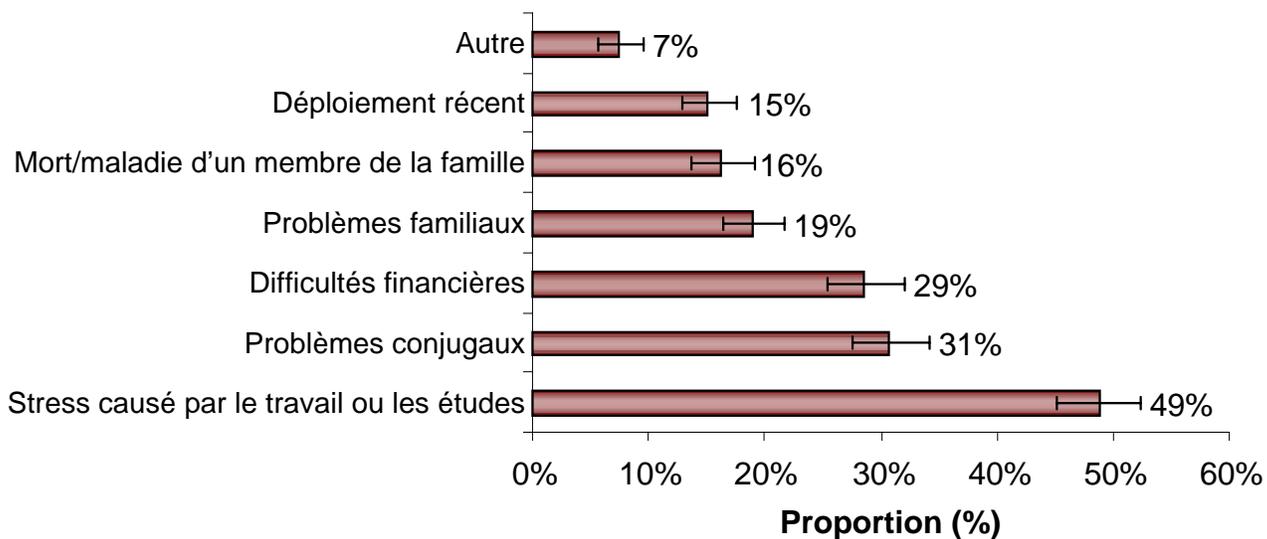


Figure 2.14: Raisons attribuées à l'augmentation du niveau de colère ou de frustration parmi les membres des FC, SSSV 2008-2009

Nota : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Références

- Cairney J, Veldhuizen S, Wade TJ, Kurdyak P, & Streiner DL. Evaluation of 2 measures of psychological distress as screeners for depression in the general population. *Can J Psych* 2007;52(2):111-120.
- Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada. La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2005, Ottawa, 2005, n° 85-224-XIF au catalogue.
- Fear NT, Iversen AC, Chatterjee A, Jones M, Greenberg N, Hull L, et al. Risky driving among regular armed forces personnel from the United Kingdom. *American J Prev Med* 2008;35(3):230-6.
- Fikretoglu D, Brunet A, Guay S, Pedlar D. Mental health treatment seeking by military members with Posttraumatic Stress Disorder PTSD: Findings on rates, characteristics, and predictors from a nationally representative Canadian military sample. *Can J Psych* 2007;52(2):49-56.
- Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psych* 2003;60:184-189.
- Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen H. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *Int J Meth Psych Res* 1998;7(4):171-185.
- Kessler RC, Greenberg PE, Mickelson KD, Meneades LM, Wang PS. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *J Occup Env Med* 2001;43(3):218-25.
- Killgore WB, Cotting DI, Thomas JL, Cox AL, McGurk D, Vo AH, et al. Post-combat invincibility: violent combat experiences are associated with increased risk-taking propensity following deployment. *J of Psych Res* 2008;42(13):1112-1121.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-1292.
- Link BG, Struening E, Cullen FT, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *Am Soc Rev* 1985;54:400-423.
- Marshall RP, Jorm AF, Grayson DA, O'Toole BI. Medical-care costs associated with posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Aust NZ J of Psych* 2000;34(6):954-962.

Ministère de la Défense nationale. « Tableau 2 - Comparaison entre la Force régulière et la Force de réserve, hommes et femmes », 2008. Sur Internet : <http://www.forces.gc.ca/health-sante/pub/rpt/mh-sm-fra.asp>

Organisation mondiale de la santé. (2005). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice: A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Organisation mondiale de la santé, Genève.

Prins A, Ouimette P, Kimerling R, Cameron RP, Hugelshofer S, Shaw-Hegwer, et al. The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. *Prim Care Psych* 2003;9(1):9-14.

Sirey J, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, Meyers BS. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychology*, 158: 479-481.

U.S Department of Defense. (2009). 2008 Department of Defense Survey of Health Related Behaviors Among Active Duty Military Personnel: A Component of the Defense Lifestyle Assessment Program (DLAP). (Publication No. RTI/1094-FR). RTI International: North Carolina.

Wang J. Perceived Barriers to Mental Health Service Use Among Individuals with Mental Disorders in the Canadian General Population. *Med Care* 2006;44(2):192-195.

Weber EU, Blaise A, Betz NE. A domain-specific risk-attitude scale: measuring risk perceptions and risk behaviors. *J Behav Decis Mak* 2002;15:263-290.

Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262(7):914-9.

Zatzick DF, Marmar CR, Weiss DS, Browner WS, Metzler TJ, Golding JM, et al. Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *Am J Psych* 1997;154(12):1690-1695.



**SONDAGE SUR LA SANTÉ ET LE STYLE DE VIE (SSSV) 2008-2009
RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE**



CHAPITRE 3 ~ SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Temps passé loin du foyer

Les membres des Forces canadiennes doivent s’attendre à être séparés de leur famille de manière récurrente tout au long de leur carrière. La durée de la séparation varie de quelques jours à plusieurs mois. La séparation est difficile et constitue une source de stress pour tous les membres de la famille. Elle peut également créer un sentiment d’isolement et de solitude. D’une manière générale, la séparation de la famille nuit également au bien-être personnel (Burrell, Adams, Durand et Castro, 2006).

Le temps passé loin des siens en raison d’activités militaires au cours des deux dernières années a été en moyenne de 7,6 mois (tableau 3.1). Une fois standardisé en fonction de l’effectif des FC de 2008, ce chiffre fait ressortir une augmentation statistiquement significative par rapport au sondage de 2004 (5,5 mois). Dans les sondages de 2004 et de 2008-2009, les hommes ont déclaré en général un nombre nettement plus important de mois passés loin de leur famille en raison d’activités militaires que les femmes.

Il convient de noter que, pour cette question, la distribution du temps passé loin du foyer en raison d’activités militaires tend à être faussée à la hausse, car quelques répondants ont déclaré avoir passé davantage de temps loin de chez eux, ce qui a pour effet d’augmenter le nombre moyen de mois passés loin du foyer.

Tableau 3.1: Temps moyen (en mois) passé loin du foyer en raison d’activités militaires au cours des deux dernières années, dans l’ensemble et selon le sexe, SSSV 2004 et 2008-2009^θ

Sondage	Nombre de mois (IC à 95 %)		
	Hommes	Femmes	Dans l’ensemble
SSSV 2004	5,6 (4,4-6,8)	4,7 (3,6-5,9)	5,5 (4,3-6,6)
SSSV 2008-9	7,8 (6,3-9,3)	5,7 (4,4-6,7)	7,6 (6,1-9,0)
Valeur <i>p</i>	<i>p</i> ≤ 0,001	<i>p</i> ≤ 0,015	<i>p</i> ≤ 0,001

^θ Standardisé pour l’âge et le sexe en fonction de l’effectif des FC de 2008.

Le temps passé loin de chez soi en raison d’activités militaires diminue avec l’âge (tableau 3.2). Les personnes âgées de 50 à 60 ans ont déclaré un nombre de mois passés loin du foyer (4,0 mois) inférieur de moitié à celui des personnes appartenant au groupe le plus jeune (10,3 mois).

Les militaires du rang subalterne (MR sub) ont déclaré une plus longue absence loin du foyer en raison d’activités militaires que les militaires du rang supérieurs (MR sup) et que les officiers. Cette observation pourrait refléter en partie la diminution du temps passé loin de chez soi avec l’âge, tel qu’indiqué ci-dessus.

Comparativement aux membres de l'Armée de terre, les membres de la Force aérienne et des autres commandements ont déclaré avoir passé nettement moins de temps loin du foyer en raison d'activités militaires. On a également observé que les participants au sondage de Valcartier, d'Edmonton, de Petawawa, d'Esquimalt et d'Halifax avaient déclaré avoir passé nettement plus de temps loin du foyer en raison d'activités militaires que les membres des FC en poste à Ottawa.

Tableau 3.2: Nombre moyen de mois passés loin du foyer en raison d'activités militaires au cours des deux dernières années^θ

Variable	Catégorie	Nombre de mois (IC à 95 %)	Valeur p
Groupe d'âge	18-29	10,3 (9,2-11,4)	Réf.
	30-39	7,9 (7,3-8,5)	$p \leq 0,001$
	40-49	5,6 (5,1-6,1)	$p \leq 0,001$
	50-60	4,0 (3,0-4,9)	$p \leq 0,001$
Grade	MR sub	8,4 (7,7-9,2)	Réf.
	MR sup	5,9 (5,3-6,5)	$p \leq 0,001$
	Offr sub	8,2 (7,4-9,0)	n.s.
	Offr sup	5,1 (4,6-5,5)	$p \leq 0,001$
Commandement	Armée de terre	8,7 (8,0-9,4)	Réf.
	Force aérienne	6,6 (5,6-7,6)	$p = 0,001$
	Marine	7,9 (6,7-9,1)	n.s.
	Autre	5,7 (4,8-6,5)	$p \leq 0,001$
Base	Ottawa	5,3 (4,5-6,2)	Réf.
	Edmonton	10,8 (8,6-13,0)	$p \leq 0,001$
	Valcartier	10,2 (8,9-11,5)	$p \leq 0,001$
	Petawawa	9,7 (7,6-11,7)	$p = 0,001$
	Esquimalt	8,3 (6,4-10,3)	$p = 0,006$
	Halifax	7,7 (6,0-9,3)	$p = 0,01$
	Gagetown	6,6 (4,7-8,5)	n.s.
	Trenton	5,0 (4,0-6,0)	n.s.

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Nota : Pour cette question, le temps total a été calculé en additionnant le temps passé loin du foyer pour suivre des cours, participer à des exercices militaires et à une formation militaire, à des déploiements, à des affectations en mer, accomplir un service temporaire, prendre part à des manifestations sportives militaires ou pour d'autres raisons. Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008. Le temps passé loin du foyer en raison d'une restriction imposée et d'autres facteurs liés aux affections n'a pas été pris en compte dans le temps total.

Comme l'illustre la figure 3.1, les membres des FC ont signalé diverses raisons pour expliquer l'absence du foyer en raison d'activités militaires. Les cours ont été mentionnés par 58,6 % des répondants, les exercices militaires et la formation militaire par 52,4 % des répondants, les déploiements par 33,0 % des répondants, les affectations en mer par 9,8 % des répondants, le service temporaire (ST) par 8,5 % des répondants, la restriction

imposée (RI) et les autres facteurs liés aux affectations par 2,4 % des répondants et d'autres raisons par 1,5 % des répondants. Moins de 1 % des répondants a déclaré avoir passé du temps loin du foyer pour participer à des manifestations sportives militaires.

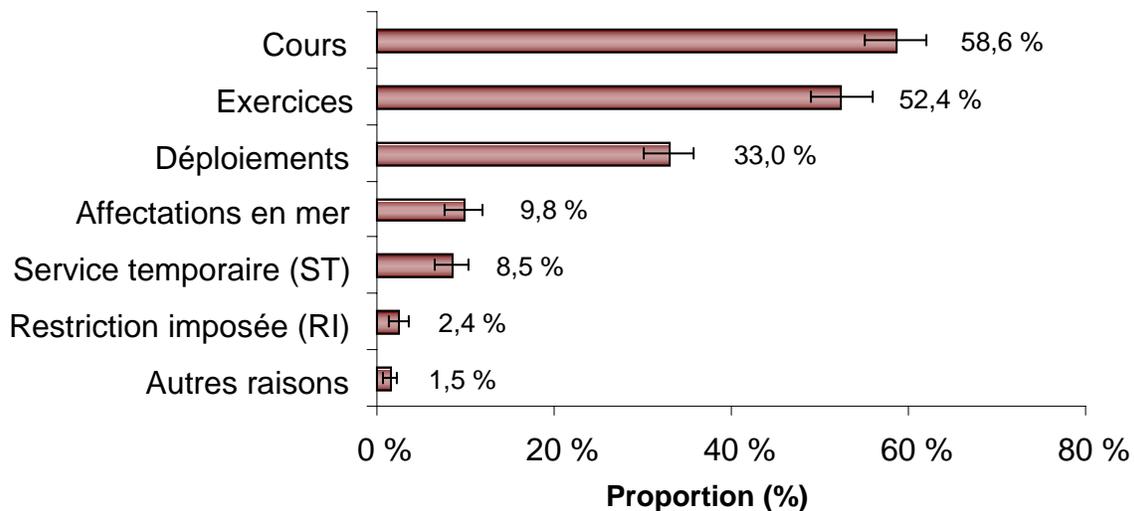


Figure 3.1: Proportion de l'effectif des FC ayant déclaré avoir passé du temps loin du foyer pour diverses raisons

Nota : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Nota : La participation à des manifestations sportives militaires n'est pas représentée en raison du nombre insuffisant de répondants.

D'une manière générale, l'effectif des FC a déclaré avoir été absent du foyer pendant 6,3 mois en raison d'un déploiement et pendant 4,0 mois pour suivre des cours pendant les deux années précédant le SSSV 2008-2009. Ces deux résultats indiquent une augmentation non significative par rapport aux données de 2004. L'évaluation du temps passé loin du foyer pour participer à un ou plusieurs déploiements et suivre un ou plusieurs cours par les hommes et les femmes ne diffère pas entre le sondage de 2004 et celui de 2008-2009 (figure 3.2).

Outre les déploiements et les cours, toutes les autres raisons de l'absence du foyer liées à des activités militaires en 2008 ne peuvent pas être comparées directement aux données de 2004 à cause des modifications substantielles apportées au choix de réponses entre 2004 et 2008-2009.

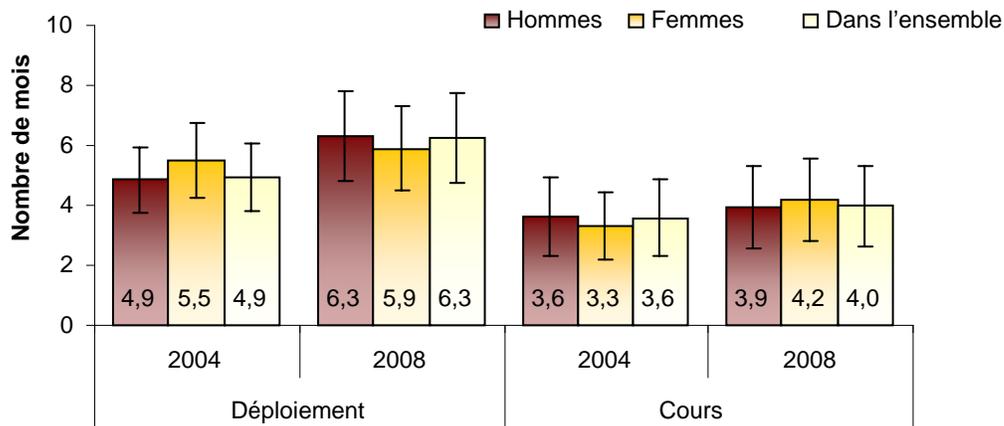


Figure 3.2: Comparaison du nombre moyen de mois passés loin du foyer pour participer à un ou plusieurs déploiements ou suivre un ou plusieurs cours, dans l'ensemble et selon le sexe, SSSV 2004 et 2008-2009^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Satisfaction professionnelle

La satisfaction professionnelle peut se définir comme une évaluation personnelle du degré auquel le travail d'un individu répond à ses attentes et à ses besoins personnels (Cranny Smith & Stone, 1992). Une piètre satisfaction professionnelle a souvent été associée à une augmentation des problèmes de santé mentale et physique (Locke, 1976). Une méta-analyse récente ayant porté sur près de 500 études a permis de mettre en évidence un lien étroit entre la satisfaction à l'égard du travail et l'épuisement professionnel, une mauvaise estime de soi, l'anxiété, la dépression, une maladie physique et les troubles musculosquelettiques (Faragher, Cass et Cooper, 2005). Les auteurs de cette étude ont néanmoins pris la précaution de préciser que même le lien le plus étroit (entre une piètre satisfaction à l'égard du travail et l'épuisement professionnel) ne représentait que 22,8 % de la variation de l'effet. Autrement dit, moins d'un quart du phénomène de l'épuisement professionnel peut être attribué à une piètre satisfaction à l'égard du travail, tandis que les trois quarts de l'effet restants sont attribuables à des facteurs inconnus.

Parmi les membres des FC interrogés, 80,5 % se sont déclarés satisfaits ou très satisfaits de leur travail au cours des 12 derniers mois. Plus précisément, 32,2 % d'entre eux se sont dits très satisfaits et 48,3 %, plutôt satisfaits.

Parmi les autres répondants, 13,5 % se sont déclarés pas trop satisfaits de leur travail et 6,0 %, insatisfaits. Comparativement aux membres des FC en poste à Ottawa, les militaires en poste à Gagetown et à Halifax ont déclaré un degré de satisfaction à l'égard de leur travail statistiquement plus élevé. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée au niveau de la proportion de l'effectif des FC satisfait de son travail selon les catégories suivantes : sexe, âge, commandement, grade, tabagisme, consommation d'alcool ou consommation de drogues illicites.

Une fois standardisées selon l'effectif des FC de 2008, ces données indiquent que les répondants de 2008-2009 étaient statistiquement plus susceptibles de se déclarer satisfaits de leur travail, comparativement aux répondants de 2004.

Tableau 3.3: Proportion des membres des FC qui se sont déclarés satisfaits de leur travail dans le SSSV de 2004 et le SSSV de 2008-2009^θ

Sondage	Proportion (%) (IC à 95 %)		
	Hommes	Femmes	Dans l'ensemble
SSSV 2004	77,3 % (75,0-79,6 %)	78,3 % (75,7-81,0 %)	77,4 % (75,7-79,1 %)
SSSV 2008-9	80,9 % (78,4.-83,5 %)	77,2 % (47,2-80,2 %)	80,5 % (78,5-82,4 %)
Valeur <i>p</i>	<i>p</i> ≤ 0,02	n.s.	<i>p</i> = 0,008

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Rendement au travail

Un sous-ensemble de questions du questionnaire HPQ (Health and Work Performance) de l'Organisation mondiale de la santé a été utilisé pour évaluer le rendement au travail. Dans le SSSV de 2008-2009, les participants ont répondu à un sous-ensemble de questions du questionnaire HPQ pour mesurer le rendement en termes absolus (autoévaluation du rendement au travail selon une échelle de Likert en 10 points) et en termes relatifs (autoévaluation du rendement au travail par rapport aux autres).

Le score absolu est calculé sur 100; plus le score est élevé et plus le rendement au travail est bon. Dans le SSSV 2008-2009, les scores absolus allaient de 10 à 100, la moyenne étant de 80,4. Les répondants des FC dont l'état de santé était médiocre ont obtenu des scores absolus nettement plus bas que les répondants en bonne santé (*p* < 0,001); ce fut le cas également des répondants souffrant d'au moins une maladie chronique (*p* = 0,05) et des répondants ayant des habitudes de consommation d'alcool à risque élevé (*p* = 0,003). Il est intéressant de noter que les fumeurs ont obtenu des scores nettement plus élevés (*p* = 0,04) que les non-fumeurs. Aucune différence n'a été observée au niveau des scores absolus du rendement selon les catégories suivantes : âge, sexe, grade, commandement ou consommation de drogues illicites.

Le score relatif du rendement est le rapport entre le rendement au travail en général autodéclaré d'une personne et le rendement perçu des autres travailleurs occupant un poste semblable. Un score de un indique qu'une personne juge que son rendement au travail est égal à celui des autres; un score inférieur à un indique qu'elle juge que son rendement est inférieur à celui des autres et un score supérieur à un indique qu'elle juge que son rendement est supérieur à celui des autres qui occupent un poste semblable.

Les scores relatifs du rendement allaient de 0,10 à 9,00, la moyenne étant de 1,20. D'une manière générale, 61,1 % des répondants ont déclaré que leur rendement au travail était supérieur à celui des autres travailleurs occupant un poste semblable. Un rendement au travail équivalent a été signalé par 26,6 % des répondants; 12,3 % des répondants ont signalé un rendement moindre.

Comparativement au groupe le plus jeune (18-29 ans), les répondants plus âgés (50-64 ans) ont déclaré un rendement relatif au travail nettement moindre ($p = 0,01$). Aucune différence statistiquement significative au niveau du rendement relatif n'a été observée selon les catégories suivantes : sexe, grade et consommation de drogues illicites.

Le rendement global au travail autodéclaré est une mesure du rendement au travail ajoutée au SSSV 2008-2009. Les répondants ont été invités à évaluer leur rendement global au travail au cours des quatre dernières semaines à l'aide d'une échelle en 7 points pour indiquer si leur rendement dépassait celui des autres travailleurs, était dans la moyenne ou était plus bas que celui des autres travailleurs. D'une manière générale, 68,8 % des répondants ont déclaré que leur rendement global au travail dépassait celui des autres travailleurs qui occupaient un poste semblable, tandis que 27,8 % ont déclaré que leur rendement était dans la moyenne et que 3,4 % ont déclaré que leur rendement était plus bas. Les répondants des FC ayant signalé une santé passable ou mauvaise ont affiché un rendement nettement moindre comparativement aux répondants en meilleure santé ($p < 0,001$); ce fut le cas également des répondants ayant des habitudes de consommation d'alcool à risque élevé ($p = 0,01$) et que ceux ayant admis consommer des drogues illicites ($p = 0,03$). Aucune différence statistiquement significative n'a été observée au niveau du rendement global au travail autodéclaré selon le sexe, l'âge, le grade, le commandement des FC, la base, le nombre de maladies chroniques ou le tabagisme.

Cette mesure du rendement global au travail autodéclaré a donné des résultats comparables à ceux obtenus avec les mesures du rendement relatif au travail. Comme l'illustre le tableau 3.4, le questionnaire HPQ, lorsqu'il est utilisé pour calculer le rendement relatif, a permis d'identifier plus de trois fois plus de membres des FC ayant déclaré un rendement au travail plus bas que celui des autres travailleurs occupant un poste similaire.

Tableau 3.4: Comparaison de la mesure autodéclarée du rendement global au travail et du score du rendement relatif, SSSV 2008-2009

	Proportion (%) (IC à 95 %)		
	Rendement supérieur aux autres	Rendement dans la moyenne ou égal	Rendement inférieur aux autres
Rendement global brut au travail	68,8 % (65,3-72,0 %)	27,8 % (24,7-31,2 %)	3,4 % (2,4-4,7 %)
Rendement relatif	61,1 % (56,4-65,6 %)	26,6 % (22,6-30,9 %)	12,3 % (9,6-15,7 %)

On a observé des baisses statistiquement significatives aussi bien des scores du rendement relatif et du rendement absolu que du score du rendement au travail autodéclaré chez les répondants qui ont affirmé avoir une santé passable ou mauvaise. Les répondants qui ont signalé avoir des habitudes de consommation d'alcool à risque

élevé ont également obtenu des scores du rendement au travail généralement inférieurs, même si ce lien n'était pas statistiquement significatif dans toutes les mesures.

Afin de mieux cerner le rendement au travail, le SSSV 2008-2009 a recueilli de l'information sur le temps passé au travail. Les répondants ont été invités à décrire leur expérience au cours des quatre derniers mois dans certains domaines tels que la présence, la concentration et la qualité du travail (figure 3.3). La majorité des membres des FC ont indiqué qu'ils ne s'étaient pas présentés au travail avec au moins trente minutes de retard, qu'ils n'avaient pas été limités par des problèmes de santé, que la qualité de leur travail n'avait jamais été inférieure à celle exigée, que leur rendement était meilleur que celui de la plupart des travailleurs, qu'ils n'avaient pas quitté leur poste à l'avance et qu'ils ne s'étaient jamais trouvés à ne pas travailler alors qu'ils étaient censés travailler. En termes de rendement au travail, la majorité des répondants ont déclaré que leur rendement était meilleur que celui de la plupart des travailleurs, tout au moins à certains moments, tandis que seule une minorité de répondants ont déclaré que leur rendement était inférieur à celui de la plupart des travailleurs, tout au moins à certains moments.

Il est inquiétant de noter que plus de 20 % du personnel ne se concentrent pas suffisamment sur leur travail et que 14 % ne travaillent pas en faisant preuve de tout le soin nécessaire, tout au moins une partie du temps. Ces résultats indiquent un risque possible d'accidents au travail par manque d'attention.

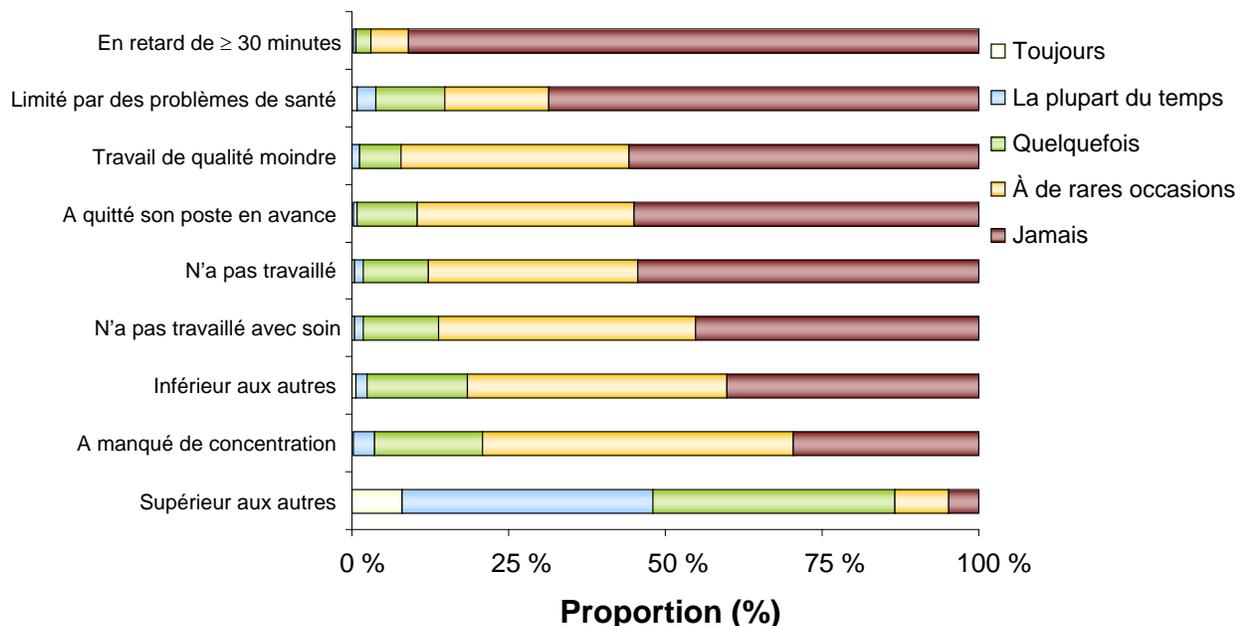


Figure 3.3: Indicateurs du rendement au travail déclaré par le personnel des FC, SSSV 2008-2009.

Accidents et blessures

Le service militaire comporte un risque inhérent de blessures et de décès (Burrell, Adams, Durand et Castro, 2006). Pourtant, de nombreux risques inutiles peuvent être réduits au minimum. Il existe une différence importante entre les accidents et les comportements dangereux au travail (Wallace et Vodanovic, 2003).

Tableau 3.3: Pourcentage des membres des FC ayant déclaré des accidents et des blessures en soulevant un objet lourd, selon le groupe d'âge, SSSV 2008-2009.

	Proportion dans le groupe d'âge (IC à 95 %)				Dans l'ensemble
	18-29	30-39	40-49	50-64	
Accident au travail	4,8 % (2,3-9,6 %)	5,3 % (3,3-8,5 %)	4,0 % (2,2-7,2 %)	1,1 % (0,3-4,0 %)	4,4 % (3,1-6,2 %)
Blessure en soulevant un objet lourd au cours des deux dernières années	13,0 % (7,2-18,8 %)	18,7 % (13,7-23,6 %)	22,3 % (17,8-26,9 %)	21,0 % (11,1-31,0 %)	18,6 % (15,8-21,4 %)
N'a jamais reçu de formation sur la manière sécuritaire de soulever des objets	56,8 % (33,8-77,2 %)	21,2 % (12,2-34,3 %)	22,2 % (13,9-33,5 %)	22,4 % (7,5-50,6 %)	29,0 % (21,6-37,8 %)

Des accidents sur le lieu de travail survenus au cours des 4 dernières semaines à l'origine de dommages, d'un retard au travail, d'une situation dangereuse qui a passé proche de causer des dommages ou d'un risque pour la sécurité ont été signalés par 4,4 % des membres des FC interrogés. Aucune différence statistiquement significative au niveau de ce pourcentage n'a été observée selon le sexe, l'âge, le commandement, le grade ou la base.

Parmi les membres des FC interrogés, 18,6 % ont signalé des blessures subies en soulevant un objet lourd au cours des deux dernières années. Les hommes étaient nettement plus susceptibles que les femmes et les MR nettement plus susceptibles que les officiers de déclarer une blessure. Aucune différence statistiquement significative au niveau de ce pourcentage n'a été observée selon l'âge, le commandement, ou la base.

Parmi ceux qui ont subi une blessure en soulevant un objet lourd au cours des deux dernières années, 42,4 % ont déclaré qu'ils avaient reçu une formation sur la manière sécuritaire de soulever les objets durant cette même période. Les MR étaient nettement plus susceptibles d'avoir reçu cette formation que les officiers. Aucune différence significative dans la proportion de membres qui ont reçu la formation sur la manière sécuritaire de soulever des objets n'a été observée selon le sexe, l'âge ou le

commandement des FC. Compte tenu de la rareté des blessures subies en soulevant des objets, il n'a pas été possible de stratifier l'analyse en fonction de la base.

Bien que des données récentes mettent en doute l'intérêt de recevoir une formation sur la manière sécuritaire de soulever des objets pour réduire le nombre de blessures au travail (Martimo, Verbeek, Karppinen et coll., 2008), plusieurs études importantes ont montré qu'une démarche d'ergonomie participative faisant appel à des groupes de travail (Moloughney, 2008) pourrait s'avérer utile.

Références

Burrell, L. M., Adams, G. A., Briley Durand, D., & Castro, C. A. (2006). The Impact of Military Lifestyle Demands on Well-Being, Army, and Family Outcomes. *Armed Forces & Society*, 33(1), 43-58. doi: 10.1177/0002764206288804

Cranny, C., Smith, P., & Stone, E. (1992). Job satisfaction: How people feel about their jobs and how it affects their performance. New York: Lexington Books.

Locke, E. A. (1976) The nature and causes of job satisfaction. In Dunette M (Ed.), *Handbook of industrial and organisational psychology* (pp 1297-1349). Chicago: Rand MsNally.

Kessler, R. C., Ames, M., Hymel, P. A., Loeppke, R., McKenas, D. K., Richling, D., Ustun, T. B. (2004). Using the WHO Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) to evaluate the indirect workplace costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(Suppl 6), S23-S37.

Martimo, K. P., Verbeek, J., Karppinen, J., Furlan, A. D., Takala, E. P., Kuijper, P. P. F. M., Viikari-Juntura, E. (2008). Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: systematic review. *British Medical Journal*, 336(7641), 429-431.

Moloughney, B.W. La prévention primaire des blessures accidentelles : revue systématique de la documentation, Direction –Protection de la santé de la Force, ministère de la Défense nationale, 2008.

Wallace, J. C. & Vodanovich, S. J. (2003). Workplace safety performance: Conscientiousness, cognitive failure, and their interaction. *Journal of Occupational Health Psychology*. 8(4), 316-327.



SONDAGE SUR LA SANTÉ ET LE STYLE DE VIE (SSSV) 2008-2009 RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE



CHAPITRE 4 ~ PROMOTION DE LA SANTÉ

La présente section du rapport traite de la connaissance des programmes de promotion de la santé offerts par les Forces canadiennes et de la participation à ces programmes.

Promotion de la santé au sein des Forces canadiennes

Énergiser les Forces, le programme de promotion de la santé des FC, a été conçu pour aider les membres des FC à prendre en main leur santé et leur bien-être en général et à les améliorer.

Un nombre nettement plus important de membres des FC a déclaré avoir entendu parler du programme Énergiser les Forces (figure 4.1). En 2008-2009, 56,1 % des membres des FC ont déclaré avoir entendu parler du programme Énergiser les Forces, comparativement à 36,8 % en 2004, après standardisation pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008. En 2008-2009, les hommes ont été nettement moins nombreux (54,6 %) que les femmes (66,5 %) à déclarer connaître le programme Énergiser les Forces (figure 4.1).

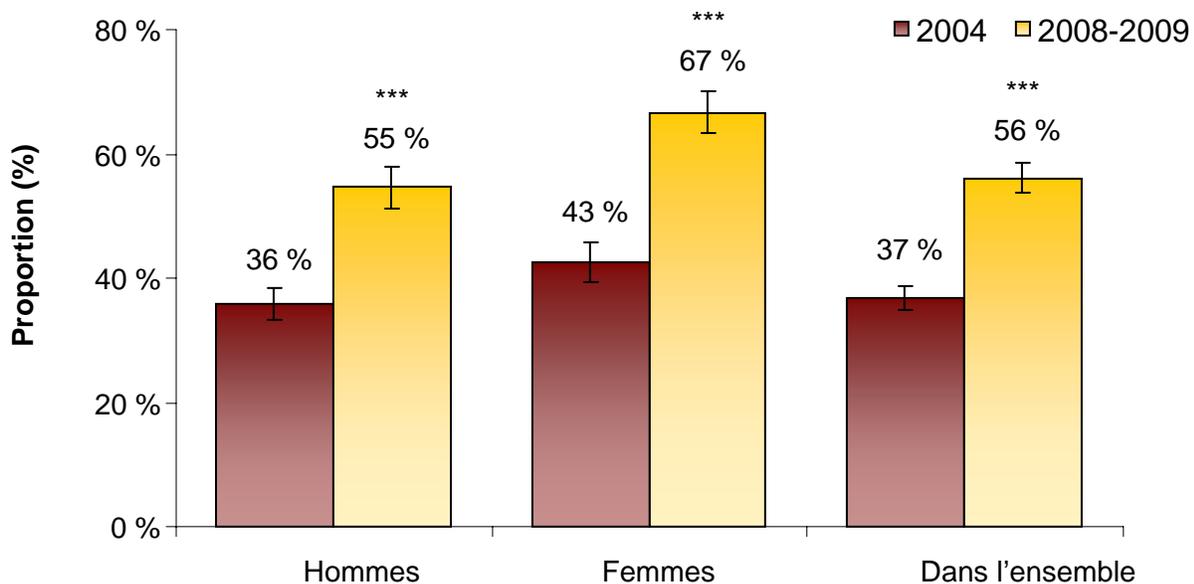


Figure 4.1: Proportion de personnes ayant entendu parler du programme Énergiser les Forces selon le sexe du répondant, SSSV 2004 et 2008-2009^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

*** $p \leq 0,001$ par rapport au groupe de référence.

En 2008-2009, il n'y a eu aucune différence selon le grade et le groupe d'âge parmi ceux qui avaient entendu parler du programme Énergiser les Forces. Toutefois, les membres de la Force aérienne étaient plus susceptibles de déclarer avoir entendu parler du programme Énergiser les Forces que les membres de l'Armée de terre, de la Marine ou d'autres commandements des FC (figure 4.2).

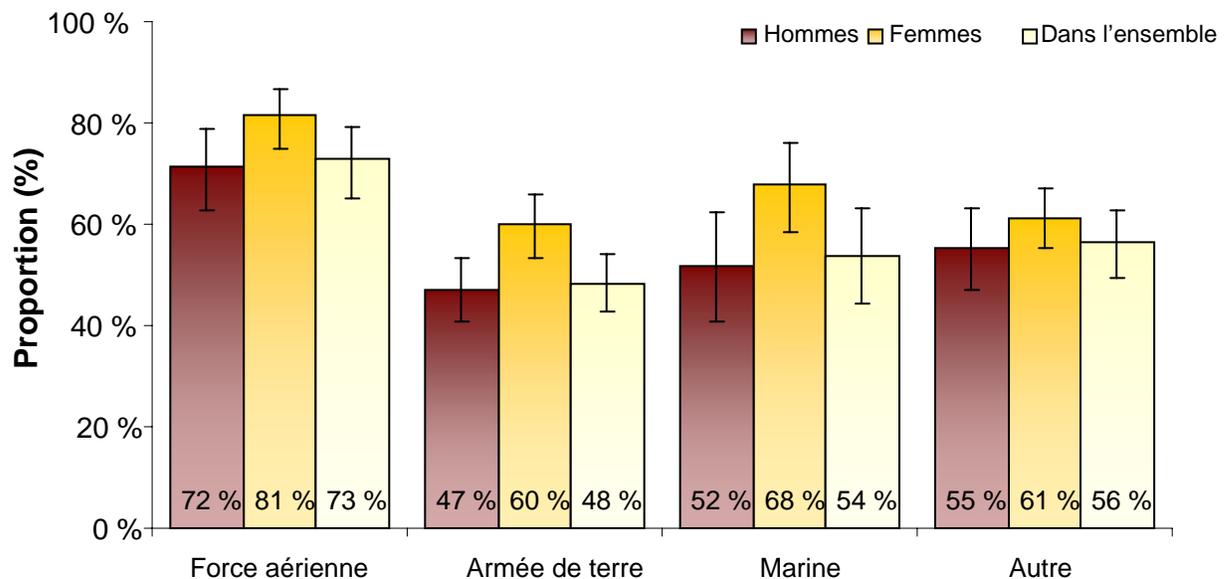


Figure 4.2: Proportion de personnes ayant entendu parler du programme Énergiser les Forces, selon le commandement des FC, SSSV 2008-2009^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Lorsque ceux qui avaient entendu parler du programme Énergiser les Forces ont été invités à indiquer, dans le sondage de 2008-2009, comment ils en avaient eu connaissance, la réponse la plus fréquente a été : « dépliants, brochures, affiches » (72,0 %). Venaient ensuite « journal de la base ou autre publication des FC » (39,5 %), « présentations et ateliers » (17,8 %), « CANFORGEN » (17,4 %), « bouche à oreille » (16,9 %) et « page Web » (16,8 %).

Programmes de promotion de la santé et séances d'éducation

Les membres des FC ont déclaré en 2008-2009 que les programmes de promotion de la santé ou d'éducation et de sensibilisation auxquels ils ont participé le plus souvent étaient le Programme de sensibilisation aux problèmes liés à l'alcool, aux autres drogues et au jeu excessif (9,8 %), la Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST) (8,6 %), Le stress : Ça se combat! (8,1 %), et Bouffe-santé pour un rendement assuré (7,4 %) (tableau 4.1). Les pourcentages de participants à chaque programme indiqués dans le tableau 4.1 devraient être interprétés avec prudence. Les données relatives à la participation à ces cours donnent à penser que ces chiffres sont trop élevés. Une explication possible : les membres des FC pourraient avoir confondu les sous-composantes d'un cours avec le programme en entier. À titre d'exemple, il

peut être question de la colère lors d'une formation sur les dépendances ou les relations, si bien que cette formation est confondue avec l'ensemble du cours Gérer les moments de colère.

Les membres des FC qui ont participé à ces programmes et ateliers de promotion de la santé ont été invités à évaluer dans quelle mesure le programme leur a permis d'améliorer leur propre santé ou leur a fourni des renseignements pour aider les autres. Comme l'illustre le tableau 4.1, environ les deux tiers ou plus des personnes qui ont participé à des programmes et à des ateliers de promotion de la santé les ont trouvés utiles (soit « assez utiles » ou « très utiles »). Dans le cas des quatre programmes ayant remporté le plus de succès, la proportion des membres des FC qui les a jugé utiles s'établit comme suit : Programme de sensibilisation aux problèmes liés à l'alcool, aux autres drogues et au jeu excessif (66,1 %), Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST) (83,3 %), Le stress : ça se combat! (76,2 %) et Bouffe-santé pour un rendement assuré (87,8 %).

Tableau 4.1: Participation aux initiatives de promotion de la santé et efficacité perçue, SSSV 2008-2009

Programme ou atelier de promotion de la santé parrainé par les FC	Proportion des membres des FC ayant pris part au programme (IC à 95 %)	Proportion des participants ayant trouvé le programme utile (IC à 95 %)
Programme de sensibilisation aux problèmes liés à l'alcool, aux autres drogues et au jeu excessif	9,8 % (7,2-13,1 %)	66,1 % (50,8-78,6 %)
Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST)	8,6 % (6,2-11,7 %)	83,3 % (72,0-90,7 %)
Le stress : Ça se combat!	8,1 % (5,8-11,2 %)	76,2 % (58,0-88,1 %)
Bouffe-santé pour un rendement assuré	7,4 % (5,1-10,5 %)	87,8 % (72,6-95,1 %)
Séances de sensibilisation sur le stress	6,1 % (4,2-8,6 %)	72,6 % (53,4-86,0 %)
Écrasez-la	5,6 % (3,7-8,3 %)	74,2 % (54,1-87,5 %)
Séances de sensibilisation sur la violence familiale	5,3 % (3,6-7,7 %)	70,8 % (53,8-83,5 %)
Gérer les moments de colère	5,2 % (3,4-7,8 %)	63,7 % (41,0-81,6 %)
Programme du poids santé	4,8 % (3,0-7,5 %)	89,5 % (79,7-94,0 %)
Prévention des blessures	3,9 % (2,4-6,3 %)	82,4 % (61,0-93,3 %)
Cours préparatoire sur les relations	2,9 % (1,5-5,4 %)	78,1 % (52,3-92,0 %)†
Autres programmes de perte de poids	2,7 % (1,6-4,7 %)	84,2 % (68,4-92,9 %)
Autres programmes d'abandon du tabac	2,1 % (1,0-4,5 %)	89,9 % (70,1-97,1 %)†

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Campagnes de promotion de la santé

Dans le sondage de 2008-2009, les répondants devaient indiquer s'ils avaient connaissance de quatre campagnes récentes du programme « Énergiser les Forces ». D'une manière générale, c'est le défi « Le 1^{er} mars, j'arrête! » qui a rejoint le plus efficacement les membres des FC, puisque 57,5 % d'entre eux ont indiqué avoir eu connaissance de la campagne (tableau 4.2). Les quatre campagnes ont augmenté le niveau de connaissances du problème visé chez environ la moitié de ceux qui avaient eu connaissance de la campagne. Plus de 60 % de ceux qui avaient eu connaissance de chacune des campagnes ont déclaré que la campagne avait amélioré leur

connaissance des ressources en cas de besoin. Plus de la moitié des répondants ont trouvé que la campagne « Visez juste – Mangez santé » (dans le sondage : « Gardez un œil sur la bouffe-santé ») les avait aidés à apporter les changements nécessaires pour améliorer leur santé.

Tableau 4.2: Proportion des membres des FC ayant eu connaissance des campagnes « Énergiser les Forces », SSSV 2008-2009

Campagne Énergiser les Forces	Membres des FC au courant de la campagne (IC à 95 %)	Proportion des membres des FC au courant de l'existence de la campagne ayant déclaré que celle-ci...		
		a amélioré leur connaissance du problème (IC à 95 %)	a amélioré leur connaissance des ressources (IC à 95 %)	les a aidés à apporter les changements nécessaires pour améliorer leur santé (IC à 95 %)
Défi « Le 1 ^{er} mars, j'arrête! »	57,5 % (53,8-61,2)	47,2 % (42,3-52,3)	61,1 % (55,9-66,1)	41,8 % (32,2-52,0)
Programme de sensibilisation aux problèmes d'alcool et de drogues	33,9 % (30,8-37,2)	58,2 % (51,8-64,2)	62,0 % (55,5-68,1)	20,2 % (12,3-31,4)
Luttez contre la violence familiale	22,4 % (19,6-25,4)	56,5 % (48,4-64,3)	65,3 % (57,2-72,6)	32,7 % (18,3-51,2)
Gardez un œil sur la bouffe-santé (Visez juste – Mangez santé »)	12,6 % (10,6-15,0)	60,7 % (50,0-70,4)	66,8 % (55,7-76,3)	57,2 % (42,5-70,8)

Le Programme du poids santé vise à aider les participants à adopter de saines habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique pour atteindre et maintenir un poids santé. D'une manière générale, un plus grand nombre de personnes obèses a pris part aux programmes liés à la perte de poids au cours des 12 mois précédant le sondage (tableau 4.3).

Tableau 4.3: Efficacité des programmes de promotion de la santé liés à la perte de poids destinés aux membres des FC obèses et non obèses, SSSV 2008-2009

Programme ou campagne	Normal / Excès de poids (IMC < 30) (IC à 95 %)	Obèse (IMC ≥ 30) (IC à 95 %)
A participé au programme du poids santé au cours des 12 derniers mois	3,8 % (2,1-6,9 %)	8,0 % (4,0 -15,5 %)
<i>Si oui</i> , l'a trouvé utile pour apporter les changements nécessaires pour améliorer sa propre santé ou pour obtenir des renseignements lui permettant d'aider d'autres personnes	91,4 % (77,9-97,0 %)	87,7 % (69,9-95,6 %) †
A participé à un autre programme visant à perdre du poids au cours des 12 derniers mois	2,1 % (0,9-4,6 %)	4,8 % (2,3-9,9 %)
<i>Si oui</i> , l'a trouvé utile pour apporter les changements nécessaires pour améliorer sa propre santé ou pour obtenir des renseignements lui permettant d'aider d'autres personnes	91,6 % (66,9-98,3 %) †	77,4 % (49,0-92,4 %) †

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient ne pas être stables; interpréter avec prudence.

Il est impossible de déterminer l'impact des programmes liés à la perte de poids sur la prévalence de l'obésité à partir des données transversales de ce sondage. Il est possible que les personnes qui ont bénéficié des différents programmes aient réduit leur excès de poids au point de se classer parmi les non-obèses dans le cadre de cette étude; des études longitudinales et des études d'évaluation de la promotion de la santé seront réalisées pour confirmer ces résultats.

Croyances et intentions relatives aux comportements en matière de santé

Cette section du rapport décrit les convictions et les intentions des membres des FC se rapportant à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être.

Les membres des FC devaient indiquer s'ils pensaient que le fait de changer certaines de leurs habitudes de vie améliorerait leur santé et leur bien-être. Ceux qui ont indiqué qu'ils pensaient qu'une mesure spécifique améliorerait leur santé ont ensuite été invités à préciser s'ils avaient l'intention d'apporter ce changement d'ici un an.

Comme l'illustre la figure 4.3, plus de la moitié des membres des FC pensaient que le fait de faire plus d'exercice, d'améliorer leur alimentation et de perdre du poids améliorerait leur état de santé et leur bien-être en général, et plus de 90 % d'entre eux avaient l'intention d'apporter ces modifications à leur comportement au cours de l'année suivante.

Il est à noter que, pour certaines de ces croyances et intentions, les réponses sont directement à l'image du comportement sous-jacent lié à la santé. À titre d'exemple, le pourcentage (21 %) des membres des FC qui pensaient que le fait de moins fumer ou de cesser de fumer améliorerait leur santé ou leur bien-être coïncide avec celui (21 %) des membres des FC qui ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion.

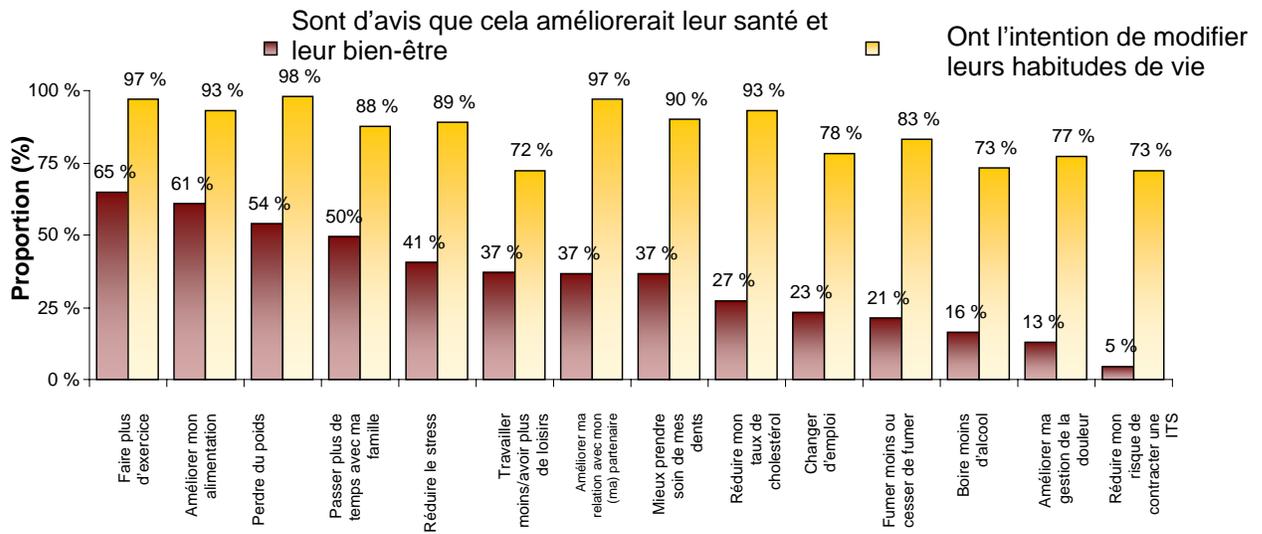


Figure 4.3: Changements comportementaux visant à améliorer la santé et le bien-être, SSSV 2008-2009

ITS : Infections transmissibles sexuellement

Il est important d'identifier les personnes qui s'adonnent à des comportements nocifs pour la santé (par exemple, l'utilisation de produits de nicotine ou une consommation excessive d'alcool) et qui pensent que le fait de changer ces comportements améliorerait leur état de santé. Il en est de même pour les personnes qui ont l'intention de changer leur comportement dans un futur proche. Ces personnes pourraient être ciblées par les programmes visant à favoriser les changements de comportement nécessaires.

Parmi les 21 % des membres des FC qui ont déclaré penser que le fait de fumer moins ou de cesser de fumer améliorerait leur santé et leur bien-être (voir la figure 4.3), 78,3 % fumaient tous les jours, 10,1 % fumaient à l'occasion et 11,6 % ne fumaient pas du tout. Ce dernier groupe a probablement mal interprété la question et l'a prise à tort pour une question hypothétique.

Parmi ceux qui ont déclaré fumer tous les jours, 90,0 % pensaient que le fait de fumer moins ou de cesser de fumer améliorerait leur santé et leur bien-être. La majorité de ces personnes (85,1 %) avaient l'intention de fumer moins ou de cesser de fumer d'ici un an (tableau 4.4).

Les personnes qui fumaient tous les jours étaient plus susceptibles que celles qui fumaient à l'occasion de penser que la réduction de leur consommation de tabac ou l'abandon du tabac améliorerait leur santé, mais leur intention d'apporter ce changement n'était pas très différente de celle des personnes qui fumaient à l'occasion.

Tableau 4.4: Fumer moins ou cesser de fumer pour améliorer la santé et le bien-être, SSSV 2008-2009

Ceux qui ont fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie et qui fument actuellement...	Proportion de répondants qui pensent que fumer moins ou cesser de fumer améliorerait leur santé et leur bien-être (IC à 95 %)	Répondants qui pensent que fumer moins ou cesser de fumer améliorerait leur santé et qui ont l'intention d'apporter ce changement d'ici un an (IC à 95 %)
Tous les jours	90,0 % (83,0-94,3 %)	85,1 % (76,5-91,0 %)
À l'occasion	43,8 % (27,2-61,9 %)	94,1 % (70,5-99,1 %)

Parmi ceux qui ont l'habitude de s'enivrer au point que cela devient dangereux ou nocif (d'après les scores seuils précis selon le sexe calculés au moyen de l'échelle AUDIT [Alcohol Use Disorders Identification Test]), 43,0 % des répondants pensaient que le fait de boire moins d'alcool améliorerait leur santé et leur bien-être et 70,3 % d'entre eux avaient l'intention d'apporter ce changement d'ici un an (tableau 4.5).

Tableau 4.5: Boire moins d'alcool pour améliorer la santé et le bien-être, SSSV 2008-2009

Classification selon le score sur l'échelle AUDIT	Proportion des répondants qui pensent que le fait de boire moins d'alcool améliorerait leur santé et leur bien-être (IC à 95 %)	Répondants qui pensent que le fait de boire moins d'alcool améliorerait leur santé et qui ont l'intention d'apporter ce changement d'ici un an (IC à 95 %)
Consommation d'alcool dangereuse ou nocive	43,0 % (34,3-52,2 %)	70,3 % (55,4-81,8 %)
Consommation d'alcool non dangereuse	10,2 % (7,7-13,3 %)	77,6 % (63,9-87,2 %)

Les personnes qui affichent une consommation d'alcool dangereuse ou nocive sont plus susceptibles que les autres de penser que le fait de boire moins d'alcool améliorerait leur santé, mais leur intention d'apporter ce changement ne diffère pas de celle observée chez ceux dont la consommation d'alcool n'est ni dangereuse, ni nocive.

Les hommes et les femmes ont des croyances différentes au sujet des changements qui amélioreraient leur santé. La figure 4.4 montre les comportements qui diffèrent entre les hommes et les femmes; les comportements non illustrés dans la figure ne différaient pas de manière significative selon le sexe. Les femmes étaient nettement plus susceptibles que les hommes de penser que le fait de perdre du poids et de réduire leur niveau de stress ou d'apprendre à mieux gérer le stress améliorerait leur santé. Les hommes étaient nettement plus susceptibles que les femmes de penser que le fait de prendre mieux soin de leurs dents et de leurs gencives, de réduire leur taux de cholestérol, de boire moins d'alcool et de modifier leur comportement sexuel pour réduire le risque de contracter des infections transmissibles sexuellement améliorerait leur santé. Il est à noter que dans le cas de la consommation d'alcool, on sait que les hommes qui

servent dans les FC consomment des quantités d'alcool plus importantes que les membres des FC de sexe féminin. Il est donc logique que les hommes soient plus susceptibles de vouloir réduire leur consommation d'alcool, puisqu'ils en consomment davantage.

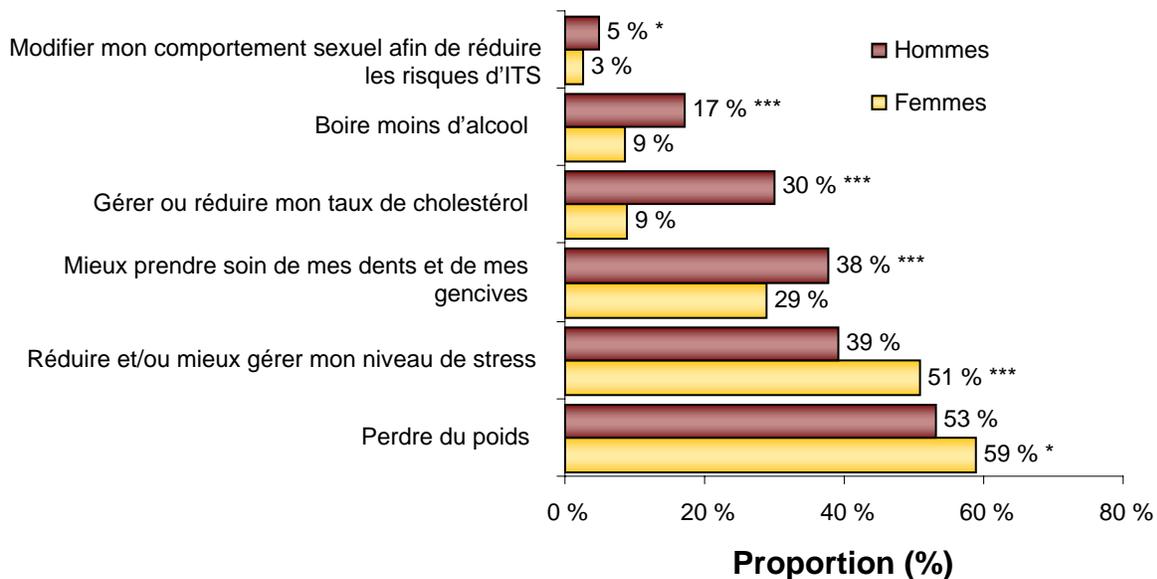


Figure 4.4: Changements comportementaux qui amélioreraient la santé et le bien-être chez les hommes et les femmes, SSSV 2008-2009

* $p < 0,05$ par rapport au groupe de référence; *** $p < 0,001$ par rapport au groupe de référence.



SONDAGE SUR LA SANTÉ ET LE STYLE DE VIE (SSSV) 2008-2009 RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE



CHAPITRE 5 ~ SANTÉ DES FEMMES DANS LES FORCES CANADIENNES

Cette section du rapport décrit divers problèmes de santé propres aux femmes qui servent dans les Forces canadiennes.

Grossesse dans les Forces canadiennes

Le nombre de grossesses dans les Forces canadiennes n'a pas sensiblement changé depuis 2004. Après standardisation pour l'âge en fonction de l'effectif féminin des FC de 2008, 4,7 % des femmes ont déclaré être enceintes au moment de la réalisation du sondage 2008-2009, alors que 2,3 % avaient déclaré l'être au moment de la réalisation du sondage de 2004.

La vaste majorité des femmes enceintes dans les FC sont mariées ou vivent en union de fait. En 2008-2009, 81,0 % des femmes ont déclaré être mariées ou conjointes de fait et 19,0 % ont déclaré être célibataires. Aucune femme enceinte n'a déclaré être divorcée, séparée ou veuve.

Dépistage du cancer du col utérin

Les recommandations canadiennes actuelles relatives au dépistage du cancer du col utérin varient d'une province à l'autre mais, d'une manière générale, les femmes sexuellement actives ou qui sont âgées de 21 ans ou plus devraient se soumettre à un test Pap au moins une fois tous les trois ans jusqu'à l'âge de 70 ans. Un dépistage tous les six mois peut parfois s'avérer nécessaire en fonction des facteurs de risque de la patiente et des résultats de ses tests Pap antérieurs (McLachlin et coll., 2005).

Presque toutes les femmes qui servent dans les FC ont subi au moins un test Pap au cours de leur vie. Après standardisation en fonction de l'effectif des FC de 2008, aucun changement n'a été observé au niveau de la proportion de femmes qui ont déclaré avoir subi au moins un test Pap au cours de leur vie. En 2008-2009, 97,5 % des répondantes ont déclaré avoir subi un test Pap au cours de leur vie, comparativement à 96,1 % en 2004. Dans la population canadienne générale de 2007, 88,9 % des femmes âgées de 18 à 59 ans avaient subi au moins un test Pap au cours de leur vie (Statistique Canada, 2008).

Parmi les femmes qui servent dans les FC et qui ont subi au moins un test Pap au cours de leur vie, le temps écoulé depuis le dernier test Pas n'a pas changé sensiblement depuis 2004 (tableau 5.1). La vaste majorité d'entre elles (95,4 % en 2008-2009 et 93,6 % en 2004) avaient subi leur dernier test Pap au cours des trois dernières années, tel que recommandé. Dans la population canadienne générale, 87,2 % des femmes âgées entre 18 et 59 ans ayant subi au moins un test Pap dans leur vie se sont soumises à leur dernier test au cours des trois dernières années, tel que recommandé (Statistique Canada, 2008).

Tableau 5.1: Temps écoulé depuis le dernier test Pap, SSSV 2004 et 2008-2009^θ

	Proportion en % (IC à 95 %)		
	Moins de 1 an	Entre 1 et 3 ans	Plus de 3 ans
SSSV 2004	67,8 % (64,7-70,9 %)	25,8 % (22,9-28,8 %)	6,4 % (4,8-8,0 %)
SSSV 2008-2009	69,0 % (65,6-72,4 %)	26,4 % (23,1-29,6 %)	4,6 % (3,1-6,2 %)

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008

Le temps écoulé depuis le dernier test Pap varie considérablement en fonction du groupe d'âge. Comme le montre la figure 5.1, les femmes plus âgées qui servent dans les FC étaient plus susceptibles de déclarer avoir subi leur dernier test Pap il y a plus de trois ans que les femmes plus jeunes. Une tendance semblable est également observée dans la population générale, où les femmes plus âgées ne se soumettent pas régulièrement à ce test de dépistage (Kaida, 2008).

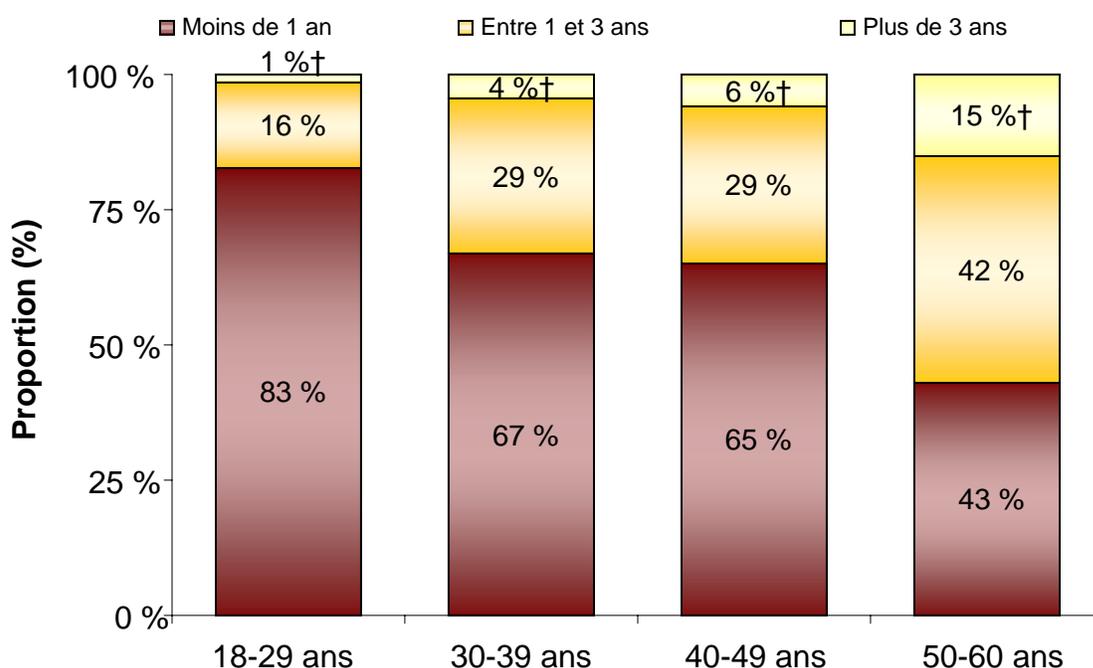


Figure 5.1: Temps écoulé depuis le dernier test Pap selon le groupe d'âge, SSSV 2008-2009^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Raisons pour lesquelles les répondantes n'ont pas subi un test de dépistage

Les femmes qui servent dans les FC et qui n'ont pas subi un test Pap visant à dépister le cancer du col utérin au cours des trois années précédant le sondage (4,6 % des femmes qui servent dans les FC) ont été invitées à choisir dans une liste toutes les raisons pour lesquelles elles ne l'ont pas

fait. Près de la moitié des femmes qui n'ont pas subi le test au cours des trois dernières années ne l'ont pas fait parce qu'elles « ne s'en sont pas occupées » (tableau 5.2).

Les répondantes de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007 se sont vues poser une question similaire concernant les raisons pour lesquelles elles n'ont pas subi de test Pap. Les trois raisons les plus citées par les répondantes âgées de 18 à 59 ans sont les suivantes : « La répondante ne pensait pas que c'était nécessaire » (32,6 %), « La répondante ne s'en est pas occupée » (27 %) et « Le médecin croyait que ce n'était pas nécessaire » (15,7 %).

Tableau 5.2: Raisons pour lesquelles les répondantes n'ont pas subi de test Pap au cours des trois dernières années, SSSV 2008-2009

Raisons de ne pas avoir subi le test de dépistage	Proportion en % (IC à 95 %)
Ne s'en est pas occupé	49,6 % (35,8-63,4 %)
N'a jamais été sexuellement active	22,7 % (12,8-37,0 %)
Le médecin croyait que ce n'était pas nécessaire	17,3 % (9,2-30,0 %)
Ne semblait pas nécessaire	14,6 % (7,8-25,5 %)
A subi une hystérectomie	14,3 % (6,9-27,4 %)
N'était pas offert dans l'examen de santé	10,5 % (4,1-24,2 %)
Autre	9,7 % (3,9-21,9 %)
Déteste le test ou le trouve désagréable	9,1 % (4,1-19,3 %)
Trop souvent en déploiement ou en formation	8,2 % (2,8-21,8 %)
Le service n'était pas disponible au moment opportun	6,8 % (2,5-17,2 %)
Crainte (p. ex., de la douleur, de la gêne, qu'on découvre un problème)	6,5 % (1,9-19,9 %)

Nota : Les raisons qui suivent n'ont pas été incluses parce que les estimations étaient inférieures à 2 % : responsabilités personnelles ou familiales, attente trop longue, ne savait pas où aller et problème de langue.

Selon toute apparence, la raison le plus souvent invoquée de ne pas avoir subi un test Pap (« Ne m'en suis pas occupée ») semble rendre compte d'une incongruité entre l'importance de l'examen médical et le temps dont dispose la répondante, si bien que tout effort visant à augmenter la fréquence des tests Pap de manière à se conformer aux recommandations provinciales et fédérales devrait reposer sur un système de rappel pour faire en sorte que les membres féminins des FC trouvent le temps de se soumettre à ce test de dépistage important.

Toutefois, si la tendance à répondre « Ne m'en suis pas occupée » est liée à une crainte du test Pap ou au fait de le trouver désagréable, le personnel médical se trouve confronté à un double défi, celui d'accroître la conformité aux examens cliniques tout en combattant les préjugés entourant le test Pap.

Quoi qu'il en soit, les autres raisons invoquées le plus souvent de ne pas avoir subi le test indiquent qu'il serait bon d'accorder une importance prioritaire au dépistage systématique dans le cadre des soins de santé prodigués au sein des FC.

Incontinence urinaire

On a demandé aux femmes d'indiquer si l'incontinence urinaire était un problème pour elles au moment du sondage. En 2008-2009, 12,3 % des femmes ont révélé que l'incontinence urinaire était présentement un problème pour elles.

Comme le montre le tableau 5.3, les femmes plus âgées sont plus susceptibles de présenter des problèmes liés à l'incontinence urinaire que les femmes plus jeunes. Entre 50 et 60 ans, environ une femme sur cinq présente des problèmes liés à l'incontinence urinaire, tandis que moins d'une femme sur 30 a ce genre de problèmes entre 18 et 29 ans. L'incontinence urinaire peut limiter l'activité physique. L'ampleur de ce problème sera examinée dans les sondages ultérieurs.

Tableau 5.3: Incontinence urinaire chez les femmes qui servent dans les FC par groupe d'âge, SSSV 2008-2009

	Proportion des femmes qui servent dans les FC en % (IC à 95 %)			
	18-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-60 ans
Incontinence urinaire	3,1 %† (1,3-7,5 %)	11,3 % (7,9-15,8 %)	18,9 % (14,6-24,1 %)	19,7 %† (12,4-29,9 %)

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Références

Kaida A, Colman I, Janssen PA. Recent Pap test among Canadian women. 2008;17(7);1175-81.

McLachlin CM, Mai V, Murphy J, Fung Kee Fung M, Chambers A. Cervical screening: A clinical practice guideline. 20 mai 2005 [cité le 28 mai 2010]. Sur Internet : http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc_cervical_screen.pdf

Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2008 (Composante annuelle) et 2007-2008 : spécifications des variables dérivées (VD): fichiers maître et partagé et le fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD), Ottawa, Canada, Statistique Canada, 2008.



RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE

CHAPITRE 6 ~ SERVICES DE SANTÉ

Les données sur les services de santé sont utiles pour déterminer les secteurs du système de santé qui se sont améliorés au fil du temps et ceux qui ont besoin de l'être. Le présent chapitre décrit les services de santé utilisés par les membres des Forces canadiennes (FC) en fonction de la satisfaction des patients, de la continuité, de la disponibilité et de la qualité des soins et de leur accessibilité ainsi que de la fréquence des examens médicaux.

Dans le Sondage sur la santé et le style de vie (SSSV) 2008-2009, on a ajouté des questions sur les soins spécialisés, les soins courants ou continus et les infections transmissibles sexuellement. Dans la mesure du possible, on a présenté les comparaisons entre les résultats du SSSV de 2004 et les statistiques sur la population canadienne.

Veillez prendre note que les sondages sur la satisfaction des patients ont été menés dans tous les établissements médicaux des FC au pays. Les sondages sur la satisfaction des patients qui ont été menés dans certaines bases révèlent des taux de satisfaction plus élevés que ceux observés chez les répondants du SSSV.

Utilisation des services de santé et satisfaction des patients

En 2008 et 2009, la plupart (76,4 %) des membres de la Force régulière se sont présentés dans un établissement médical des FC pour recevoir des soins médicaux au cours de la période de 12 mois précédant leur participation au sondage. Bien qu'elle ait été plus faible, la proportion de répondants ayant demandé à recevoir des soins n'a pas changé considérablement depuis 2004 (78,1 %). La proportion d'homme et de femmes qui ont demandé des soins entre 2004 et 2008-2009 n'a également pas changé de façon marquée (tableau 6.1). Indépendamment de l'année du sondage, les femmes étaient beaucoup plus enclines que les hommes à avoir recours aux services médicaux dans un établissement médical des FC.

Tableau 6.1: Utilisation des services de santé des FC selon le sexe et l'année du sondage⁰

Année du sondage	% d'hommes (IC à 95 %)	% de femmes (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
2004	76,6 % (74,3-78,9 %)	88,4 % (86,3-90,4 %)	$p \leq 0,001$
2008-2009	74,5 % (71,6-77,3 %)	89,3 % (87,0-91,5 %)	$p \leq 0,001$

⁰ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Il existait une différence significative quant à l'utilisation des services de santé selon le déploiement outre-mer au cours des deux dernières années : 70,8 % des militaires qui avaient été déployés outre-mer au cours des deux dernières années ont demandé à recevoir des soins médicaux des FC au cours des 12 derniers, alors que 78,3 % de ceux

qui n'avaient pas été déployés outre-mer ont demandé des soins. Par conséquent, les militaires qui n'avaient pas été déployés outre-mer durant les deux dernières années ont eu recours aux services médicaux des FC plus souvent au cours de ces 12 derniers mois que ceux qui avaient été déployés. Cette différence pourrait être attribuable au fait que les militaires en déploiement doivent généralement être en bon état de santé afin de satisfaire aux exigences du déploiement.

Les variations de l'utilisation des services de santé selon la base peuvent indiquer des différences sur le plan de l'accessibilité aux services de santé des FC ou du besoin de recevoir ces services. Les répondants de l'Unité de soutien des Forces canadiennes (USFC) Ottawa/QGDN (83,2 %) étaient beaucoup plus susceptibles de demander des soins de santé que ceux de la base d'Halifax (67,2 %) et de la base d'Esquimalt (62,6 %). On n'a noté aucune différence quant à l'utilisation des services de santé entre les bases d'Ottawa, d'Edmonton, de Gagetown, de Petawawa, de Valcartier et de Trenton.

On n'a également constaté aucune différence statistiquement significative en ce qui concerne la demande de soins dans un établissement médical des FC selon le groupe d'âge, le grade et le commandement des FC.

Lorsque les membres des FC se sont rendus dans un établissement médical des FC, le praticien qu'ils ont le plus souvent consulté était un médecin, puis, en second lieu, un(e) adjoint(e) au médecin et, finalement, un(e) infirmier(ère) praticien(ne). Cette tendance n'a pas changé depuis 2004 (tableau 6.2). La proportion de membres des FC qui ont consulté un physiothérapeute entre 2004 et 2008-2009 a nettement augmentée. Durant la même période, on a fait état d'un nombre nettement moins élevé de consultations auprès d'un technicien médical ou d'un autre type de praticien.

Tableau 6.2: Type de professionnel(le) de la santé consulté dans les cliniques de santé des FC selon l'année du sondage^θ

Type de professionnel(le) de la santé	% en 2004 (IC à 95 %)	% en 2008-2009 (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Médecin	57,9 % (55,8-59,9 %)	58,3 % (55,8-60,7 %)	n.s.
Adjoint(e) au médecin	17,0 % (15,4-18,5 %)	18,2 % (16,3-20,1 %)	n.s.
Infirmier(ère) praticien(ne)	13,3 % (11,9-14,7 %)	14,0 % (12,3-15,7 %)	n.s.
Physiothérapeute	0,9 % (0,5-1,3 %)	5,6 % (4,4-6,7 %)	$p \leq 0,001$
Autre	5,7 % (4,7-6,7 %)	3,2 % (2,3-4,1 %)	$p \leq 0,001$
Technicien(ne) médical(e)	3,5 % (2,8-4,3 %)	1,8 % (1,1-2,4 %) †	$p \leq 0,001$
Ne sais pas	0,8 % (0,5-1,2 %)	0,6 % (0,2-1,0 %) †	n.s.

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Parmi les aspects des soins qui influencent la satisfaction des patients, il y a la perception qu'ont ces derniers de l'attention accordée par le fournisseur de soins de santé, à toutes les questions de santé dont ils voulaient lui parler pendant le rendez-vous. On a demandé aux répondants qui avaient indiqué avoir reçu des soins dans un établissement médical des FC s'ils estimaient que le praticien avait abordé toutes les questions de santé dont ils voulaient lui parler pendant le rendez-vous.

Le tableau 6.3 montre que, en 2008-2009, la plupart des militaires ont déclaré que leur praticien avait abordé toutes les questions de santé dont ils voulaient lui parler. La proportion de personnes ayant indiqué qu'un professionnel de la santé avait abordé toutes les questions de santé qui les préoccupaient a considérablement augmenté depuis 2004, ce qui porte à croire que la satisfaction des patients à l'égard des soins de santé s'est accrue. En ce qui concerne la question de savoir si le professionnel de la santé a abordé, pendant le rendez-vous, toutes les questions de santé qui préoccupaient les patients, on n'a observé aucune différence statistiquement significative selon le sexe, le grade, l'âge, le déploiement au cours des deux dernières années et la base.

Tableau 6.3: Satisfaction à l'égard du professionnel de la santé et du délai d'envoi des résultats d'examen selon l'année du sondage^θ

Élément	% en 2004 (IC à 95 %)	% en 2008-2009 (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Questions de santé abordées pendant le rendez-vous	83,7 % (82,0-85,4 %)	87,8 % (86,0-89,6 %)	<i>p</i> = 0,001
Résultats d'examen reçus dans les délais prévus	76,4 % (74,4-78,4 %)	84,6 % (82,3-86,9 %)	<i>p</i> ≤ 0,001

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

La proportion de patients ayant passé un examen ou subi une intervention qui ont reçu leurs résultats dans le délai prévu s'est également accrue de façon marquée depuis 2004. En ce qui concerne l'envoi des résultats d'examens médicaux dans un délai approprié, on n'a remarqué aucune différence significative selon l'âge, le grade, le commandement et le déploiement du répondant.

L'analyse du point de vue des patients des huit plus grosses bases en ce qui concerne la tendance à recevoir les résultats d'examen dans un délai approprié a révélé que les patients de la base des Forces canadiennes (BFC) Gagetown (61,3 %) recevaient leurs résultats d'examen dans le délai prévu moins souvent que les patients de l'USFC Ottawa/QGDN (85,6 %), alors que les patients de la BFC Valcartier (94,1 %) recevaient leurs résultats d'examen dans le délai prévu plus souvent que les patients de l'USFC Ottawa/QGDN.

Continuité des soins

L'un des objectifs de l'Initiative de renouvellement des soins primaires (IRSP) consistait à améliorer la continuité des soins aux patients. La continuité des soins a été mesurée en questionnant tous les répondants sur l'importance qu'ils accordaient au fait de consulter le même praticien ou le même groupe de praticiens chaque fois qu'ils devaient recevoir des soins médicaux ou de suivi ainsi que sur le nombre de fois qu'ils avaient consulté le même personnel médical lors des consultations médicales ou de suivi.

Une telle question peut ne pas être un indicateur fiable de la continuité des soins, puisque l'IRSP visait à s'assurer que les membres des FC reçoivent des soins à la même Unité de prestation de soins de santé (UPSS) à chaque visite et non pas qu'ils consultent le même praticien.

La figure 6.1 montre que la majorité des membres des FC estimaient qu'il était très important qu'ils consultent le même praticien ou le même groupe de praticiens chaque fois qu'ils devaient recevoir des soins médicaux. Un nombre nettement inférieur de répondants (55,8 %) étaient de cet avis en 2008-2009 par rapport à 2004 (61,7 %).

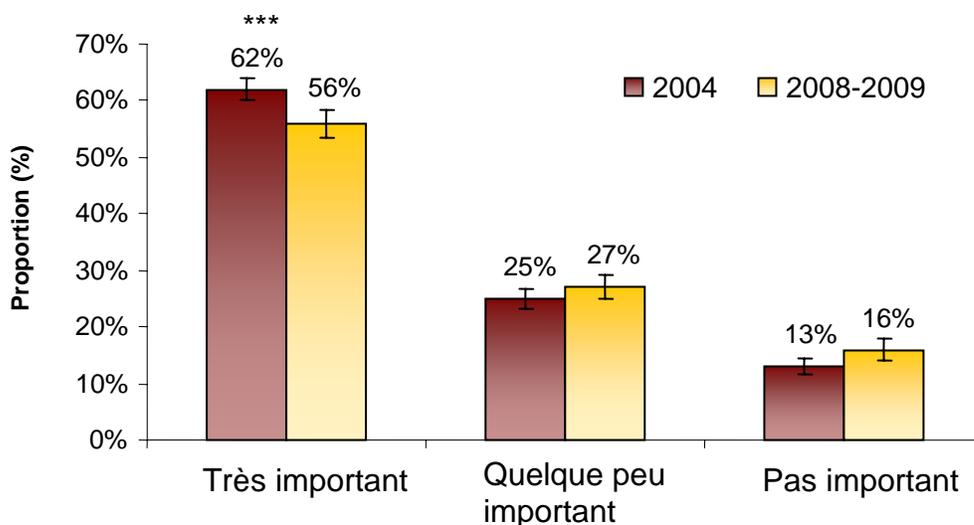


Figure 6.1: Importance de consulter le même praticien ou le même groupe de praticiens à chaque visite^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

*** $p \leq 0,001$ par rapport au groupe de référence.

Une telle diminution pourrait s'expliquer par l'intégration relativement récente des soins en collaboration dans les cliniques de santé des FC. Cette approche interdisciplinaire des soins aux patients, laquelle permet aux patients d'être examinés par plus d'un type de professionnel de la santé, pourrait être liée en partie aux résultats prometteurs de l'adoption d'un modèle de prestation des soins en équipe.

Les femmes, les membres âgés des FC et les militaires du rang (MR) étaient plus enclins à déclarer qu'il était très important de consulter le même praticien ou le même groupe de praticiens (tableau 6.4). Le personnel de la Force aérienne avait beaucoup moins tendance à être de cet avis que le personnel de l'Armée de terre. Le déploiement outre-mer d'un militaire au cours des deux dernières années n'était pas lié à l'importance qu'il accordait au besoin de toujours consulter le même praticien ou le même groupe de praticiens.

En 2008-2009, 21,7 % des militaires ont déclaré qu'ils avaient « à chaque fois » consulté le même personnel médical, alors que 61,9 % des militaires ont indiqué que cela avait été « quelques fois » le cas et que 16,4 % des militaires ont répondu que cela n'avait « jamais » été le cas. On n'a relevé aucune différence statistiquement significative dans les estimations standardisées pour l'âge et le sexe qui portaient sur la fréquence des consultations auprès du même personnel médical entre 2004 et 2008-2009.

Tableau 6.4: Pourcentage de répondants ayant déclaré qu'il était « très important » de consulter le même praticien ou le même groupe de praticiens à chaque visite selon le sexe, le groupe d'âge, le grade et le commandement des FC

Variable	Catégorie	% (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	53,8 % (50,5-57,1 %)	$p \leq 0,001$
	Femme	69,4 % (66,1-72,8 %)	
Groupe d'âge	18 à 29	42,2 % (34,4-50,5 %)	Réf.
	30 à 39	55,2 % (48,9-61,3 %)	$p = 0,02$
	40 à 49	65,6 % (60,4-70,5 %)	$p \leq 0,001$
	50 à 60	69,0 % (57,4-78,6 %)	$p \leq 0,001$
Grade	MR	58,8 % (54,4-63,1 %)	$p \leq 0,001$
	Officier	47,9 % (43,7-52,1 %)	
Commandement des FC	Armée de terre	58,2 % (52,4-63,8 %)	Réf.
	Force aérienne	45,2 % (37,5-53,1 %)	$p \leq 0,01$
	Marine	53,6 % (44,0-62,9 %)	n.s.
	Autre	65,1 % (58,3-71,4 %)	n.s.

Les femmes (33,7 %) ont « à chaque fois » consulté le même personnel médical plus souvent que les hommes (19,9 %) (figure 6.2). De ce fait, une proportion nettement inférieure de femmes (56,2 %) que d'hommes (62,8 %) ont déclaré avoir « quelques fois » consulté les mêmes professionnels de la santé.

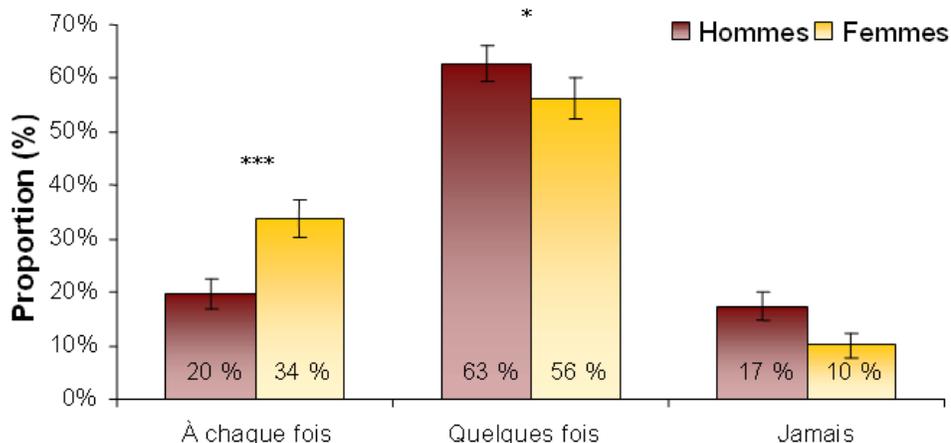


Figure 6.2: Fréquence des consultations auprès du même praticien pour recevoir des soins médicaux selon le sexe des répondants, SSSV 2008-2009

* $p \leq 0,05$ par rapport au groupe de référence; *** $p \leq 0,001$ par rapport au groupe de référence

La tendance à consulter le même personnel médical à chaque visite à une clinique de santé des FC augmentait avec l'âge. Les militaires de 18 à 29 ans (18,3 %) étaient moins susceptibles de toujours consulter le même professionnel de la santé que ceux de 50 à 60 ans (35,7 %). Ceux appartenant au groupe d'âge le plus jeune (24,6 %) étaient également plus enclins à déclarer qu'ils n'avaient jamais consulté le même praticien à chaque visite comparativement à ceux du groupe d'âge des 40 à 50 ans (10,9 %) et des 50 à 60 ans (8,0 %). En ce qui concerne la question de savoir si les membres des FC ont consulté le même personnel médical à chaque visite, on n'a observé aucune différence importante entre les MR et les officiers, les différents commandements des FC et les militaires ayant été ou non déployés outre-mer au cours des deux dernières années.

Heures d'ouverture des cliniques des FC

La satisfaction à l'égard des heures d'ouverture des cliniques de santé est un aspect important de l'accessibilité aux soins de santé. Dans le SSSV 2008-2009, cet aspect a été mesuré en demandant aux répondants si les heures d'ouverture des cliniques de santé des FC leur convenaient. Une grande majorité (85,5 %) de répondants considéraient que c'était le cas. Ce pourcentage a augmenté de façon marquée depuis 2004 (82,3 %; $p = 0,003$). En ce qui concerne la question de savoir si les heures d'ouverture des cliniques de santé convenaient aux membres des FC, on n'a noté aucune différence significative selon le sexe, l'âge, le grade, le commandement des FC et le déploiement. On a demandé aux 14,5 % des membres des FC ayant déclaré que les heures d'ouverture des cliniques ne leur convenaient pas d'indiquer leurs préférences quant aux heures d'ouverture (figure 6.3). Les réponses les plus fréquentes étaient, dans un ordre décroissant, les fins de semaine (52,8 %), durant la soirée (50,4 %) et tôt le matin (24,9 %). Certains membres des FC préféraient que les cliniques soient toujours ouvertes (6,5 %), alors que 4,6 % souhaitaient qu'elles soient ouvertes durant les heures de travail. Une proportion plus petite de répondants ont indiqué qu'ils préféreraient que la parade des malades soit possible en tout temps (2,6 %).

En ce qui concerne les préférences des répondants quant aux heures d'ouverture des cliniques, on n'a relevé aucune différence statistiquement significative entre le SSSV de 2004 et celui de 2008-2009. Si on prend en considération le temps écoulé entre le SSSV de 2004 et celui de 2008-2009, cette observation semble être plutôt constante.

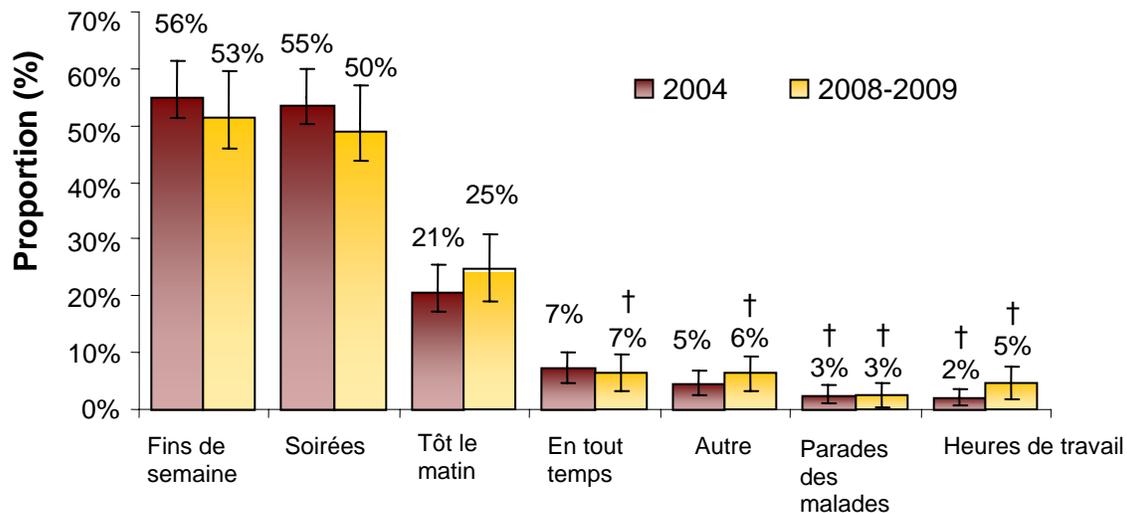


Figure 6.3: Préférences quant aux heures d'ouverture des cliniques de santé des FC, SSSV de 2004 et de 2008-2009^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

[†] Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Une vaste majorité des membres des FC ont indiqué que les heures d'ouverture des cliniques de santé des FC leur convenaient; cependant, environ 15 % auraient préféré des heures d'ouverture différentes. Si les heures d'ouverture devaient être prolongées, les périodes qui conviendraient le mieux au personnel des FC seraient les fins de semaine et les soirées.

Services de santé pour les problèmes de santé à long terme, mais non urgents

Le temps d'attente pour d'obtenir un rendez-vous en raison d'un problème de santé à long terme, mais non urgent (comme une consultation pour le suivi de la tension artérielle) est un autre indicateur important de l'accessibilité au système de soins de santé et de la qualité de celui-ci. On a demandé aux répondants d'indiquer le temps qu'ils avaient dû attendre en moyenne avant d'obtenir un rendez-vous avec les services de santé des FC pour ce genre de problèmes de santé (figure 6.4).

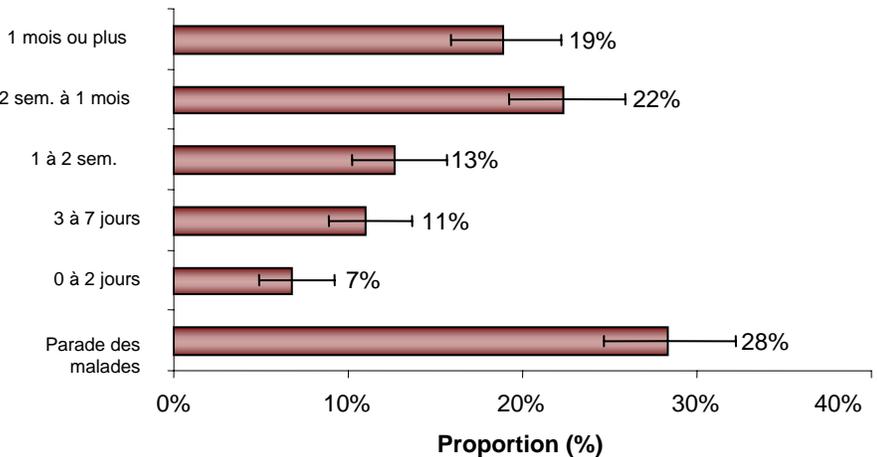


Figure 6.4: Temps d'attente autodéclarés pour obtenir un rendez-vous avec les services de santé des FC en raison d'un problème de santé à long terme, mais non urgent

Il était courant pour le personnel des FC d'aller à la parade des malades (28,3 %) plutôt que d'attendre d'obtenir un rendez-vous pour un problème de santé à long terme. Par ordre de fréquence décroissant, le temps que les militaires ont dû attendre avant d'obtenir un rendez-vous pour un problème de santé à long terme était de deux semaines à un mois (22,4 %) et de un mois ou plus (18,9 %).

Au total, 54 % des membres de la Force régulière des FC devaient attendre plus de sept jours avant d'obtenir un rendez-vous pour recevoir des soins courants ou continus. Parmi les membres de la population civile canadienne ayant besoin de soins courants ou continus, 31 % ont attendu plus de sept jours avant d'obtenir un rendez-vous pour recevoir ce genre de soins (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2009). Il importe toutefois de souligner qu'une comparaison directe entre ces deux mesures des services de santé n'est pas recommandée, étant donné les différences dans les structures de population sous-jacentes, les variations géographiques et la prévalence des états comorbides dans la population.

La figure 6.5 montre qu'un peu moins de la moitié (42,9 %) des membres des FC étaient très satisfaits ou satisfaits du délai d'attente pour recevoir des soins courants, continus ou non urgents, tandis que 31,2 % avaient une opinion neutre et que 25,9 % étaient insatisfaits ou très insatisfaits.

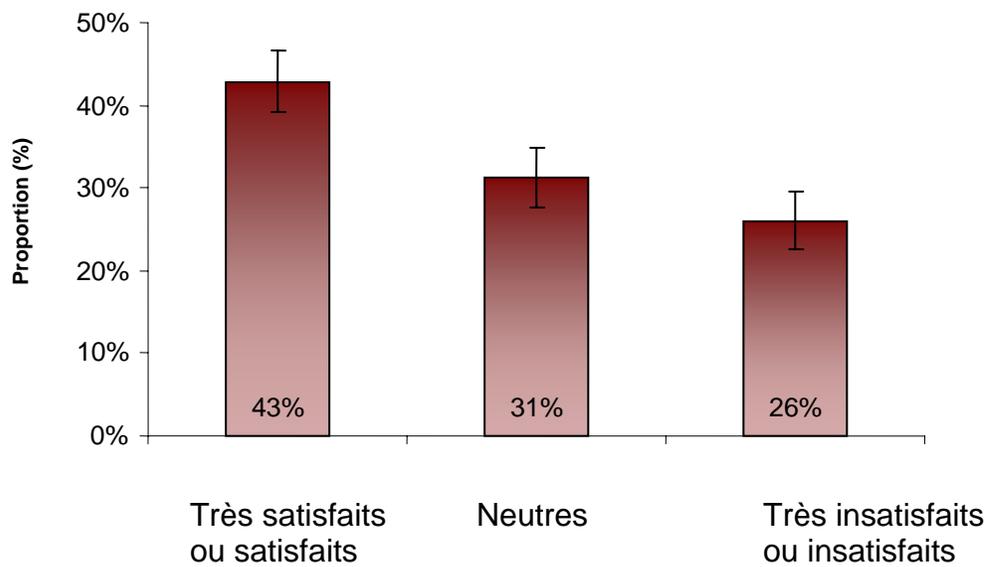


Figure 6.5: Satisfaction à l'égard du temps d'attente pour recevoir des soins courants, continus et non urgents par les services de santé des FC

On a demandé aux répondants leur opinion quant au temps d'attente maximal raisonnable pour obtenir un rendez-vous en raison d'un problème de santé à long terme, mais non urgent (figure 6.6).

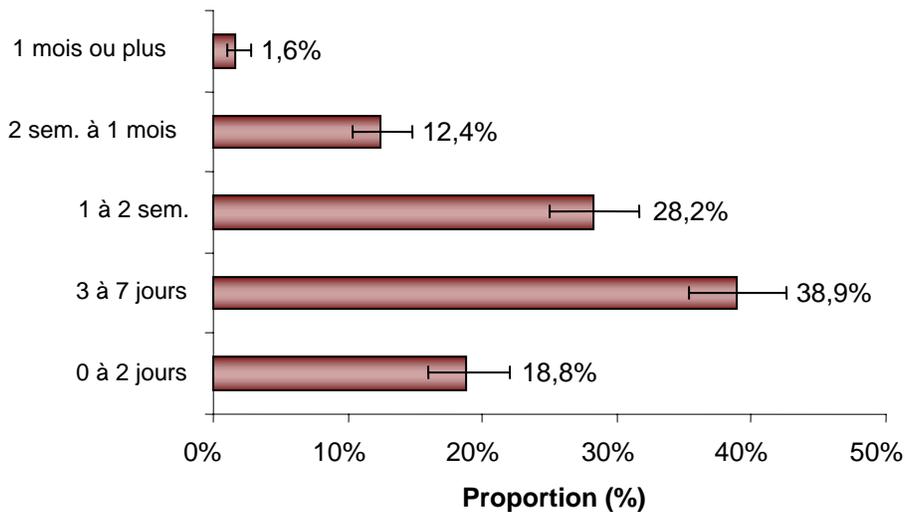


Figure 6.6: Temps d'attente maximal raisonnable pour recevoir des soins courants, continus ou non urgents par les services de santé des FC

La plupart des membres des FC (85,9 %) préféreraient que le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous en raison d'un problème de santé à long terme mais non urgent n'excède pas deux semaines. Cependant, 41 % ont indiqué dans le SSSV 2008-2009 que,

en réalité, ils avaient attendu plus de deux semaines. Par conséquent, une large proportion de membres des FC ont indiqué qu'ils avaient attendu longtemps avant de recevoir des soins de santé et qu'ils n'étaient pas satisfaits de ce délai.

Connaissances au sujet des services de santé

Presque tous les membres des FC (93,8 %) savaient où s'adresser s'ils avaient besoin de soins médicaux urgents. Cette proportion n'a pas beaucoup changé depuis 2004. En ce qui concerne la question de savoir où s'adresser en cas de besoin de soins médicaux urgents, on n'a constaté aucune différence notable selon le sexe des répondants.

Cependant, seulement le tiers (34,4 %) des membres des FC connaissaient l'existence du service téléphonique d'assistance santé des FC; ce pourcentage n'avait également pas changé de façon marquée depuis 2004. En 2008-2009, on n'a noté aucune différence significative entre la proportion d'hommes (33,4 %) et de femmes (39,3 %) qui connaissaient l'existence de ce service.

En 2008-2009, 28,3 % des militaires savaient qu'il existait un site Web intranet qui offrait des renseignements sur les services médicaux des FC; de ce nombre, 35,5 % avaient visité le site. La proportion de militaires qui étaient informés de l'existence du site Web n'a pas changé de façon substantielle depuis 2004 (24,5 %); on a toutefois constaté une augmentation statistiquement significative du pourcentage de répondants qui avaient visité le site depuis 2004 (20,9 %). Les femmes (54,1 %) avaient plus tendance que les hommes (32,8 %) à avoir visité le site Web sur les services de santé des FC.

Qualité et disponibilité des soins

Dans le SSSV 2008-2009, on a sondé pour la première fois l'opinion des patients en ce qui concerne la qualité et la disponibilité des services de santé offerts au sein de leur base et dans les FC en général. Dans l'ensemble, les répondants ont indiqué que, la plupart du temps, la qualité et la disponibilité des services de santé étaient « bonnes » (figures 6.7 et 6.8).

Plus de la moitié (67,3 %) des répondants ont déclaré que la qualité des services de santé offerts dans les FC était excellente (13,5 %) ou bonne (53,8 %), alors que 26,5 % ont répondu qu'elle était raisonnable et que 6,6 % ont mentionné qu'elle était faible. On a observé la même tendance en ce qui a trait aux évaluations de la qualité des services de santé offerts au sein de la base, de l'unité ou de la formation du répondant : 18,2 %, 52,4 %, 23,1 % et 6,4 % des militaires ont indiqué, respectivement, que la qualité des services de santé offerts était excellente, bonne, raisonnable ou faible.

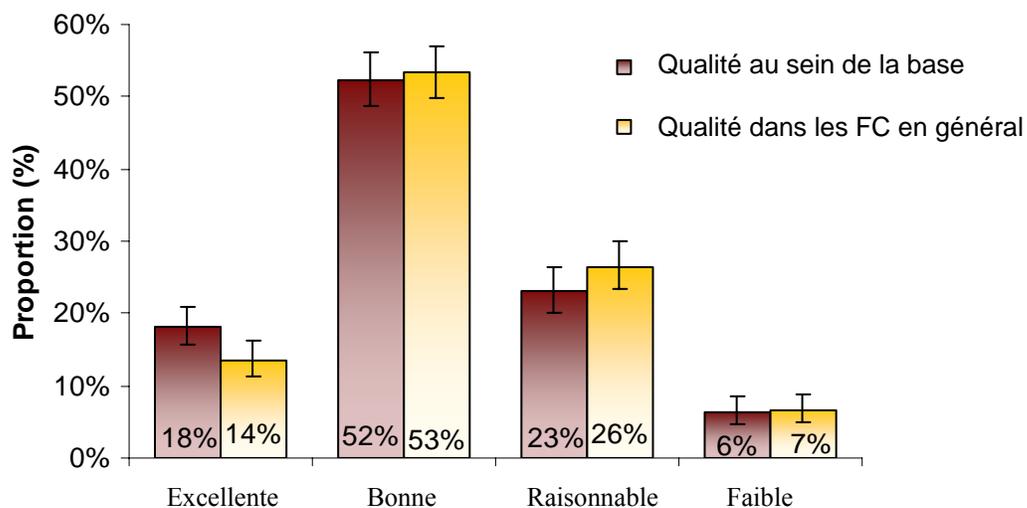


Figure 6.7: Évaluations de la qualité des services de santé offerts au sein de la base, de l'unité ou de la formation actuelle du répondant et dans les FC en général, SSSV 2008-2009

La disponibilité des services de santé fait référence à l'existence de ces services et à leur accessibilité pour les patients et est généralement liée au temps d'attente. De tous les militaires, 13,1 % ont évalué la disponibilité des services de santé dans les FC comme étant excellente, alors que 51,7 % considéraient qu'elle était bonne, que 27,4 % jugeaient qu'elle était raisonnable et que 7,8 % estimaient qu'elle était faible. De même, plus des deux tiers (66,6 %) des répondants considéraient que la disponibilité des services de santé offerts au sein de leur base actuelle était excellente ou bonne, tandis qu'un tiers des répondants (33,4 %) ont indiqué qu'elle était raisonnable ou faible.

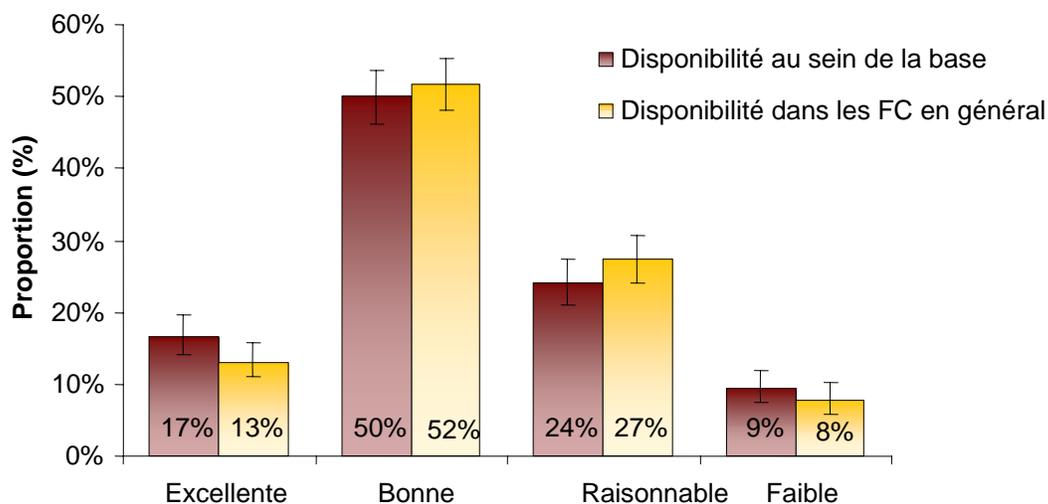


Figure 6.8: Évaluations de la disponibilité des services de santé offerts au sein de la base, de l'unité ou de la formation actuelle du répondant et dans les FC en général, SSSV 2008-2009

Consultations auprès de spécialistes médicaux

L'accès aux spécialistes des soins de santé est un facteur important de la prestation d'une gamme complète de soins de qualité. Le délai entre le moment où un médecin oriente un patient vers un spécialiste médical et la date du rendez-vous avec ce spécialiste constitue l'un des indicateurs courants de l'accès aux services de santé. D'autres mesures de l'accès à ces services incluent la satisfaction de chaque patient et les obstacles perçus à l'obtention des soins spécialisés.

Dans le SSSV 2008-2009, un spécialiste médical était défini comme un fournisseur de soins de santé tel qu'un psychiatre, un chirurgien, un cardiologue ou un urologue. Un peu moins de la moitié (45,4 %) des membres des FC ont eu besoin de rendre visite à un spécialiste médical pour un diagnostic ou une consultation au cours des 12 mois précédant leur participation au sondage. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé que celui de la population canadienne ayant déclaré avoir rendu visite à un spécialiste en 2005 (27 %) (Nabalamba, 2007).

On a remarqué des différences significatives en ce qui concerne le besoin de soins spécialisés selon le sexe et le groupe d'âge (tableau 6.5). Comme dans la population civile, les femmes au sein des FC (59,9 %) étaient plus susceptibles d'avoir besoin de consulter un spécialiste que les hommes (43,2 %) (Carrière, 2010). La tendance à avoir besoin de soins spécialisés augmentait également avec l'âge, les taux les plus bas de consultation auprès d'un spécialiste ayant été notés chez les 18 à 29 ans (35,1 %) et les taux les plus élevés ayant été observés chez les 50 à 60 ans (62,1 %).

En ce qui concerne le besoin de consulter un spécialiste médical, on n'a constaté aucune différence significative entre les MR et les officiers, le commandement des FC, le fait d'avoir ou non été déployé outre-mer au cours des deux années précédentes et la base ou l'escadre du répondant.

Tableau 6.5: Consultation auprès d'un spécialiste médical au cours des 12 derniers mois selon le sexe et le groupe d'âge, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Fréquence (%)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	43,2 % (41,9-49,1 %)	$p \leq 0,001$
	Femme	59,9 % (56,4-63,3 %)	
Groupe d'âge	18 à 29	35,1 % (27,4-43,6 %)	Réf.
	30 à 39	46,5 % (40,2-52,8 %)	$p = 0,03$
	40 à 49	49,3 % (43,9-54,7 %)	$p = 0,006$
	50 à 60	62,1 % (50,5-72,5 %)	$p \leq 0,001$

Les obstacles à l'obtention de services spécialisés peuvent révéler des limitations structurelles, opérationnelles ou géographiques aux soins. Parmi les répondants (45,5 %) ayant indiqué qu'ils avaient reçu des soins spécialisés au cours des 12 derniers mois, 25,0 % ont fait état d'obstacles majeurs. En comparaison, le pourcentage de personnes au Nouveau-Brunswick, en 2007, qui ont eu besoin de soins spécialisés et qui ont éprouvé des difficultés à les obtenir était de 28,4 % (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 4.1 – Fichier de microdonnées à grande diffusion [FMGD]). On n'a relevé aucune différence notable quant aux obstacles à l'obtention des soins spécialisés selon le sexe, l'âge, le grade, le commandement, le déploiement outre-mer au cours des deux dernières années et la base du répondant.

On a demandé aux répondants quel était le type de difficultés qu'ils avaient éprouvé à obtenir des soins spécialisés (figure 6.9). L'obstacle à l'obtention des soins spécialisés le plus souvent mentionné était le délai trop long entre le moment où le médecin a orienté le patient vers un spécialiste médical et la date du rendez-vous avec ce spécialiste (54,8 %). La population canadienne a également fait fréquemment mention de cet obstacle en 2005; en fait, 68 % de la population avait de la difficulté à recevoir des soins spécialisés en raison du temps d'attente trop long avant d'obtenir un rendez-vous (Statistique Canada, 2005). La difficulté à obtenir un rendez-vous avec le spécialiste (49,3 %) et la difficulté à être orienté par un fournisseur de soins primaires (34,5 %) venaient au deuxième et au troisième rang des obstacles les plus fréquemment déclarés par les membres des FC. Au Canada, en 2005, le deuxième obstacle le plus fréquent à l'obtention des soins spécialisés était la difficulté à obtenir un rendez-vous (Statistique Canada, 2005). De tels résultats portent à croire que le personnel des FC et la population canadienne font face à des obstacles semblables en ce qui a trait à l'obtention de soins spécialisés.

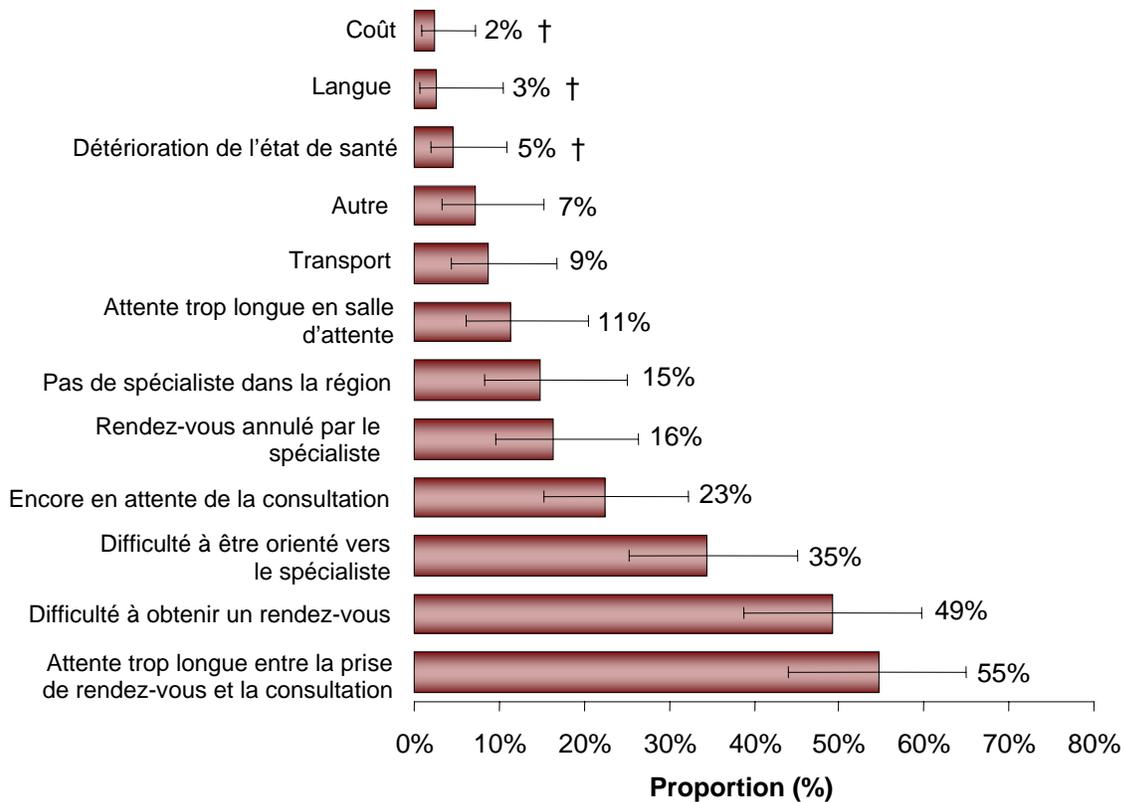


Figure 6.9: Obstacles à l'obtention de soins spécialisés par l'intermédiaire des services de santé des FC, SSSV 2008-2009

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Remarque : Les obstacles pour lesquels les estimations étaient inférieures à 1 % ne sont pas indiqués et incluent les responsabilités personnelles et familiales.

Un peu plus de la moitié (51 %) des militaires ont attendu moins d'un mois pour recevoir des soins spécialisés, alors que 34 % ont attendu de un à trois mois et que 16 % ont attendu plus de trois mois (figure 6.10). En 2007, 46 % des patients civils qui avaient besoin de consulter un spécialiste ont attendu moins d'un mois, 40 % ont attendu de un à trois mois et 14 % ont attendu plus de trois mois (Carrière, 2010). Le temps d'attente pour recevoir des soins spécialisés dans les FC et la population canadienne semble similaire, la seule différence étant qu'un pourcentage légèrement plus élevé de membres des FC obtiennent leur rendez-vous dans le mois suivant la date de l'orientation.

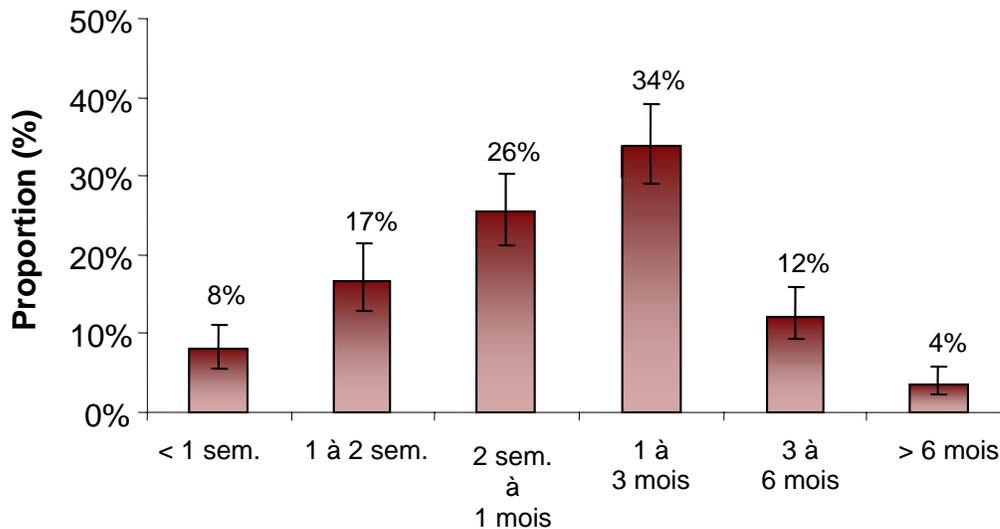


Figure 6.10: Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous pour un diagnostic ou une consultation avec un spécialiste médical par l'intermédiaire des services de santé des FC, SSSV 2008-2009

La satisfaction à l'égard du temps d'attente pour consulter un spécialiste est indiquée dans la figure 6.11. Un peu plus de la moitié des répondants (53 %) étaient satisfaits ou très satisfaits du temps d'attente. Cependant, près du quart des membres des FC se disaient insatisfaits ou très insatisfaits du temps qu'ils avaient dû attendre pour obtenir leur rendez-vous.

Il est à noter que, bien que certains spécialistes cliniciens exercent au sein des FC, les membres des FC doivent avoir recours au système de soins de santé de la province ou du territoire où ils se trouvent pour recevoir la plupart des soins spécialisés. Ni le ministère de la Défense nationale (MDN) ni les FC ne contrôlent la disponibilité de ces services spécialisés dans l'ensemble du pays.

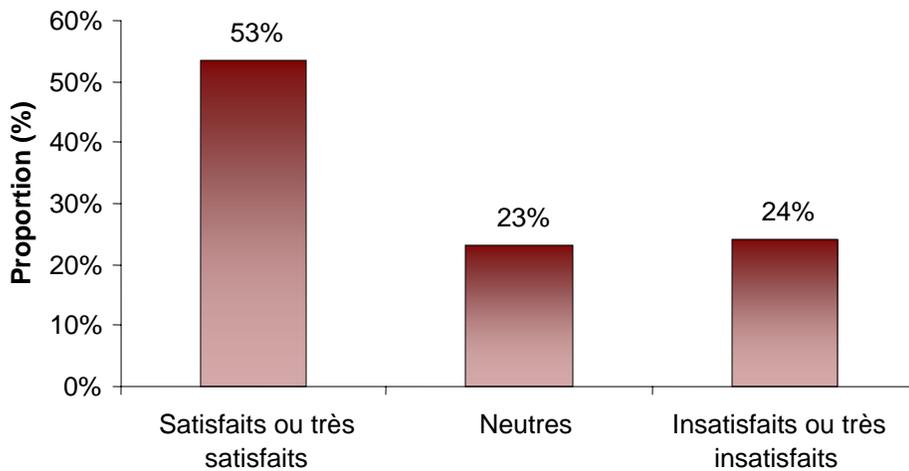


Figure 6.11: Satisfaction à l'égard du temps d'attente pour consulter un spécialiste médical par l'intermédiaire des services de santé des FC, SSSV 2008-2009

On a aussi demandé aux répondants quel serait le temps d'attente maximal raisonnable pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste par l'intermédiaire des services de santé des FC. Un délai de deux semaines à un mois a été le plus fréquemment mentionné comme temps d'attente maximal raisonnable (42 %) (figure 6.12). Environ 50 % des répondants qui devaient consulter un spécialiste médical au cours des 12 derniers mois ont dû attendre de un à six mois pour obtenir un rendez-vous; cependant, seulement 22 % estimaient qu'un tel délai constituait un temps d'attente raisonnable pour obtenir des soins spécialisés.

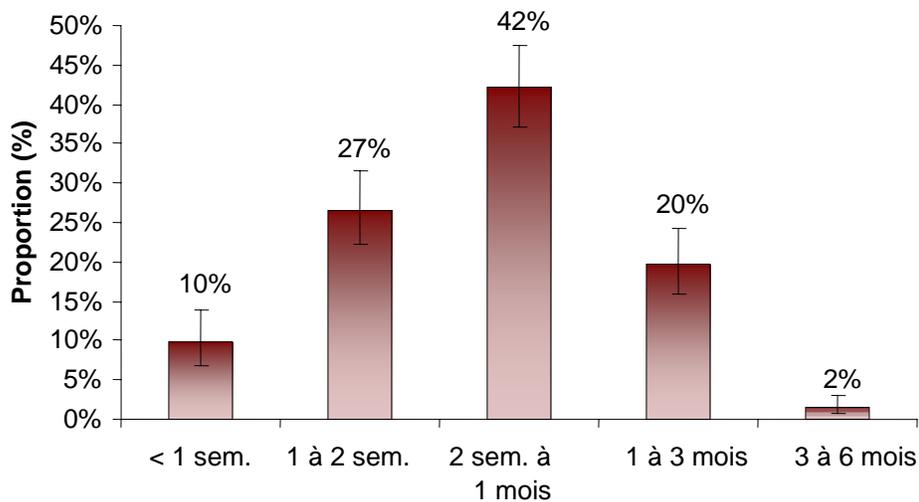


Figure 6.12: Temps d'attente maximal raisonnable pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste médical des services de santé des FC, SSSV 2008-2009

Recours au système civil de soins de santé

On a demandé aux répondants s'ils avaient consulté à leurs propres frais un médecin civil au cours des 12 derniers mois (exception faite des fois où ils avaient été dirigés par une clinique de santé des FC et des fois où ils avaient eu besoin de soins médicaux après les heures de travail). Dans l'ensemble, 7,6 % des répondants avaient consulté un médecin civil en 2008-2009. Cette estimation ne diffère pas tellement de celle faite en 2004. En ce qui concerne la question du recours au système civil de soins de santé, on n'a également constaté aucune différence importante dans le SSSV 2008-2009 selon le sexe, le groupe d'âge, le grade, les antécédents de déploiement au cours des deux dernières années, le commandement des FC ou la base du répondant.

Les différentes raisons mentionnées par les membres des FC qui ont consulté un praticien civil pour recevoir des soins de santé sont présentées dans le tableau 6.6.

Les estimations de 2004 et de 2008-2009 montrent que, parmi les 7,6 % des membres des FC qui ont consulté un médecin civil au cours des 12 derniers mois, une personne sur cinq considérait que le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous par l'intermédiaire des services de santé des FC était un facteur déterminant.

Moins de un membre sur dix a déclaré, dans le SSSV 2008-2009, qu'il avait consulté un médecin civil parce qu'il croyait que les soins prodigués par les services de santé des FC seraient inadéquats. Un plus petit nombre de personnes ont indiqué qu'elles avaient consulté un médecin civil afin de recevoir des soins pour des raisons liées à la confidentialité et au souci de conserver son emploi.

Le tableau 6.7 montre le pourcentage de l'échantillon total de membres des FC qui se sont rendus dans divers établissements de santé civils pour recevoir des soins la fin de semaine ou après les heures de travail. Environ 19,5 % des membres des FC ont déclaré s'être rendus dans un type quelconque d'établissement de santé civil pour y recevoir des soins. La « salle d'urgence » était la réponse la plus fréquemment choisie, suivie de la « clinique civile sans rendez-vous ». Un plus petit nombre de personnes ont reçu des soins la fin de semaine ou après les heures de travail dans le « bureau d'un médecin de famille » (1,8 %) ou ont été hospitalisées (0,2 %).

Tableau 6.6: Raisons expliquant la consultation d'un médecin civil au cours des 12 derniers mois, SSSV 2008-2009^θ

Élément	% global (IC à 95 %)	
	2004	2008-2009
Temps d'attente	7,2 % (3,3-11,1 %)	20,1 % (12,8-27,4 %) †
Impression que les soins seraient inadéquats	27,8 % (21,0-34,6 %)	8,2 % (3,2-13,2 %) †
Problèmes de transport	4,1 % (1,1-7,1 %) †	4,8 % (0,9-8,7 %) †
Problèmes de langue	---	---
Responsabilités personnelles ou familiales	5,8 % (2,2-9,3 %) †	4,3 % (0,6-8,0 %) †
Soucis de confidentialité	11,8 % (6,9-16,6 %)	5,5 % (1,3-9,6 %)
Soucis que si quelque chose ne va pas, mon emploi est en péril	10,9 % (6,2-15,7 %)	3,7 % (0,3-7,2 %) †
Déploiement ou affectation	8,9 % (4,6-13,2 %) †	7,8 % (2,9-12,7 %) †
Soins non financés par les FC	2,7 % (0,2-5,2 %) †	1,7 % (0,0-4,0 %) †
Autre	27,8 % (21,0-34,6 %)	25,7 % (17,7-33,6 %)

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

--- Données de la cellule supprimées en raison du nombre insuffisant.

Tableau 6.7: Proportion de membres des FC s'étant rendus dans divers types d'établissements de santé civils pour y recevoir des soins la fin de semaine ou après les heures de travail

Type d'établissements offrant des soins la fin de semaine ou après les heures de travail	Proportion (%) (IC à 95 %)
Salle d'urgence	12,2 % (10,0-14,9 %)
Clinique civile sans rendez-vous	4,6 % (3,3-6,2 %)
Bureau d'un médecin de famille	1,8 % (1,0-3,0 %)
Hôpital (séjour)	0,2 % (0,1-0,4 %) †
Autre	0,7 % (0,3-1,7 %) †

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Examen de santé périodique

Les membres des FC de moins de 40 ans doivent passer un examen de santé périodique (ESP) tous les cinq ans. En 2008-2009, 93,6 % des membres avaient passé leur ESP dans ce délai; cette estimation n'est pas statistiquement différente de l'estimation de 92,2 % obtenue en 2004.

Les militaires qui ont 40 ans et plus doivent faire l'objet d'un ESP tous les deux ans. En 2008-2009, un nombre nettement plus élevé de personnes de 40 ans et plus avaient passé leur ESP au cours des deux dernières années (78,7 %) comparativement aux données de 2004 (72,7 %) (figure 6.13). Cependant, malgré cette augmentation, un membre des FC de plus de 40 ans sur cinq n'a pas passé l'ESP dans les deux ans précédant le sondage de 2008-2009.

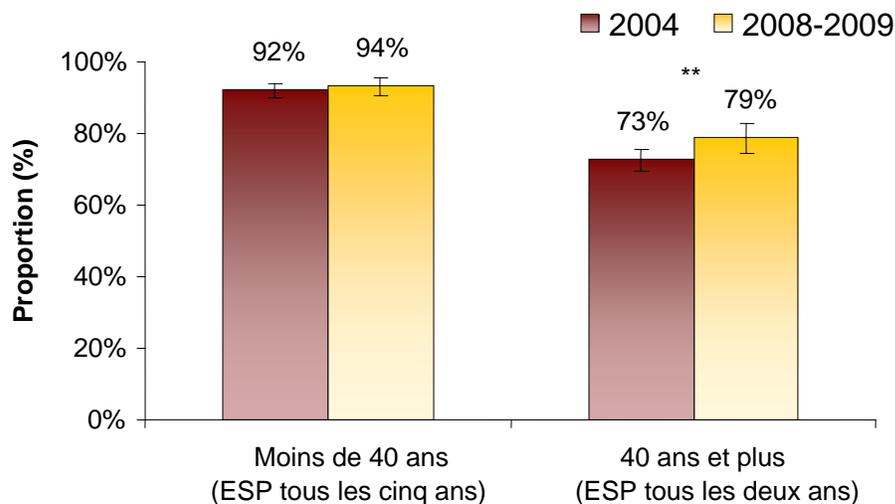


Figure 6.13: Pourcentage des membres des FC ayant passé un ESP dans le délai recommandé selon le groupe d'âge, SSSV 2004 et 2008-2009

Les raisons pour lesquelles l'ESP n'est pas effectué dans le délai requis chez les militaires de 40 ans et plus demeurent inconnues. Cependant, on constate que, dans certaines bases, les militaires doivent attendre longtemps avant d'obtenir un rendez-vous, ce qui peut avoir une incidence sur la capacité du fournisseur de soins de santé à effectuer les ESP. L'intégration de systèmes de rappel, les systèmes de suivi à partir des dossiers médicaux électroniques et la prestation d'information sur l'importance du dépistage médical chez les personnes de plus de 40 ans pourraient toutefois améliorer la conformité des patients aux recommandations en matière d'ESP.

Dépistage du cancer du côlon

Il est recommandé que les personnes de 50 ans et plus passent, tous les deux ans, le test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS), lequel permet de dépister le cancer du côlon. En 2008-2009, on a conseillé à 56,7 % des militaires de 50 ans et plus de passer

le test de RSOS pour dépister le cancer du côlon. Cette proportion n'a pas changé de façon marquée depuis 2004 (49,5 %). La proportion de militaires à qui on a recommandé de passer le test de RSOS n'était pas très différente entre les hommes et les femmes, les MR et les officiers ou ceux ayant ou non été déployés outre-mer au cours des deux dernières années. Parmi les militaires à qui on avait recommandé de passer le test de RSOS, 77,7 % ont effectivement subi le test à cette époque.

Par conséquent, 43,7 % des répondants de 50 ans et plus ont passé le test de RSOS depuis leur dernier examen médical (56,7 % des militaires à qui le test de RSOS avait été recommandé multiplié par les 77,7 % de militaires qui ont effectivement subi le test). La proportion de militaires ayant passé le test ne différait pas selon le sexe, le grade ou les antécédents de déploiement outre-mer au cours des deux dernières années. Dans la population canadienne générale, près de 40 % des personnes de 50 ans et plus ont passé le test de RSOS (Wilkins, 2009). Il faut toutefois faire preuve de prudence lorsqu'il s'agit de faire des comparaisons entre les deux populations, puisque la grande majorité des personnes quittent les FC à l'âge de 60 ans ou moins. On ignore donc les conséquences de cette distribution tronquée de la population sur la comparaison des données relatives au recours au test de RSOS.

Infections transmissibles sexuellement

Parmi les membres des FC, 11,3 % ont déclaré avoir passé un test de dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS) au cours des 12 mois précédant leur participation au sondage. Les femmes étaient plus enclines que les hommes tout comme les officiers étaient plus enclins que les MR à avoir passé le test de dépistage des ITS (tableau 6.8). En se basant sur le groupe d'âge le plus jeune comme groupe de référence, on a constaté que le groupe des 40 à 49 ans et celui des 50 à 60 ans étaient moins susceptibles d'avoir passé le test de dépistage. Comparativement aux personnes qui ont indiqué être mariées ou en union de fait, les membres des FC qui étaient célibataires, veufs, divorcés ou séparés étaient plus enclins à avoir passé le test de dépistage des ITS. On n'a observé aucune différence statistiquement significative quant au recours au test de dépistage des ITS selon le commandement des FC, le déploiement au cours des deux dernières années, la langue maternelle ou la base.

Tableau 6.8: Pourcentage de membres des FC qui ont passé le test de dépistage des ITS au cours des 12 derniers mois, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Proportion (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	8,7 % (6,7-11,1 %)	$p \leq 0,001$
	Femme	28,1 % (25,1-31,4 %)	
Groupe d'âge	18 à 29	16,6 % (12,3-22,0 %)	Réf.
	30 à 39	12,0 % (9,2-15,7 %)	n.s.
	40 à 49	8,3 % (5,9-15,7 %)	$p = 0,002$
	50 à 60	2,5 % (1,0-6,1 %)†	$p \leq 0,001$
Grade	MR	10,0 % (7,9-12,5 %)	$p = 0,004$
	Officier	15,7 % (12,6-19,4 %)	
État matrimonial	Marié/union de fait	7,8 % (6,2-10,0 %)	Réf.
	Veuf/divorcé/séparé	25,5 % (16,8-36,7 %)	$p \leq 0,001$
	Célibataire	17,7 % (12,9-23,9 %)	$p \leq 0,001$

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

On a demandé à tous les répondants d'indiquer toute ITS pour laquelle ils avaient reçu un diagnostic ou un traitement au cours des 12 mois précédant le SSSV 2008-2009. En ce qui concerne la majorité des ITS, moins de 1 % des membres des FC ont déclaré, dans l'ensemble, avoir reçu un diagnostic ou un traitement au cours des 12 mois précédents. Les verrues génitales ou papillomavirus, l'herpès génital et la chlamydie étaient les ITS les plus fréquemment diagnostiquées et traitées. La même proportion de répondants (1,1 %) a reçu un diagnostic ou un traitement pour les verrues génitales ou papillomavirus et l'herpès génital. Le pourcentage de répondants ayant indiqué avoir reçu un diagnostic ou un traitement pour la chlamydie, le VIH, la syphilis, l'hépatite B, la gonorrhée et l'atteinte inflammatoire pelvienne (AID) était très bas. Étant donné que ces chiffres pourraient manquer de fiabilité, ils ne sont pas mentionnés dans le présent rapport. Il est probable que ces chiffres constituent une sous-estimation de la proportion réelle des ITS au sein des FC, phénomène attribuable à la stigmatisation sociale et au fait que les personnes atteintes d'une ITS peuvent demeurer asymptomatiques et, par conséquent, tardent à faire l'objet d'un diagnostic de confirmation ou évitent un tel diagnostic.

Comportements sexuels

La plupart des militaires des FC ont déclaré avoir eu un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois (79,3 %). Par ordre décroissant de fréquence, 8,4 % des répondants ont indiqué avoir eu deux ou trois partenaires sexuels, 6,3 %, n'avoir eu aucun partenaire sexuel, 3,2 %, avoir eu quatre ou cinq partenaires sexuels et 2,8 %, avoir eu plus de cinq partenaires sexuels.

Le tableau 6.9 montre le nombre de partenaires sexuels que les membres des FC ont déclaré avoir eus au cours des 12 derniers mois selon le sexe, le grade et les antécédents de déploiement des répondants. Les hommes étaient beaucoup plus susceptibles que les femmes tout comme les MR étaient beaucoup plus susceptibles que les officiers à avoir eu quatre partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois.

Les militaires qui avaient été déployés outre-mer au cours des deux dernières années étaient plus susceptibles (12,2 %) d'avoir eu deux ou trois partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois que ceux qui n'avaient pas été déployés (7,2 %). On n'a toutefois noté aucune différence statistique entre les militaires déployés et ceux qui n'avaient pas été déployés pour ce qui est de la tendance à avoir eu quatre partenaires sexuels ou plus.

Tableau 6.9: Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois selon le sexe, le grade et les antécédents de déploiement

Variable	Catégorie	Nombre de partenaires sexuels (12 mois)		
		Proportion (%) (IC à 95 %)		
		0 ou 1	2 ou 3	4 ou plus
Sexe	Homme	85,6 % (82,3-88,3 %)	8,0 % (6,0-10,6 %)	6,5 % (4,6-9,1 %)
	Femme	85,6 % (83,0-88,0 %)	11,1 % (9,1-13,6 %)	3,2 % (2,1-4,9 %)
	Valeur <i>p</i>	n.s.	n.s.	$p \leq 0,01$
Grade	MR	84,8 % (81,3-87,8 %)	8,4 % (6,3-11,2 %)	6,7 % (4,6-9,6 %)
	Officier	88,0 % (84,5-90,8 %)	8,3 % (6,0-11,6 %)	3,6 % (2,3-5,7 %)
	Valeur <i>p</i>	n.s.	n.s.	$p \leq 0,05$
Déploiement au cours des deux dernières années	Oui	81,3 % (77,1-84,8 %)	12,2 % (9,2-16,0 %)	6,5 % (4,3-9,7 %)
	Non	86,9 % (83,4-89,8 %)	7,2 % (5,2-10,0 %)	5,9 % (3,9-8,8 %)
	Valeur <i>p</i>	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	n.s.

Parmi les militaires ayant déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois, 20,0 % ont indiqué avoir toujours utilisé un condom, 38,3 %, avoir utilisé un condom la plupart du temps, 12,1 %, avoir utilisé un condom à l'occasion, 9,4 %, n'avoir presque jamais utilisé un condom et 18,2 %, n'avoir jamais utilisé un condom.

Le fait que quatre personnes sur cinq ayant eu deux partenaires sexuels ou plus au cours de la dernière année n'ont pas utilisé régulièrement un condom porte à croire que le personnel des FC n'emploie pas suffisamment les méthodes de prévention des ITS. Renforcer les messages de promotion de la santé et favoriser les activités portant sur l'utilisation du condom et la prévention des ITS pourraient être considérés comme des moyens de remédier à ce problème.

Santé buccale

Quatre-vingt-dix pour cent des membres des FC ont indiqué que leur santé dentaire et buccale était excellente, très bonne ou bonne (tableau 6.10). Une proportion considérablement moindre de membres ont déclaré que leur santé buccale était passable (8,2 %) ou mauvaise (1,7 %). Ces proportions étaient statistiquement semblables à celles observées dans le SSSV de 2004.

Tableau 6.10: Autoévaluation de la santé dentaire dans le SSSV de 2004 et celui de 2008-2009^θ

Santé dentaire autoévaluée	% en 2004 (IC à 95 %)	% en 2008-2009 (IC à 95 %)
Excellente	13,6 % (12,1-15,0 %)	13,0 % (11,4-14,6 %)
Très bonne	41,9 % (39,8-43,9 %)	40,7 % (38,8-43,1 %)
Bonne	34,1 % (32,1-36,0 %)	36,5 % (34,1-38,8 %)
Passable	9,3 % (8,1-10,5 %)	8,2 % (6,8-9,5 %)
Mauvaise	1,2 % (0,0-1,7 %)	1,7 % (0,0-2,3 %)

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

La figure 6.14 montre que la majorité des membres des FC (60,0 %) ont indiqué que leur santé dentaire ou buccale ou leur dentier n'avait jamais eu d'effets négatifs sur leur qualité de vie. Bien que ce soit moins fréquent, certains membres des FC ont déclaré qu'ils ressentent les effets négatifs de leur santé dentaire sur leur qualité de vie selon les proportions suivantes : presque jamais (26,1 %), occasionnellement (11,1 %), assez souvent (2,2 %) et très souvent (0,7 %).

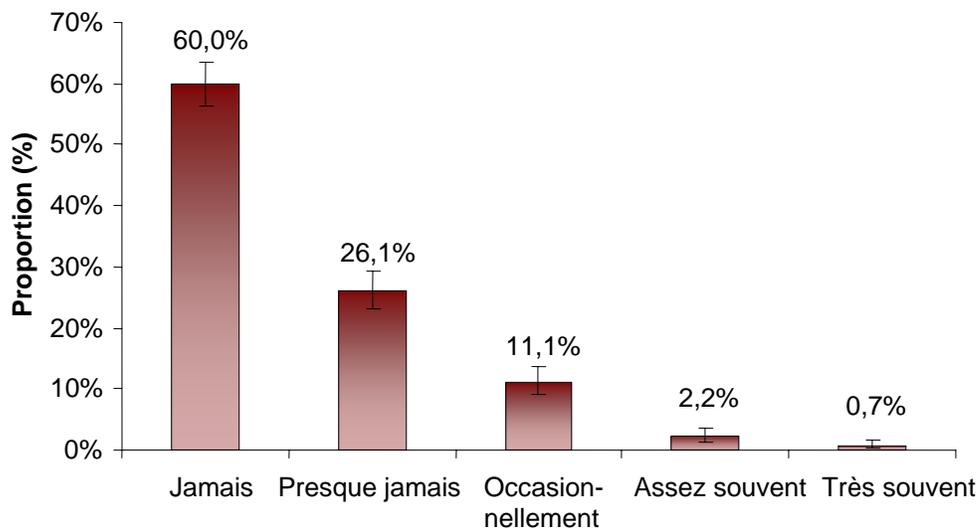


Figure 6.14: Diminution autodéclarée de la qualité de vie en raison de problèmes dentaires, buccaux ou attribuables au dentier, SSSV 2008-2009

Dans le même ordre d'idées, 59,9 % des membres des FC ont déclaré qu'ils ne s'étaient jamais sentis gênés ou embarrassés par leurs problèmes dentaires, buccaux ou attribuables au dentier au cours des 12 derniers mois (figure 6.15), alors que 23,8 % des militaires ont indiqué que cela n'avait presque jamais été le cas, que 11,7 % ont mentionné que cela avait été occasionnellement le cas, que 2,9 % ont indiqué que cela avait été assez souvent le cas et que 1,8 % ont révélé que cela avait été très souvent le cas.

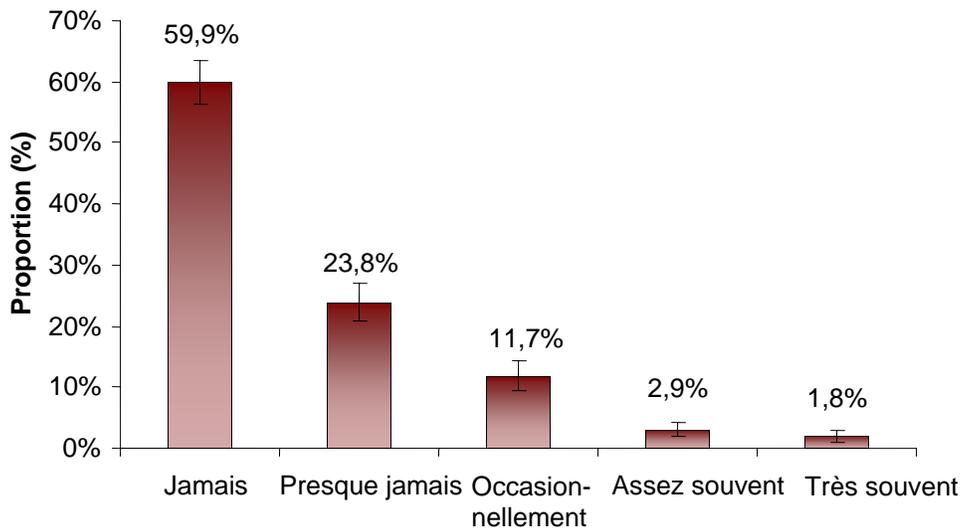


Figure 6.15: Fréquence des sentiments de gêne ou d'embarras en raison de problèmes dentaires, buccaux ou attribuables au dentier, SSSV 2008-2009

Le tableau 6.11 montre la fréquence autodéclarée de la douleur ou de la gêne ressentie aux dents ou aux gencives au cours du dernier mois. On a noté une augmentation notable depuis 2004 en ce qui concerne le nombre de personnes ayant déclaré n'avoir jamais ressenti de la douleur ou de la gêne aux dents ainsi qu'une diminution statistiquement significative correspondante du nombre de personnes ayant déclaré avoir rarement ressenti de la douleur ou de la gêne.

Tableau 6.11: Fréquence autodéclarée de la douleur ou de la gêne ressentie aux dents ou aux gencives^θ

	% en 2004 (IC à 95 %)	% en 2008-2009 (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Souvent	2,2 % (1,6-2,8 %)	2,7 % (2,0-3,5 %)	n.s.
Parfois	14,7 % (13,2-16,1 %)	15,0 % (13,2-16,7 %)	n.s.
Rarement	37,3 % (35,3-39,3 %)	31,3 % (29,0-33,5 %)	$p \leq 0,01$
Jamais	45,8 % (43,8-47,9 %)	51,0 % (48,6-53,5 %)	$p \leq 0,01$

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Références

Carrière, G, C. Sanmartin. « Temps d'attente pour la consultation de spécialistes au Canada, 2007 », *Rapports sur la santé*, vol. 21, n° 3, 2010, Statistique Canada, n° 82-003-XPF au catalogue.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). « Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada », *Analyse en bref : à l'avant-garde de l'information sur la santé*, 2009 [rapport].

Nabalamba, A., W.J. Millar. « Aller chez le médecin », *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 1, 2007, Statistique Canada, n° 82-003-XPF au catalogue.

Statistique Canada, Division de la statistique de la santé. *Accès aux services de soins de santé au Canada : janvier à décembre 2005*, 2006, n° 82-575-XIF au catalogue.

Wilkins, K., M. Shields. « Dépistage du cancer colorectal au Canada – 2008 », *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 3, 2009, Statistique Canada, n° 82-003-XPF au catalogue.



SONDAGE SUR LA SANTÉ ET LE STYLE DE VIE (SSSV) 2008-2009



RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE

CHAPITRE 7 ~ ACTIVITÉ PHYSIQUE

« Notre personnel militaire doit posséder un niveau de santé et de condition physique supérieur à celui de la population canadienne en général pour s'acquitter de ses tâches dans des contextes difficiles et exigeants où la force et l'endurance peuvent faire la différence entre la réussite et l'échec d'une opération.

~ Général R.J. Hillier (ret.), Chef d'état-major de la Défense

L'activité physique est particulièrement pertinente pour les Forces canadiennes (FC), puisque la condition physique est un élément important de l'état de préparation opérationnelle (Vice-chef d'état-major de la Défense, 2005). Les membres des FC doivent détenir une attestation certifiant qu'ils sont médicalement aptes. De plus, la condition physique constitue une exigence pour obtenir de l'avancement professionnel.

Les sondages sur la santé et le style de vie (SSSV) sont une ressource précieuse pour mesurer l'évolution de la pratique de l'activité physique au sein des FC. Les aspects conceptuels et culturels de l'activité physique, y compris la satisfaction à l'égard des installations d'exercice, les points de vue sur l'encouragement par les dirigeants et les facteurs de risque de blessure durant l'activité physique, ne sont pas indiqués dans les dossiers médicaux et ne sont pas pris en compte dans les données sur les ressources humaines. Par conséquent, le présent chapitre explorera les nombreux aspects de l'activité physique au sein des FC, y compris la participation aux sports et aux loisirs, l'activité physique au travail, les comportements sédentaires, les blessures liées aux sports et les tests d'évaluation de la condition physique chez le personnel des FC.

Il faut souligner que les changements apportés à la méthode de collecte de données entre le SSSV 2004 et celui de 2008-2009 peuvent avoir une influence particulière sur les taux déclarés de participation aux activités physiques. Dans le SSSV 2004, les données ont été recueillies du 15 avril au 15 novembre de la même année, alors que dans le SSSV 2008-2009, les données ont été recueillies du 30 novembre 2008 au 30 novembre 2009. Ce changement quant au cycle de collecte de données a été apporté dans le but d'examiner les effets saisonniers de l'activité physique sur la santé du personnel des FC; les analyses à venir exploreront ces sujets en profondeur. Cependant, aucun ajustement en fonction des saisons n'a été effectué en ce qui concerne les comparaisons des niveaux d'activité physique faites dans le présent chapitre entre le SSSV 2004 et celui de 2008-2009. Le lecteur doit donc interpréter les résultats en gardant cette remarque à l'esprit.

Participation aux sports et aux activités physiques

Le SSSV 2008-2009 a permis de recueillir de l'information sur la fréquence et la durée de la participation à 35 activités physiques différentes. Les répondants avaient également la possibilité d'ajouter, dans des zones de texte, des activités qui n'étaient pas énumérées. On a codé séparément ces ajouts et on les a regroupés dans une catégorie existante (p. ex. « tae kwon do ») a

été combiné à « arts martiaux ») ou classés dans une toute nouvelle catégorie d'activité s'il y avait lieu (p. ex. raquette, équitation et yoga/exercices Pilates). On a regroupé sous « Autre » les activités pour lesquelles il n'y a pas eu suffisamment de réponses pour créer une nouvelle catégorie. La figure 7.1 présente la proportion de membres des FC qui ont participé à chaque activité physique au moins une fois au cours des quatre derniers mois.

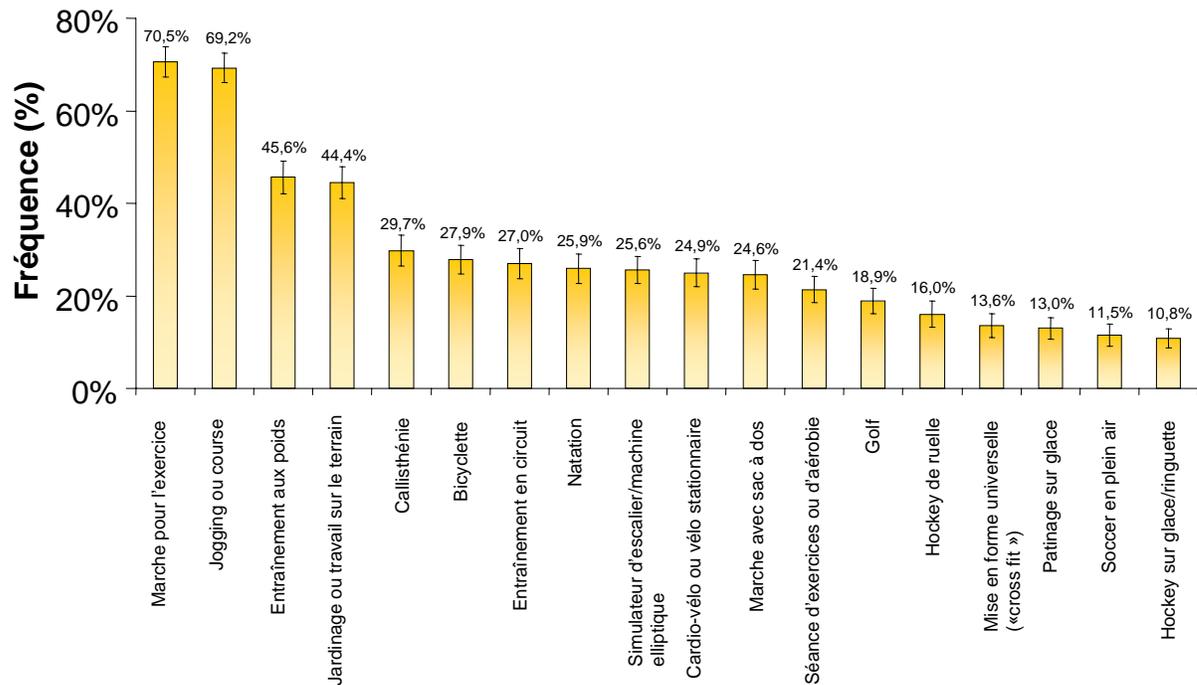


Figure 7.1: Participation aux activités physiques choisies au cours des quatre derniers mois, SSSV 2008-2009

Remarque : Les activités pour lesquelles le taux de participation était inférieur à 10 % ne sont pas indiquées dans la figure et incluent (dans un ordre décroissant de fréquence déclarée) : aviron/kayak/canoë, tennis/squash/racquetball/handball/badminton, volley-ball, baseball/balle molle, quilles, basketball, danse populaire/sociale, soccer intérieur, arts martiaux, ski alpin, patinage à roues alignées, disque volant suprême, football/rugby, ski de fond, planche à neige, course à obstacles, autre, ballon-balai, escalade, yoga, curling, randonnée pédestre, raquette, handball, faire de la luge, voile, équitation, badminton, trampoline, surf, escrime, tir à l'arc, billard, boxe, pêche, chasse, crosse et planche à roulettes.

Les quatre activités physiques les plus fréquentes (celles pour lesquelles la proportion la plus élevée de membres des FC ont indiqué y avoir participé au moins une fois au cours des quatre derniers mois) incluent la marche pour l'exercice (70,5 %), le jogging ou la course (69,2 %), l'entraînement aux poids (45,6 %) et le jardinage ou le travail sur le terrain (44,4 %).

Dépense énergétique liée aux activités physiques

Au moyen de la formule élaborée par l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (ICRCPMV), on a calculé la dépense énergétique quotidienne moyenne par kilogramme de poids corporel (kcal/kg/jour) en se fondant sur la fréquence déclarée d'une activité donnée au cours des quatre derniers mois et la durée moyenne de l'activité en minutes (ICRCPMV, 2007). On a attribué des équivalents métaboliques (*metabolic*

equivalent ou MET), une mesure du travail physique, à chaque activité en se basant sur le Compendium of Physical Activities Tracking Guide (Ainsworth, 2002). Si plus d'une valeur MET était indiqué pour une activité donnée (p. ex. la marche et la marche rapide en montée), on a choisi l'entrée qui correspondait à la description « générale » de l'activité ou à un « effort moyen » déployé. Conformément à la méthode utilisée par Statistique Canada pour ses Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes, on a attribué une valeur MET de quatre à toutes les activités codées sous « Autre ». Finalement, on a calculé la dépense énergétique quotidienne en divisant le score annuel de l'activité physique par 365 jours (figure 7.2).

Les activités individuelles étaient les seules activités physiques pour lesquelles la dépense énergétique quotidienne déclarée était supérieure à 0,15 kcal/kg/jour. Les sports d'équipe, comme le hockey ou le soccer, étaient associés à une dépense énergétique beaucoup plus faible par activité comparativement aux activités individuelles, comme la course ou l'entraînement aux poids.

Niveau d'activité physique

On a ensuite regroupé en trois catégories la dépense énergétique totale liée aux activités physiques (kcal/kg/jour) du personnel des FC :

< 1,5 kcal/kg/jour équivalant à une marche de moins de 30 minutes par jour (personne inactive);

b) 1,5 à < 3,0 kcal/kg/jour équivalant à une marche de 30 à 60 minutes par jour (personne moyennement active);

c) $\geq 3,0$ kcal/kg/jour équivalant à une marche de plus de 60 minutes par jour (personne active).

Comme l'indique le tableau 7.1, 31,1 % des répondants étaient inactifs, 21,9 % étaient moyennement actifs et 46,9 % étaient actifs. La figure 7.3 montre, sous la forme d'un graphique, les différences notables entre le SSSV 2004 et celui de 2008-2009 quant aux taux globaux des niveaux d'activité physique, qui ont été standardisés pour l'âge et le sexe. Un plus petit nombre de membres des FC ont déclaré avoir été moyennement actifs en 2008-2009 par rapport aux chiffres de 2004. De ce fait, un plus grand nombre de membres des FC ont été classés comme ayant été inactifs en 2008-2009 comparativement aux chiffres de 2004. On n'a observé aucun changement important dans la proportion de militaires actifs entre 2004 et 2008-2009.

De plus, la participation aux activités physiques avait tendance à diminuer avec l'âge (figure 7.4). En ce qui concerne les niveaux d'activité physique, on n'a remarqué aucune différence notable selon le sexe, le grade ou le commandement des FC.

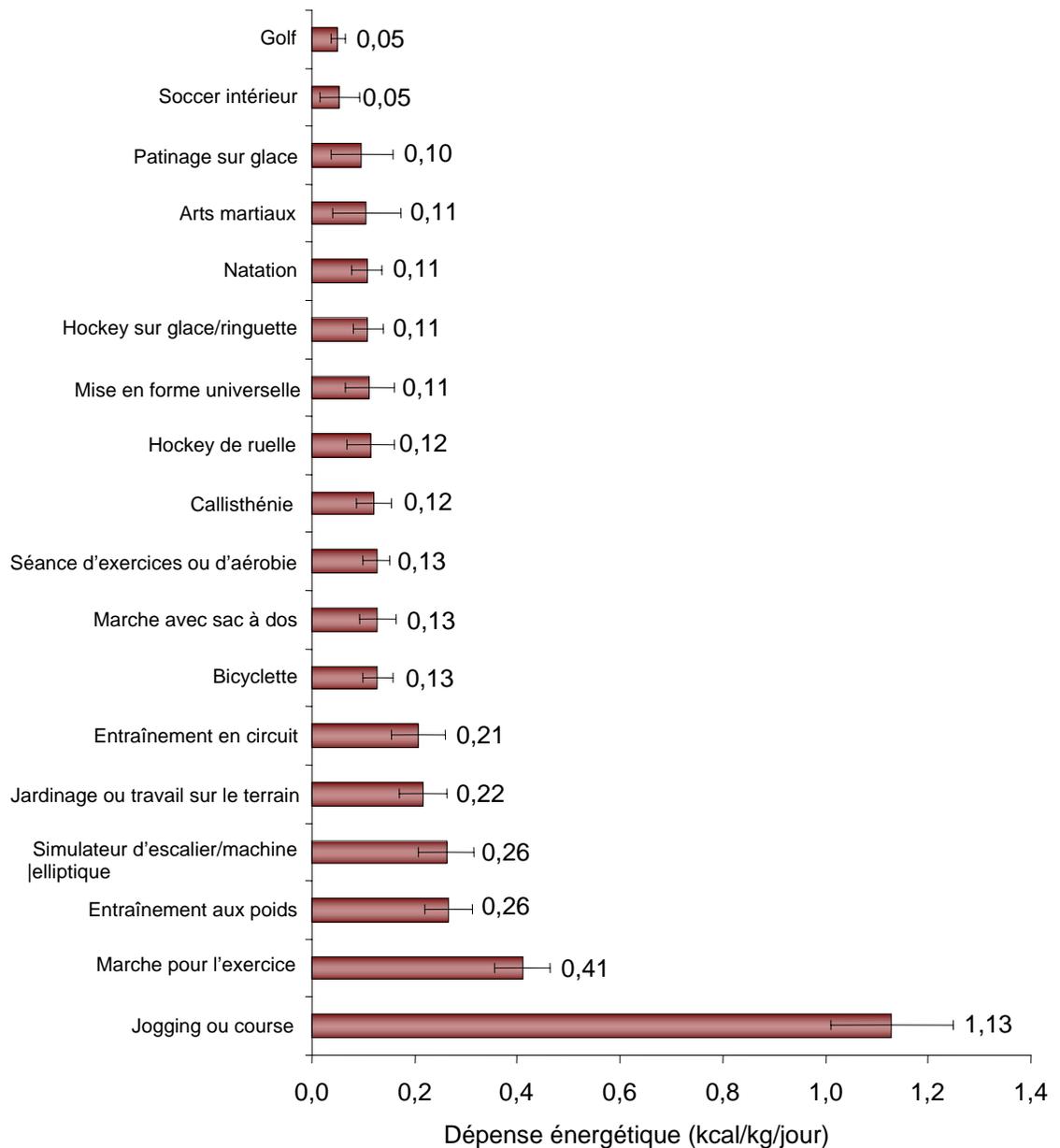


Figure 7.2: Dépense énergétique moyenne (kcal/kg/jour) liée aux activités physiques pratiquées au cours des quatre derniers mois, SSSV 2008-2009

Remarque : Les activités pour lesquelles la dépense énergétique est inférieure à 0,05 kcal/kg/jour ne sont pas indiquées dans la figure et incluent (dans un ordre décroissant de dépense énergétique) : tennis/squash/racquetball/handball/badminton, soccer en plein air, danse populaire/sociale, aviron/kayak/canoë, basketball, patinage à roues alignées, football/rugby, volley-ball, soccer intérieur, ski alpin, ski de fond, disque volant suprême, planche à neige, course à obstacles, quilles, escalade, autre, ballon-balai, yoga, randonnée pédestre, curling, raquette, voile, équitation, escrime, handball, motoneige, badminton et trampoline. Aucune dépense énergétique mesurable n'a été déclarée pour : tir à l'arc, boxe, pêche, chasse, crosse, billard et planche à roulettes.

Tableau 7.1: Comparaisons des niveaux d'activité physique selon le sexe, SSSV 2004 et de 2008-2009^θ

Niveau d'activité	Année du sondage	Proportion (IC à 95 %)			Total valeur <i>p</i>
		Hommes	Femmes	Dans l'ensemble	
Actif	2004	46,6% (43,9-49,3%)	41,3% (38,2-44,5%)	46,0% (43,9-48,0%)	n.s.
	2008-2009	47,0% (43,8-50,3%)	46,3% (42,7-49,8%)	46,9% (44,5-49,3%)	
Moyennement actif	2004	26,3% (23,9-28,7%)	26,9% (24,1-29,7)	27,0% (25,2-28,8%)	<i>p</i> = 0,001
	2008-2009	22,4% (19,7-25,1%)	18,8% (16,0-21,6%)	21,9% (19,9-23,9%)	
Inactif	2004	26,3% (23,9-28,7%)	31,8% (28,8-34,7%)	27,0% (25,2-28,9%)	<i>p</i> ≤ 0,001
	2008-2009	30,6% (27,6-33,6%)	34,9% (31,5-38,3%)	31,1% (28,9-33,4%)	

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

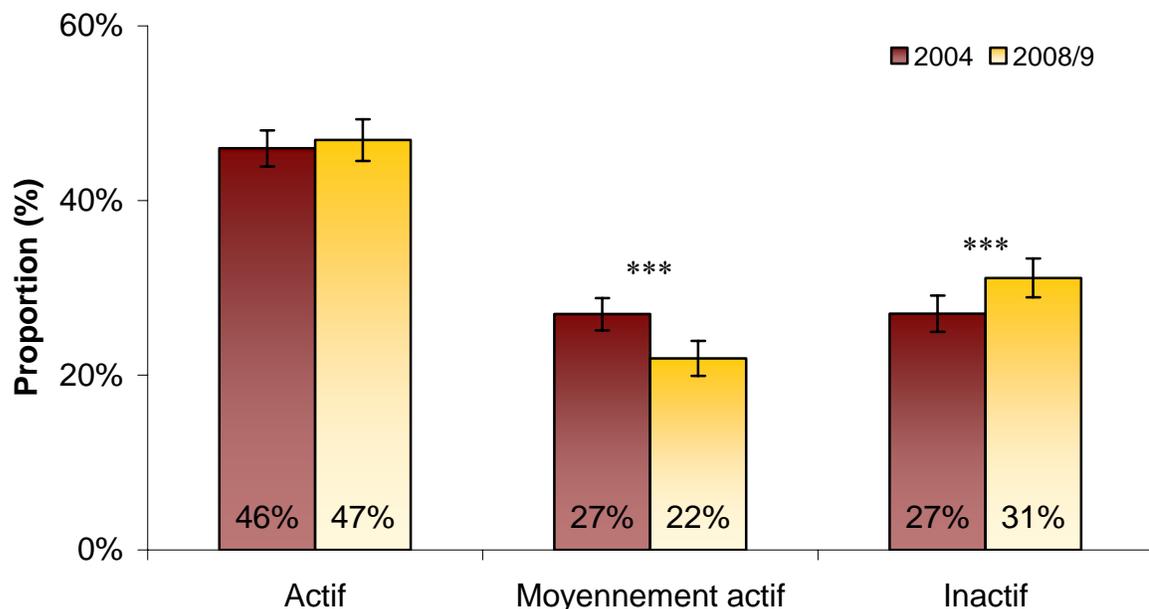


Figure 7.3: Niveau d'activité physique, SSSV 2004 et de 2008-2009^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

*** *p* ≤ 0,001 par rapport au groupe de référence.

Remarque : Dans le SSSV 2004, les données ont été recueillies d'avril à novembre de la même année, alors que dans le SSSV 2008-2009, les données ont été recueillies de novembre 2008 à novembre 2009. Les valeurs n'ont pas été ajustées en fonction des saisons.

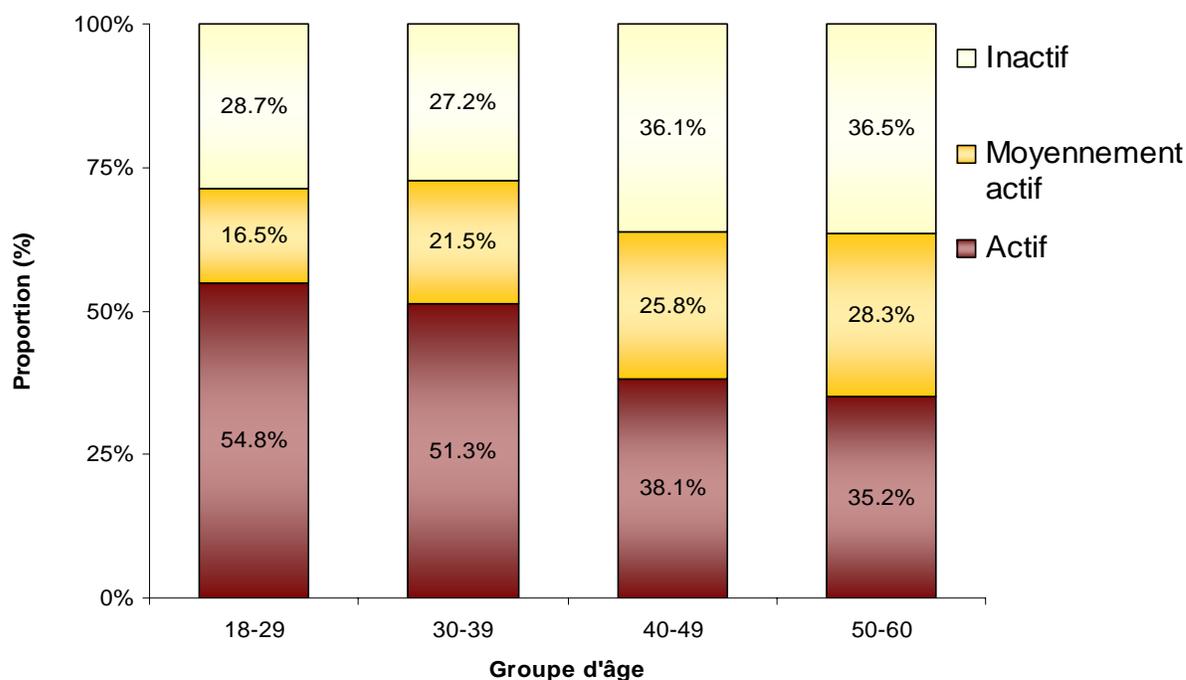


Figure 7.4: Distribution des niveaux d'activité physique selon le groupe d'âge des répondants, SSSV 2008-2009

En 2005, Statistique Canada a indiqué que 27 % des Canadiens étaient actifs pendant leur temps libre (Gilmour, 2007). Cette estimation de Statistique Canada ne peut pas être comparée directement avec les données du SSSV en raison des différences temporelles, démographiques et méthodologiques. Cependant, elle porte à croire que le personnel des FC est possiblement plus actif que la moyenne des civils canadiens. Les données du site Web de l'ICRCMV indiquent que l'on n'a observé aucun changement important en ce qui a trait aux niveaux d'activité physique chez les Canadiens « moyennement actifs » et « actifs » depuis 2002.

Blessures attribuables à une activité physique

La participation à une activité physique comporte un risque inhérent de blessure physique. Dans le SSSV 2008-2009, on a interrogé les répondants sur la fréquence des blessures graves subies durant diverses activités. Une fois que l'on avait déterminé la participation des répondants à une activité donnée, on leur demandait si, au cours de la dernière année, ils avaient subi une blessure assez grave à la suite de leur participation à cette activité pour limiter leurs activités normales pendant au moins une semaine. Les répondants pouvaient cocher toutes les activités qui s'appliquaient. Il faut noter que la question sur l'activité se rapportait aux quatre mois précédant le sondage alors que celle sur les blessures liées au sport se rapportait à une année entière. Par conséquent, la fréquence des blessures liées au sport pourrait dépasser le taux de participation au sport indiqué, ce qui pourrait entraîner l'établissement de faux liens.

À l'aide de la même méthode de reclassification utilisée pour la pratique d'activités physiques, on a replacé dans une catégorie existante ou une nouvelle catégorie, selon le cas, toutes les blessures déclarées par les répondants dans la catégorie d'activité « Autre ». Par exemple, on a

recodé une blessure survenue pendant un cours d'« aikido » en tant que blessure liée aux « arts martiaux »; de même, on a recodé une blessure survenue en faisant du « rappel » ou pendant une séance de « Hatha Yoga », respectivement, dans les catégories « escalade » et « yoga/exercices Pilates ».

Comme le montre la figure 7.5, la course et le jogging étaient l'activité la plus fréquente pendant laquelle des membres des FC ont subi une blessure grave. En 2008-2009, 10,4 % des militaires se sont infligé une blessure assez grave en courant ou en faisant du jogging pour limiter leurs activités normales pendant au moins une semaine. Les autres blessures graves survenues durant une activité physique ont été réparties comme suit : marche pour l'exercice (3,7 %), marche avec sac à dos (3,1 %), entraînement aux poids (3,0 %), soccer en plein air (1,5 %), jardinage ou travail sur le terrain (1,3 %), mise en forme universelle ou « crossfit » (1,3 %), entraînement en circuit (1,3 %), hockey sur glace/ringuette (1,3 %), callisthénie (1,2 %) et arts martiaux (1,0 %). La fréquence des blessures graves ne tient pas compte de la durée de participation à chaque activité physique. Par conséquent, il peut sembler aller de soi que la course et la marche étaient considérées comme étant les activités ayant entraîné le plus de blessures, étant donné les taux élevés de participation.

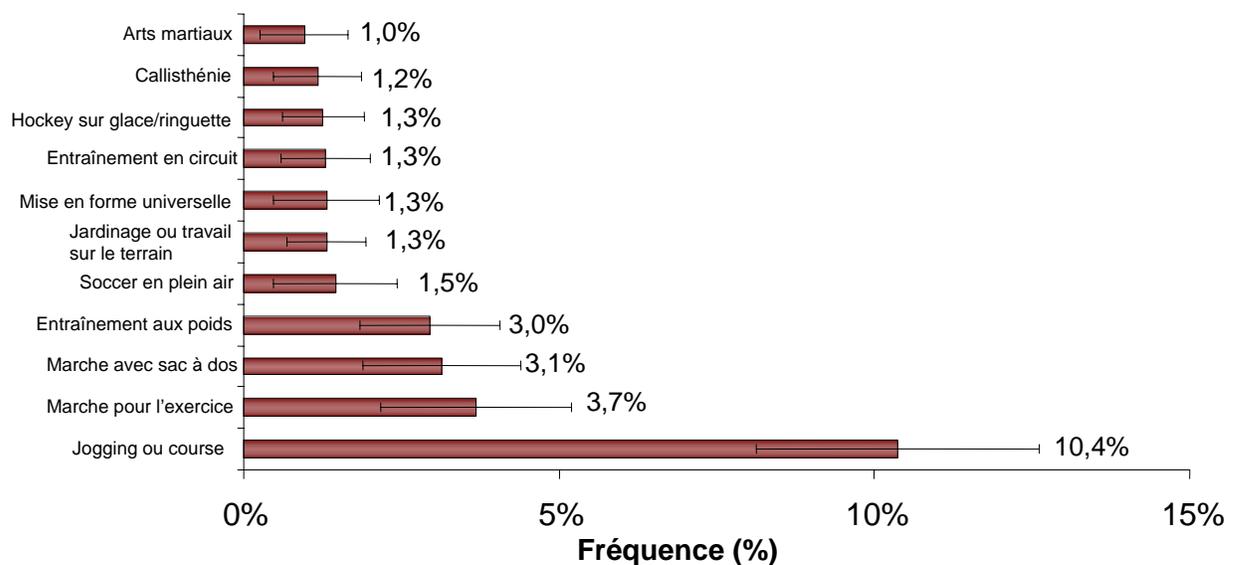


Figure 7.5: Fréquence des blessures graves attribuables à des activités physiques, qui sont survenues chez des membres des FC au cours des 12 derniers mois, SSSV 2008-2009

Remarque : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Remarque : Les blessures graves attribuables à des activités dont la fréquence était inférieure à 1 % ne sont pas indiquées dans la figure.

Bien que, dans l'exemple précédent, l'accent ait été mis sur les blessures du point de vue de l'effectif des FC, il se peut que le personnel chargé de la promotion de la santé souhaite cerner les activités physiques qui entraînent le plus grand risque de blessures à l'échelle individuelle. Il serait possible d'obtenir une mesure plus précise du risque de blessure en examinant le risque déclaré de blessure *seulement chez les personnes qui participent à une activité donnée*. Par conséquent, la question consisterait à se demander « Quel est le risque de blessure pour une

personne qui pratique une activité donnée? » plutôt que « Quel est le fardeau des blessures pour une activité donnée au sein des FC? ».

Comme le montre la figure 7.6, ce n'est pas toujours l'activité la plus fréquemment déclarée qui entraîne le plus grand risque de blessure. Par exemple, même si seulement 2,7 % des répondants ont joué au football (américain) au cours des quatre derniers mois, 19,1 % d'entre eux ont déclaré avoir subi, au cours des 12 derniers mois, une blessure liée à ce sport, blessure qui était assez grave pour limiter leurs activités normales pendant au moins une semaine. Dans le même ordre d'idées, parmi les membres des FC (5,8 %) ayant pratiqué un quelconque type d'art martial au cours de la dernière année, 13,8 % ont indiqué avoir subi une blessure grave liée à ce sport. La course ou le jogging (12,7 %), le soccer en plein air (11,0 %) et le hockey sur glace ou la ringuette (8,8 %) étaient les autres activités les plus fréquemment mentionnées durant lesquelles une blessure grave est survenue.

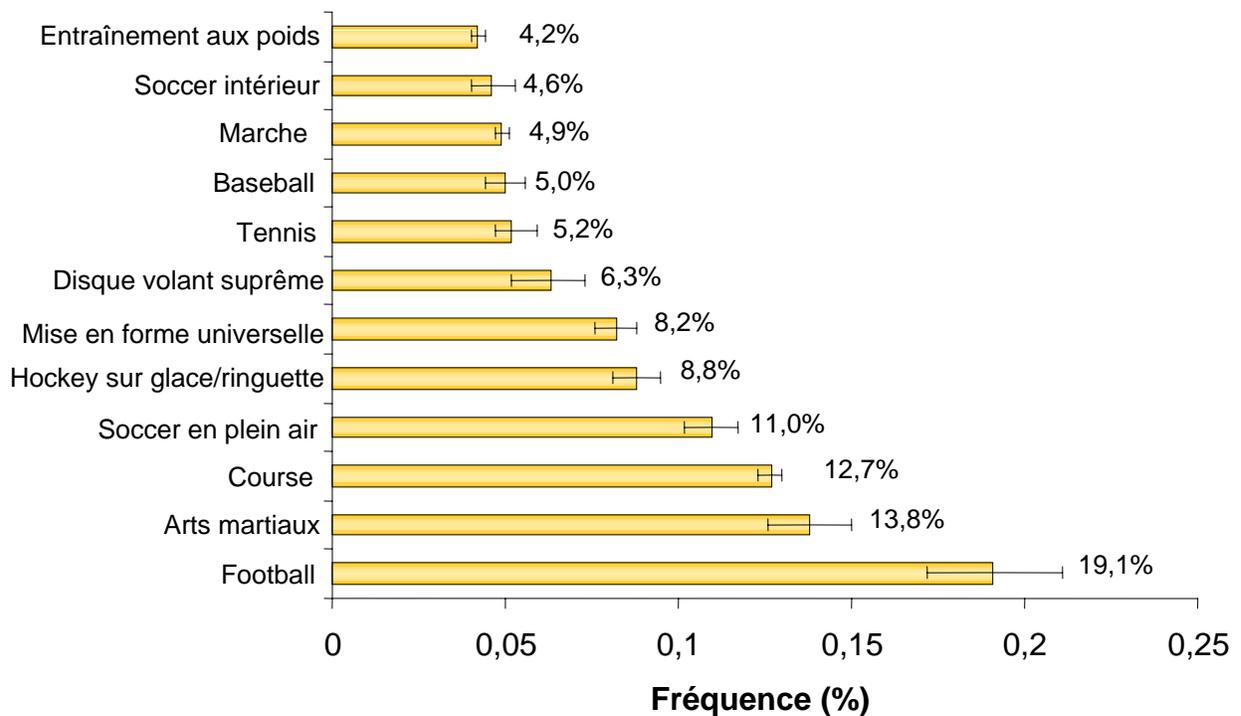


Figure 7.6: Fréquence des blessures graves subies au cours des 12 derniers mois par des membres des FC ayant participé à diverses activités physiques, SSSV 2008-2009

Il est à noter que cette question ne visait pas à déterminer le type de blessure (p. ex. commotion, fracture ou entorse) ni la gravité de la blessure (p. ex. légère, modérée ou grave). Par conséquent, on ignore si les blessures attribuables à diverses activités sont comparables; la seule chose dont on est certain, c'est que les blessures étaient, à tout le moins, assez graves pour limiter les activités normales des répondants pendant au moins une semaine.

Dans le cadre du SSSV 2008-2009, on a aussi demandé aux répondants d'indiquer s'ils avaient participé à des activités précises qui étaient associées à des taux plus élevés de blessures selon les

ouvrages scientifiques ou l'opinion des experts (figure 7.7). L'activité comportant un risque de blessure qui a été la plus fréquemment mentionnée (44,9 %) était le fait de s'entraîner sans s'être réchauffé correctement. Les membres des FC ont également souvent mentionné le fait de s'entraîner sans avoir bu assez de liquide ou consommé assez de nourriture (31,1 %) et le fait de marcher en portant un sac à dos contenant de l'équipement pesant plus d'un tiers de leur poids (29,4 %). Il est intéressant de noter que 21,4 % des répondants ont indiqué le fait de courir en portant des bottes de combat alors qu'il existe un CANLANDGEN visant à décourager une telle pratique durant l'entraînement.

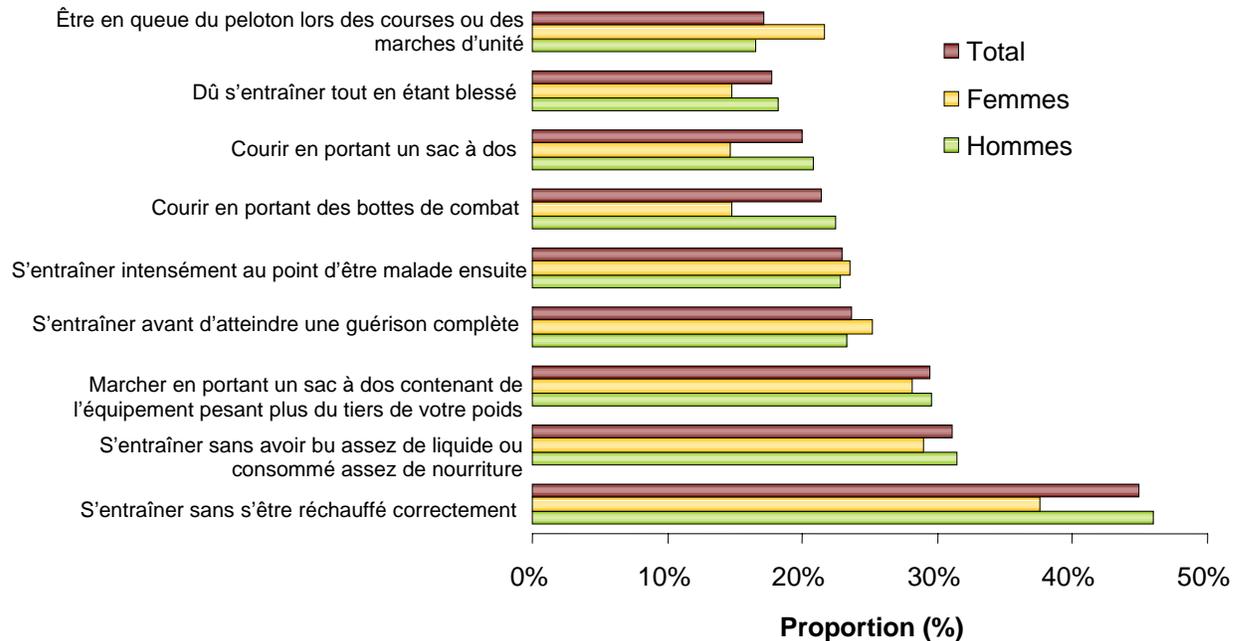


Figure 7.7: Facteurs de risque de blessure durant l'activité physique selon le sexe, SSSV 2008-2009

Remarque : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Activités sédentaires chez le personnel des FC

L'inactivité physique est associée à un risque accru d'obésité et de problèmes de santé liés à un surplus de poids (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2003). L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) a constaté que le Canadien moyen a augmenté le temps qu'il consacre aux activités sédentaires telles que naviguer sur Internet et jouer à des jeux vidéo (ISPC, 2004).

Les membres des FC consacrent en moyenne 27,7 heures par semaine à des activités sédentaires¹ telles que regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo, naviguer sur Internet et lire. Les hommes

¹ Le SSSV 2008-2009 ne précise pas si les activités sédentaires étaient réalisées durant les temps libres, les heures de travail ou les deux. Par conséquent, il faut interpréter ces estimations en prenant en considération le fait qu'elles peuvent inclure ou exclure les heures de travail selon la façon dont la question a été interprétée.

ont indiqué qu'ils consacraient beaucoup plus de temps par semaine aux activités sédentaires (28,2 heures) comparativement aux femmes (23,9 heures). Comme le montre le tableau 7.2, cette différence est possiblement accentuée par la plus longue période de temps que les hommes passent à jouer aux jeux vidéo et à naviguer sur Internet. De plus, les militaires du rang (MR) ont déclaré qu'ils consacraient beaucoup plus de temps par semaine aux activités sédentaires (28,1 heures) comparativement aux officiers (25,5 heures).

Parmi les militaires des huit plus grosses bases, ceux de Petawawa étaient les seuls à avoir déclaré consacrer en moyenne un nombre d'heures significativement plus élevé aux activités sédentaires que ceux de la base d'Ottawa. En ce qui concerne le temps consacré par semaine aux activités sédentaires, on n'a observé aucune différence notable entre les données de 2004 et celles de 2008-2009 et selon la catégorie d'âge ou le commandement des FC.

Tableau 7.2: Heures consacrées par semaine aux activités sédentaires selon le sexe, SSSV 2008-2009

Activité	Heures (IC à 95 %)		
	Hommes	Femmes	Dans l'ensemble
Regarder la télévision	12,0 (11,3-12,8)	11,0 (10,4-11,6)	11,9 (11,3-12,6)
Jouer à des jeux vidéo	3,3 (2,8-3,8)	0,82 (0,5-1,1)	3,0 (2,5-3,4)
Naviguer sur Internet	7,2 (6,6-7,8)	5,0 (4,6-5,4)	6,9 (6,4-7,4)
Lire	5,5 (5,0-6,0)	7,1 (6,6-7,7)	5,7 (5,3-6,2)

Dans une société de plus en plus axée sur le savoir, la possibilité de pratiquer une activité physique au travail est considérablement limitée. Les membres des FC doivent s'efforcer de maintenir leur condition physique tout en satisfaisant aux exigences d'un travail sédentaire. Lorsqu'on leur a demandé de décrire leurs activités de travail quotidiennes habituelles, 42,6 % des membres des FC ont indiqué qu'ils travaillaient assis la plupart du temps, 41,3 %, qu'ils travaillaient debout ou marchaient souvent, 13,7 %, qu'ils transportaient ou soulevaient des objets ou montaient des escaliers et 2,5 %, qu'ils faisaient du travail exténuant. Comme le montre le tableau 7.3, les femmes étaient beaucoup plus nombreuses que les hommes tout comme les officiers étaient beaucoup plus nombreux que les MR à travailler en position assise toute la journée. La tendance à accomplir un travail sédentaire augmentait aussi avec l'âge.

Tableau 7.3: Proportion de membres des FC ayant déclaré travailler habituellement en position assise, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Proportion (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe ^θ	Hommes	40,1 % (36,9-43,4 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	Femmes	55,9 % (52,3-59,5 %)	
Grade	MR	35,3 % (31,3-39,6 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	Officier	67,4 % (62,8-71,7 %)	
Groupe d'âge	18 à 29	31,7 % (24,9-39,4 %)	Réf.
	30 à 39	42,7 % (36,8-48,7 %)	<i>p</i> = 0,02
	40 à 49	48,3 % (43,0-53,5 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	50 à 64	55,9 % (44,4-66,7 %)	<i>p</i> ≤ 0,001

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Environnement favorisant l'exercice physique

Il a été établi que l'environnement construit, qui est formé des routes, des résidences, des écoles, des installations récréatives, des commerces et des lieux de travail, a des effets mesurables sur le degré de condition physique d'une population (Cerin 2009; Fondation des maladies du cœur du Canada, 2007). L'environnement construit peut influencer la santé de différentes façons, notamment par les possibilités d'activité physique, le risque de blessures aiguës et les comportements nutritionnels et alimentaires (Thornton, Bentley et Kavanagh, 2009).

Dans le SSSV 2008-2009, on a recueilli de l'information sur le contexte environnemental dans lequel les participants vivaient et travaillaient, entre autres sur la distance de marche les séparant des installations situées à proximité; on a également utilisé la *Neighbourhood Environment Walkability Scale* ([NEWS] ou l'échelle des déplacements à pied dans le voisinage) composée de dix énoncés.

Distance de marche des installations

La figure 7.8 résume la distance moyenne de marche (en minutes) que doivent parcourir les membres des FC depuis leur résidence jusqu'à divers services et installations. Les militaires qui vivent sur une base ont indiqué des distances de marche nettement plus courtes entre leur résidence et leur travail, le gym, le bureau de poste et la bibliothèque que ceux qui ne vivent pas sur une base militaire. Réciproquement, le personnel des FC vivant sur une base a indiqué de plus longues distances de marche le séparant des supermarchés. On n'a constaté aucune différence statistiquement significative en ce qui concerne la distance de marche pour se rendre à d'autres installations.

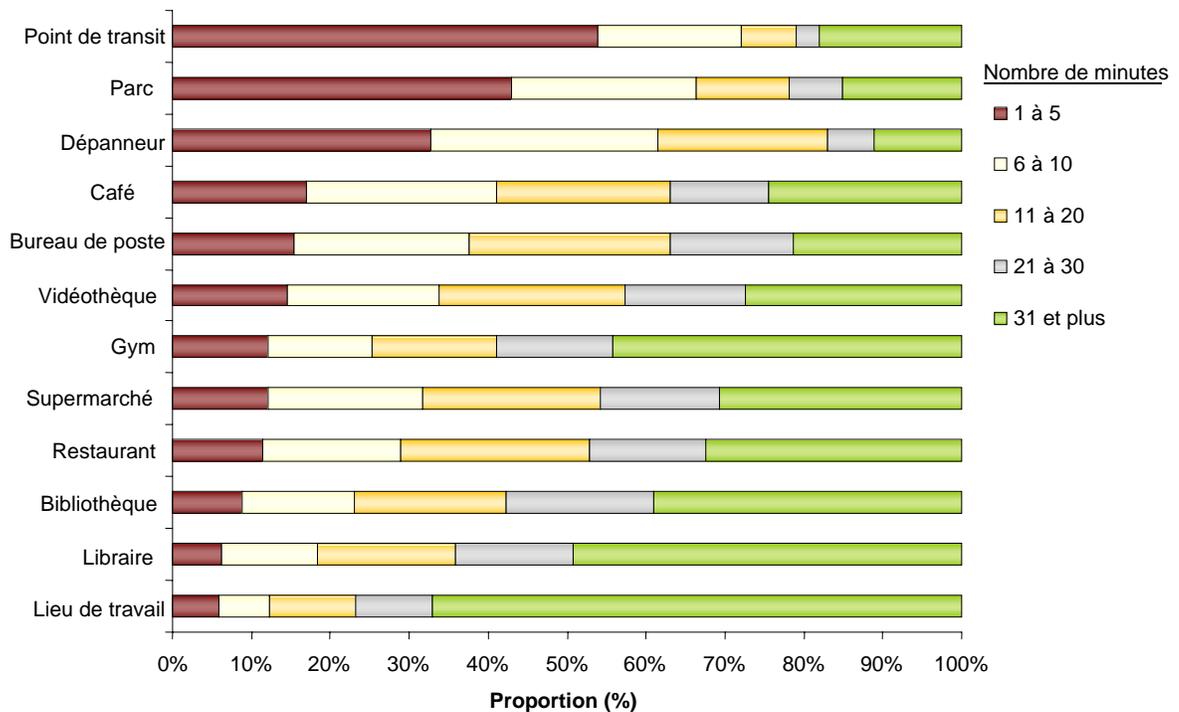


Figure 7.8 : Distance de marche en minutes entre la résidence et certaines installations, SSSV 2008-2009

Neighbourhood Environment Walkability Scale (NEWS)

La NEWS (Cerin, 2009) est constituée d'une liste de facteurs du voisinage considérés comme ayant une incidence positive sur l'activité physique. Dans le SSSV 2008-2009, on a demandé aux répondants dans quelle mesure ils étaient d'accord² avec les énoncés de la NEWS portant sur divers lieux situés à 10 à 15 minutes à pied de leur résidence. La figure 7.9 révèle que, en ce qui concerne la plupart des énoncés de la NEWS, le personnel des FC vivant sur une base a invariablement obtenu un score égal ou supérieur à celui des membres des FC ne vivant pas sur une base. Bien que le personnel des FC vivant sur une base ait obtenu un score plus élevé relatif à la NEWS, on n'a observé aucune différence importante en ce qui a trait à la proportion de personnes obèses ou au niveau d'activité physique entre les personnes vivant sur une base et celles qui n'y vivaient pas.

² L'accord avec les énoncés de la NEWS était établi selon une échelle de 5 points : tout à fait d'accord, plutôt en accord, neutre, plutôt en désaccord et tout à fait en désaccord.

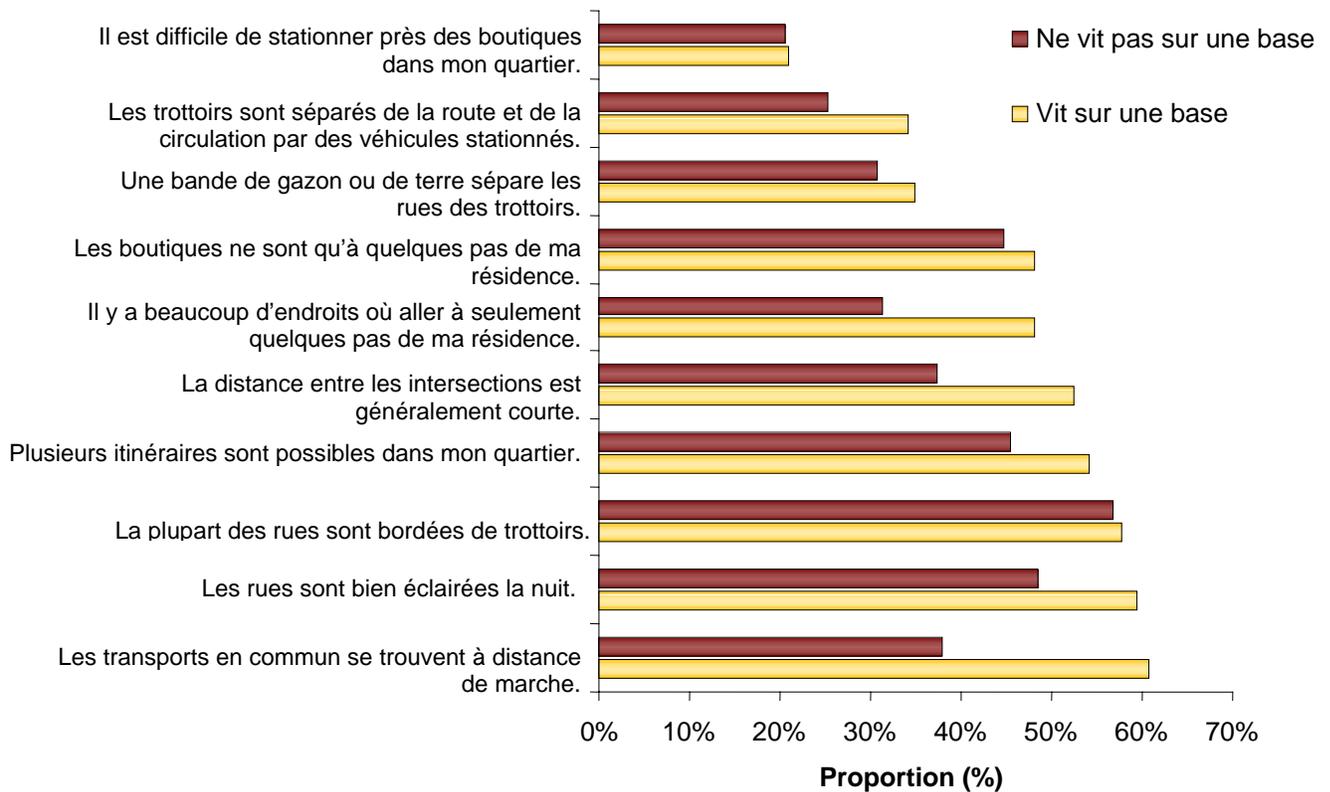


Figure 7.9 : Facteurs positifs du voisinage pour le personnel des FC vivant ou non sur une base, SSSV 2008-2009

Remarque : Les proportions représentent le nombre de personnes qui étaient plutôt en accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé décrivant le quartier dans lequel elles vivaient.

Activité physique et exercice en milieu de travail

Pour promouvoir l'activité physique au sein de l'effectif, les FC appuient des programmes liés au bien-être et à l'activité physique en milieu de travail. De plus, le personnel des FC doit passer régulièrement des tests d'évaluation de la condition physique et maintenir une condition physique adaptée à l'exécution de diverses tâches liées ou non au combat. Le SSSV 2004 et de 2008-2009 a permis de recueillir de l'information semblable sur les facteurs en milieu de travail qui influencent la pratique de l'activité physique. Le tableau 7.4 présente les comparaisons entre ces sondages.

Entre le SSSV 2004 et celui de 2008-2009, on a remarqué une augmentation statistiquement significative quant à la proportion de membres des FC qui ont eu accès à des installations d'exercice ou à des cours d'exercice. Dans l'ensemble, près de 90 % du personnel des FC a indiqué avoir eu accès à des installations d'exercice et à des cours d'exercice en 2008-2009. On n'a observé aucune différence quant à l'accès aux douches et aux vestiaires entre les résultats du SSSV 2004 et ceux du SSSV 2008-2009.

Tableau 7.4: Facteurs du milieu de travail ayant une incidence sur la pratique de l'activité physique, SSSV 2004 et de 2008-2009^θ

	Proportion (IC à 95 %)			Valeur <i>p</i>
	Hommes	Femmes	Dans l'ensemble	
Accès à des cours d'exercice au travail				
SSSV 2004	55,1 % (52,4-57,8 %)	54,3 % (51,1-57,5 %)	55,0 % (52,9-57,1 %)	$p \leq 0,001$
SSSV 2008-2009	73,6 % (70,7-76,5 %)	72,8 % (69,6-76,0 %)	73,5 % (71,3-75,6 %)	
Accès à des douches et à des vestiaires au travail				
SSSV 2004	90,6 % (89,0-92,2 %)	86,8 % (84,6-88,9 %)	90,1 % (88,9-91,4 %)	n.s.
SSSV 2008-2009	89,0 % (87,0-91,1 %)	89,4 % (87,2-91,6 %)	89,1 % (87,6-90,6 %)	
Accès à des installations d'exercice au travail				
SSSV 2004	86,2 % (84,4-88,1 %)	80,9 % (78,3-83,4 %)	85,6 % (84,1-87,0 %)	$p \leq 0,001$
SSSV 2008-2009	89,9 % (88,0-91,9 %)	87,7 % (85,4-90,1 %)	89,6 % (88,2-91,1 %)	

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

On a ajouté d'autres énoncés dans le SSSV 2008-2009, lesquels portaient sur les déterminants structurels et culturels de la pratique de l'exercice en milieu de travail (tableau 7.5). En moyenne, le personnel des FC a indiqué qu'il participait à un entraînement physique en groupe 1,80 fois par semaine. Parmi les membres des FC, 64,8 % ont indiqué qu'on leur avait donné du temps pour faire de l'exercice pendant les heures de travail, exception faite de l'entraînement physique en groupe. De plus, 78,9 % des militaires ont mentionné que les dirigeants des FC les encourageaient à être actifs physiquement.

Tableau 7.5: Facteurs du milieu de travail ayant une incidence sur la pratique de l'activité physique, SSSV 2008-2009

	Proportion (IC à 95 %)
Temps accordé pour faire de l'exercice pendant les heures de travail (exception faite de l'entraînement physique en groupe)	64,8 % (61,3-68,2 %)
Satisfaits des installations d'exercice au travail	74,0 % (70,7-77,1 %)
D'avis que les dirigeants des FC vous encouragent à être actifs physiquement	78,9 % (75,5-81,6 %)

Tests d'évaluation de la condition physique

Une bonne condition physique est une exigence qui s'applique à tout le personnel des FC, et celui-ci doit passer régulièrement un test d'évaluation de la condition physique pour assurer l'universalité du service. Conformément aux DOAD-5023-2, toutes les normes de condition physique reposent sur les exigences d'exécution des fonctions générales, des fonctions propres à chacune des trois armées, des fonctions professionnelles et des fonctions opérationnelles, et ont été scientifiquement confirmées en conséquence.

Les cinq tâches communes qui constituent la base des normes minimales de condition physique (NMCP) que tous les militaires peuvent être appelés à exécuter en cas d'urgence sont les suivantes :

1. évacuer des naufragés;
2. évacuer des blessés;
3. ramper à plat ventre ou à l'aide des mains et des genoux;
4. creuser des tranchées;
5. transporter des sacs de sable.

L'état de préparation des membres des FC à l'exécution de ces tâches est évalué au moyen du test EXPRES des FC ou du test d'aptitude physique au combat. Les militaires sont tenus de passer l'un de ces tests tous les ans, à moins que l'un d'entre eux en ait été dispensé au cours de la série d'épreuves précédente ou pour des raisons médicales. L'échec à l'un de ces tests d'évaluation de la condition physique entraîne des conséquences négatives sur la carrière des membres des FC, puisque ceux qui ne détiennent pas une attestation certifiant qu'ils sont physiquement aptes n'ont pas droit à une promotion et ne peuvent pas participer à une opération de déploiement.

Le test EXPRES des FC inclut trois mesures de la condition physique : une course-navette de 20 m (VO_2 max), un test de préhension de la main (force musculaire), des extensions des bras et des redressements assis (endurance musculaire) (Directeur général – Services de soutien au personnel et aux familles, 2005). Le test d'aptitude physique au combat, quant à lui, comprend une marche chronométrée de 13 km, le transport d'un blessé (prise du pompier) sur une distance de 100 m et une simulation de creusage d'une tranchée. Veuillez noter que le SSSV 2004 ne comportait aucune question sur ce dernier test.

Dans l'ensemble, 77,4 % des membres des FC ont subi un test d'évaluation de la condition physique. Plus précisément, 38,0 % des militaires ont effectué le test EXPRES des FC, 22,7 % ont effectué le test d'aptitude physique au combat et 16,7 % ont subi les deux tests. Les militaires qui ont été dispensés par mesure d'encouragement (en raison d'un résultat exceptionnel à un test préalable d'évaluation de la condition physique) représentaient 11,4 % de l'échantillon. Une dispense pour des raisons médicales a été accordée à 6,7 % du personnel des FC, et 4,6 % des répondants n'ont pas effectué le test EXPRES des FC ni le test d'aptitude physique au combat au cours des 12 derniers mois pour des raisons inconnues. En 2008-2009, le personnel féminin avait beaucoup plus tendance que le personnel masculin à déclarer avoir obtenu une dispense pour des raisons médicales ou par mesure d'encouragement.

Tableau 7.6: Participation au test EXPRES des FC et au test d'aptitude physique au combat au cours des 12 derniers mois, dans l'ensemble et selon le sexe, SSSV 2008-2009

Élément	Proportion (IC à 95 %)		
	Hommes	Femmes	Dans l'ensemble
Test EXPRES des FC seulement	38,4 % (34,5-42,5 %)	35,0 % (31,6-38,5 %)	38,0 % (34,5-41,5 %)
Test d'aptitude physique au combat seulement	23,7 % (20,2-27,5 %)	16,4 % (13,9-19,3 %)	22,7 % (19,7-26,0 %)
Les deux tests	16,8 % (14,0-19,9 %)	16,1 % (13,7-18,8 %)	16,7 % (14,2-19,4 %)
Dispense par mesure d'encouragement	10,5 % (8,3-13,2 %)	17,0 % (14,6-19,7 %)	11,4 % (9,4-13,7 %)
Dispense pour des raisons médicales	5,9 % (4,1-8,5 %)	12,0 % (9,7-14,7 %)	6,7 % (5,1-8,9 %)
N'a effectué aucun test	4,7 % (3,2-6,9 %)	3,6 % (2,5-5,1 %)	4,6 % (3,3-6,4 %)

Comme le montre le tableau 7.7, les militaires de 30 à 39 ans étaient statistiquement plus susceptibles d'avoir subi le test EXPRES des FC que ceux de 18 à 29 ans. En ce qui concerne le fait d'avoir passé ou non le test d'aptitude physique au combat, l'âge ne semblait pas être un facteur.

Le personnel de l'Armée de terre (37,2 %) était nettement moins susceptible d'avoir effectué le test EXPRES des FC que le personnel de la Force aérienne (70,6 %), de la Marine (71,0 %) ou d'autres commandements (60,1 %). Cependant, c'est chez le personnel de l'Armée de terre que l'on a observé les taux les plus élevés de participation au test d'aptitude physique au combat (67,8 %) par rapport à tout autre commandement. Même si on n'a remarqué aucune différence quant à la proportion de personnes ayant passé le test EXPRES des FC selon le sexe ou le grade, les MR et les hommes avaient beaucoup plus tendance que les officiers et les femmes à déclarer avoir subi le test d'aptitude physique au combat au cours des 12 mois précédant leur participation au sondage. Il est à noter que seules les plus grosses bases comptaient un nombre suffisant de répondants pour établir des comparaisons relativement à la participation aux tests.

Tableau 7.7: Participation au test EXPRES des FC et au test d'aptitude physique au combat au cours des 12 derniers mois, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	% de participation au test EXPRES des FC [§] (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>	% de participation au test d'aptitude physique au combat [§] (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe ^θ	Hommes	55,5 % (50,7-60,3 %)	n.s.	62,2 % (59,0-65,4 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	Femmes	50,9 % (47,3-54,6 %)		51,5 % (47,9-55,2 %)	
Grade	MR	53,5 % (49,0-58,0 %)	n.s.	62,6 % (58,2-66,9 %)	<i>p</i> = 0,006
	Officier	58,3 % (53,7-62,9 %)		53,7 % (49,1-58,3 %)	
Groupe d'âge	18 à 29	47,9 % (39,6-56,3 %)	Réf.	60,3 % (50,2-68,0 %)	Réf.
	30 à 39	63,0 % (56,7-68,9 %)	<i>p</i> = 0,005	65,2 % (59,1-70,8 %)	n.s.
	40 à 49	53,7 % (48,3-59,0 %)	n.s.	59,7 % (54,3-64,8 %)	n.s.
	50 à 64	51,2 % (40,0-62,3 %)	n.s.	47,3 % (36,2-58,7 %)	n.s.
Commandement	Armée de terre	37,2 % (32,0-42,7 %)	Réf.	67,8 % (62,1-73,0 %)	Réf.
	Force aérienne	70,6 % (62,8-77,4 %)	<i>p</i> ≤ 0,001	55,1 % (46,9-63,0 %)	<i>p</i> = 0,01
	Marine	71,0 % (61,6-78,9 %)	<i>p</i> ≤ 0,001	64,7 % (55,2-73,1 %)	n.s.
	Autre	60,1 % (53,2-66,6 %)	<i>p</i> ≤ 0,001	50,3 % (43,5-57,2 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
Base	Ottawa	58,2 % (49,2-66,7 %)	Réf.	41,5 % (33,2-50,3 %)	Réf.
	Gagetown	23,9 % (14,1-37,6 %)	<i>p</i> ≤ 0,001	69,1 % (54,2-80,9 %)	<i>p</i> = 0,002
	Petawawa	26,0 % (15,3-40,7 %)	<i>p</i> ≤ 0,001	73,7 % (59,5-84,3 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	Edmonton	29,4 % (17,6-44,9 %)	<i>p</i> = 0,002	69,0 % (53,8-81,0 %)	<i>p</i> = 0,003
	Valcartier	55,7 % (44,0-66,7 %)	n.s.	67,5 % (55,7-77,4 %)	<i>p</i> = 0,001
	Trenton	67,6 % (52,0-80,1 %)	n.s.	59,1 % (43,7-72,8 %)	n.s.
	Halifax	68,0 % (56,0-78,1 %)	n.s.	64,3 % (52,2-74,8 %)	<i>p</i> = 0,003
	Esquimalt	76,2 % (59,5-87,4 %)	n.s.	64,3 % (48,0-77,9 %)	<i>p</i> = 0,015

θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

§ Inclut le personnel des FC ayant passé les deux tests d'évaluation de la condition physique au cours des 12 mois précédents.

Parmi les militaires ayant effectué le test EXPRES des FC en 2008-2009, 97,1 % ont déclaré l'avoir réussi. De plus, 99,1 % du personnel n'ayant pas été dispensé par mesure d'encouragement ou pour des raisons médicales a passé le test d'aptitude physique au combat. En raison du faible taux d'échec au test EXPRES des FC et au test d'aptitude physique au combat, il a été impossible de stratifier l'analyse selon le sexe, l'âge, le grade, le commandement des FC ou la base des participants au sondage.

Comme l'indique le tableau 7.8, on n'a noté aucune différence statistiquement significative quant aux taux d'échec au test EXPRES des FC entre 2004 et 2008-2009.

Tableau 7.8: Taux de participation et d'échec au test EXPRES des FC selon le sexe, SSSV 2004 et de 2008-2009^θ

		Proportion (IC à 95 %)		
		Hommes	Femmes	Dans l'ensemble
SSSV 2004	Test effectué	76,5 % (74,2-78,9 %)	68,9 % (65,9-71,9 %)	75,5 % (73,7-77,3 %)
	Taux d'échec [§]	3,5 % (2,1-4,8 %)	11,0 % (8,1-13,9 %)	4,4 % (3,3-5,6 %)
SSSV 2008-2009	Test effectué	55,5 % (50,7-60,3 %)	50,9 % (47,3-54,6 %)	54,9 % (52,0-57,8 %)
	Taux d'échec [§]	2,5 % (1,0-4,0 %)	6,7 % (3,9-9,5 %)	3,0 % (1,8-4,3 %)

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

[§] Proportion de membres des FC ayant effectué le test EXPRES des FC *et* n'ayant pas réussi une ou plusieurs parties du test.

Références

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine*, s.d. (n° H39-429/1998-1F au catalogue). Consulté sur le site de l'ASPC :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pag-gap/pdf/guide-fra.pdf>

Agence de soutien du personnel des Forces canadiennes (ASRFC), Direction de l'éducation physique. *Manuel d'instruction du programme EXPRES FC*, 3^e édition, 2005. Consulté sur le site du ministère de la Défense nationale :

http://armyapp.forces.gc.ca/38CBG_ARSD/CBTIST/top7/CFEXPRESManual.pdf

Ainsworth BE. (2002, January) *The compendium of physical activities tracking guide*. Prevention Research Center, Norman J. Arnold School of Public Health, University of South Carolina.

Consulté sur le Web le 4 novembre 2009 :

http://prevention.sph.sc.edu/tools/docs/documents_compendium.pdf

Blais AR, Thompson MM, Febbraro A, Pickering D, McCreary D. (2003). *The development of a multidimensional measure of post-deployment reintegration: Initial psychometric analyses & descriptive results* (Directeur général – Services de santé, Qualité de vie). Consulté sur le site de Recherche et développement pour la défense Canada : <http://pubs-www.drenet.dnd.ca/BASIS/>

Booth ML, Hunter C, Gore CJ, Bauman A, & Owen N (2000). The relationship between body mass index and waist circumference: implications for estimates of the population prevalence of overweight. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(8):1058-61.

Burrell LM, Adams GA, Briley Durand D, Castro CA. The impact of military lifestyle demands on well-being, Army, and family outcomes. *Armed Forces and Society*, 33:43-58.

Cerin E, Conway TL, Saelens BE, Frank LD, Sallis JF (2009). Cross-validation of the factorial structure of the Neighborhood Environment Walkability Scale (NEWS) and its abbreviated form (NEWS-A). *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 9(6):32.

Cerin E, Saelens BE, Sallis JF, Frank LD (2006). Neighborhood environment walkability scale: validity and development of a short form. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38(9):1682-1691.

Craig WJ, Vodanovich SJ. (2003). Workplace safety performance: Conscientiousness, cognitive failure, and their interaction. *Journal of Occupational Health and Psychology*, 8(4):316-327.

Cranny C, Smith P, Stone E. (1992) *Job satisfaction: How people feel about their jobs and how it affects their performance*. New York: Lexington Books.

Fondation des maladies du cœur du Canada. *L'environnement bâti, l'activité physique, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux (AVC)*, 2007. Consulté sur le site de la Fondation des maladies du cœur du Canada :
http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.4119357/k.547A/Point_de_vue_Environnement_b226ti.htm

Gilmour, H. « Les Canadiens physiquement actifs », *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 3, 2007, p. 49-70, Ottawa (Ont.), Canada, Statistique Canada (n° 82-003 au catalogue).

Initiative sur la santé de la population canadienne. *Améliorer la santé des Canadiens : promouvoir le poids santé*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2004. Consulté sur le site Web du gouvernement du Canada :
<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H118-36-2006F.pdf>

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (ICRCPMV). Sondage indicateur de l'activité physique en 2007, Bulletin n° 1, 2007. Consulté sur le site de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie :
http://www.cflri.ca/fra/statistiques/sondages/documents/2007pam_b1_fr.pdf

Locke EA (1976) The nature and causes of job satisfaction. In Dunnette M (ed) *Handbook of industrial and organisational psychology*. Rand McNally, Chicago, pp 1297-1349.

Organisation mondiale de la santé. *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques : rapport d'une consultation OMS/FAO d'experts*, OMS, Série de rapports techniques 916, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003.
Santé Canada. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*, 2007 (n° H164-38 au catalogue). Consulté sur le site de Santé Canada :
<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php>

Pickering, DI. (2006). *The relationship between work-life conflict/work-life balance and operational effectiveness in the Canadian Forces*. Rapport technique RDDC, RDDC, Toronto.

Texte intégral non traduit. Titre et résumé traduits : *La relation entre le conflit/la conciliation travail-vie personnelle et l'efficacité opérationnelle dans les Forces canadiennes.*

Santé Canada. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, 2003 (n° H49-179/2003F au catalogue). Consulté sur le site de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids-fra.pdf

Roberts RJ. (1995). Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? *Public Health*, 109(4):275-84.

Sanchez RP, Bray RM, Vincus AA, Bann CM. (2004). Predictors of job satisfaction among active duty and reserve/guard personnel in the U.S. Military. *Military Psychology*, 16(1):19-35.

Services de santé des Forces canadiennes. *Normes médicales (A-MD-154-000/FP-000, Appendice 1 à l'Annexe D de PFC 154 Énoncés de tâches des GPM)*, 2000. Consulté sur le site Web du ministère de la Défense nationale : <http://www.forces.gc.ca/health-sante/pd/cfp-pfc-154/AN-Dapp1-fra.asp>

Statistique Canada. *Obésité mesurée : obésité chez les adultes au Canada : poids et grandeur mesurés*, Ottawa, Statistique Canada, 2005 (n° 82-620-MWF2005001 au catalogue). (Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/pdf/4241444-fra.pdf>)

Statistique Canada. *Indice de masse corporelle chez les adultes*, 2009 (n° 82-221-X au catalogue). Consulté sur le site de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2009001/tblstructure/1hs/1hc/hc1abm-fra.htm>

Statistique Canada. *Consommation de fruits et de légumes*, Feuillet d'information sur la santé, 2009 (n° 82-625-X au catalogue). Consulté sur le site Web de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010001/article/11101-fra.htm>

Thomas JL, Adler AB, Castro CA. (2005) Measuring operations tempo and relating it to military performance. *Military Psychology*, 17(3):137-156.

Thornton LE, Bentley RJ, Kavanagh AM (2009). Fast food purchasing and access to fast food restaurants: a multilevel analysis of VicLANES. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 6(28).

Tjepkema, M. *Obésité mesurée : obésité chez les adultes au Canada : poids et grandeur mesurés*, 2005 (n° 82-620-MWF2005001 au catalogue). Consulté sur le site de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/pdf/4241444-fra.pdf>

Vice-chef d'état-major de la Défense (VCEMD). *Directive du CEMD concernant le conditionnement physique* (CANFORGEN 198/05 CEMD 104/05 211441Z DEC 05), Ottawa (Ont.), Canada, Ministère de la Défense nationale, 2005.



RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE

CHAPITRE 8 ~ MÉDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTÉ

La présente section du rapport fournit de l'information sur la prise de médicaments « sur ou sans ordonnance » par le personnel des Forces canadiennes (FC). Cette section porte également sur la prise de suppléments et d'autres produits de santé.

Recours à une pharmacie civile par le personnel des FC

Plus de la moitié des répondants au sondage (59,1 %) ont indiqué qu'ils avaient acheté des médicaments (sur ou sans ordonnance) d'une pharmacie civile au cours de l'année précédant le sondage.

Comme le montre le tableau 8.1, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir acheté des médicaments d'une pharmacie civile. Les membres des FC ayant le français comme leur langue maternelle officielle étaient plus susceptibles que ceux dont la langue maternelle était l'anglais d'indiquer avoir eu recours à une pharmacie civile. Les militaires ayant déclaré être veufs, séparés ou divorcés étaient nettement plus susceptibles de mentionner qu'ils avaient eu recours à une pharmacie civile que ceux qui étaient mariés au moment du sondage. En ce qui concerne le recours à une pharmacie civile, on n'a constaté aucune différence selon le grade, le commandement et la base ou l'escadre.

Tableau 8.1: Recours à une pharmacie civile pour acheter des médicaments sur ou sans ordonnance, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Recours à une pharmacie civile (IC à 95 %)	Valeur p
Sexe	Homme	57,3 % (53,2-61,3 %)	$p \leq 0,001$
	Femme	70,6 % (67,3-73,8 %)	
Langue	Anglais	53,8 % (49,5-58,2 %)	$p \leq 0,001$
	Français	71,4 % (65,3-76,8 %)	
État matrimonial	Marié	58,6 % (54,4-62,7 %)	Réf.
	Veuf/séparé/divorcé	72,0 % (61,5-80,5 %)	$p = 0,021$
	Célibataire	54,6 % (45,4-63,4 %)	n.s.

Le côté pratique était la raison la plus fréquemment mentionnée (61,7 %) par les membres des FC qui ont indiqué avoir acheté des médicaments d'une pharmacie civile au cours de l'année précédant le sondage pour expliquer pourquoi ils avaient eu recours à ce type de pharmacie (tableau 8.2).

Tableau 8.2: Raisons pour lesquelles le personnel des FC a acheté des médicaments d'une pharmacie civile, SSSV 2008-2009

Réponse	Proportion (%) (IC à 95 %)
Il était plus pratique de se rendre à une pharmacie civile.	61,7 % (57,2-66,0 %)
La pharmacie de la base ou de l'escadre était fermée.	32,4 % (28,2-36,9 %)
Je préfère les produits disponibles dans les pharmacies civiles.	19,2 % (15,7-23,2 %)
Il n'y a pas de pharmacie de base dans ma localité.	10,6 % (8,3-13,5 %)
Je préfère faire affaire avec le(s) pharmacien(s) des pharmacies civiles.	7,8 % (5,7-10,5 %)
Autre	4,4 % (3,1-6,4 %)

Remarque : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Les raisons pour lesquelles les membres des FC ont acheté des médicaments d'une pharmacie civile ne différaient pas statistiquement selon le sexe ou la langue officielle; elles différaient toutefois selon le grade du répondant. Comme le montre la figure 8.1, les officiers étaient beaucoup plus susceptibles d'acheter des médicaments d'une pharmacie civile parce qu'il était plus pratique de se rendre à une telle pharmacie et qu'il n'y avait pas de pharmacie de base dans leur localité. Par contre, les MR avaient beaucoup plus tendance à acheter des médicaments d'une pharmacie civile parce que la pharmacie de la base ou de l'escadre était fermée et qu'ils préféraient le choix de produits offerts dans les pharmacies civiles (voir aussi l'annexe 8.1).

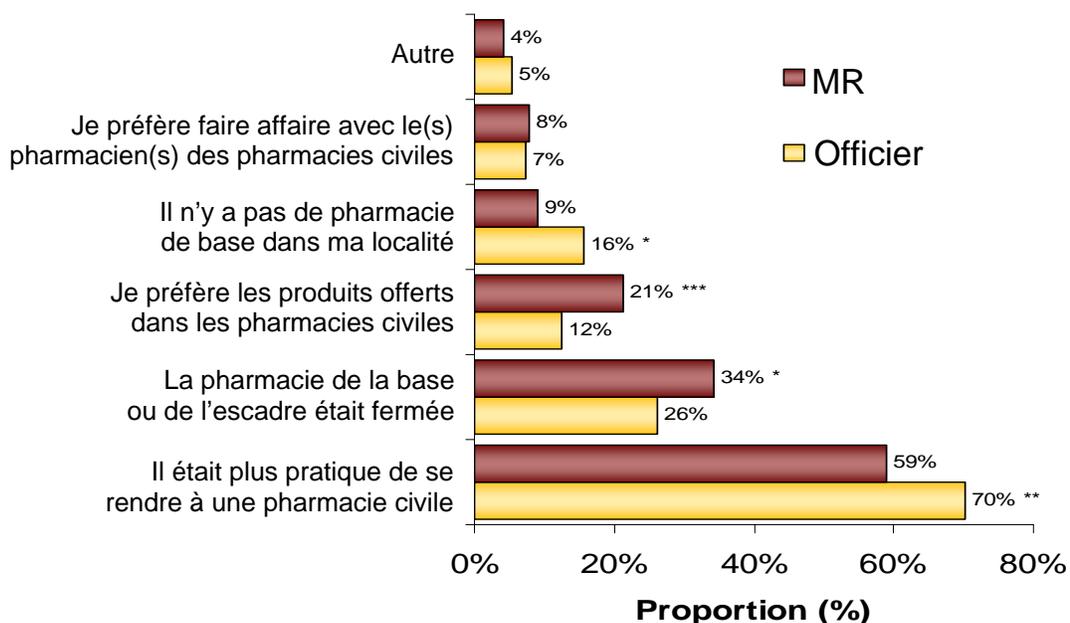


Figure 8.1: Raisons pour lesquelles les militaires du rang (MR) et les officiers ont acheté des médicaments d'une pharmacie civile, SSSV 2008-2009

Remarque : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

* $p < 0,05$ par rapport au groupe de référence; ** $p < 0,01$ par rapport au groupe de référence; *** $p < 0,001$ par rapport au groupe de référence.

Prise de médicaments sans ordonnance par le personnel des FC

Plus de la moitié des répondants au sondage (57,0 %) ont indiqué qu'ils avaient reçu, au cours des six mois précédant le sondage, des médicaments sans ordonnance directement d'une pharmacie militaire ou civile sans avoir consulté au préalable un médecin. Les femmes étaient plus nombreuses (67,2 %) que les hommes (55,5 %) à avoir reçu des médicaments sans ordonnance sans avoir consulté au préalable un médecin.

Parmi les médicaments sans ordonnance reçus au cours des six mois précédant le sondage, les analgésiques et les produits pour soulager la toux et les symptômes du rhume étaient de loin les médicaments les plus fréquemment mentionnés (respectivement 76,4 % et 62,7 %) (figure 8.2).

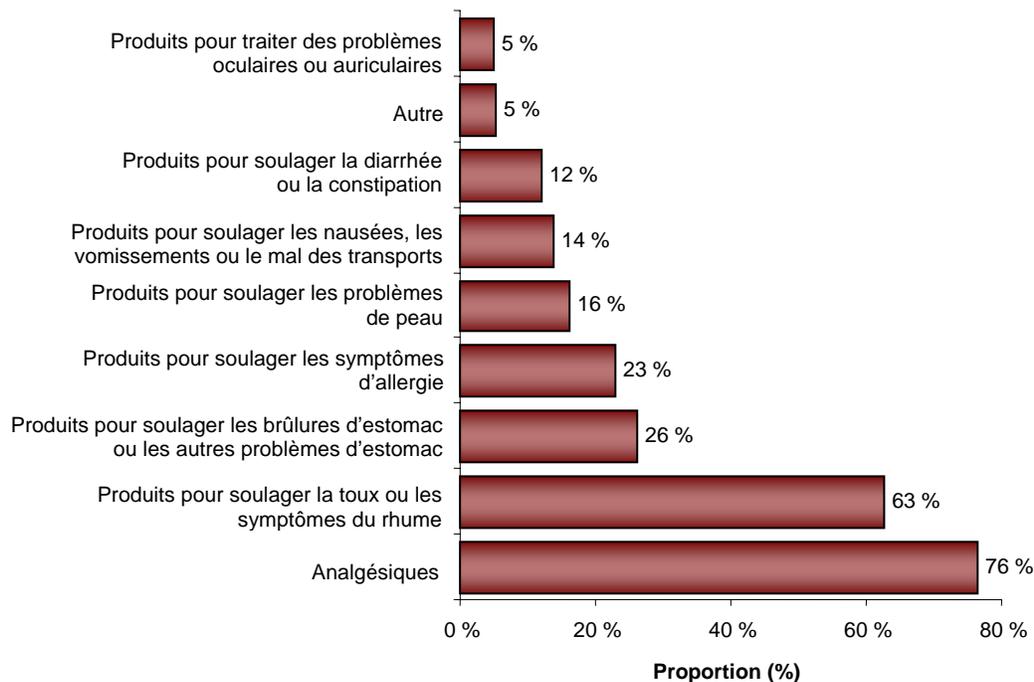


Figure 8.2: Médicaments sans ordonnance reçus sans la consultation préalable d'un médecin, SSSV 2008-2009

Remarque : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

La proportion d'hommes et de femmes ayant reçu des médicaments sans ordonnance sans consulter au préalable un médecin était semblable pour ce qui est de la plupart des médicaments. Cependant les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'avoir reçu un médicament pour soulager des problèmes de peau (17,3 % des hommes comparativement à 11,3 % des femmes), alors que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir reçu un produit pour soulager les nausées, les vomissements ou le mal des transports (20,4 % des femmes comparativement à 12,5 % des hommes). Les types de médicaments sans ordonnance reçus ne diffèrent pas entre les MR et les officiers.

Consultations d'un pharmacien

Parmi les membres des FC qui ont indiqué avoir reçu des médicaments sans ordonnance au cours des six mois précédant le sondage, près de la moitié des répondants se souvenaient avoir parlé à un pharmacien avant de les recevoir (tableau 8.3). Des proportions semblables d'hommes et de femmes ont parlé à un pharmacien avant de recevoir des médicaments sans ordonnance d'une pharmacie.

Tableau 8.3: Proportion de membres des FC ayant parlé à un pharmacien la dernière fois qu'ils ont reçu des médicaments sans ordonnance d'une pharmacie, SSSV 2008-2009

	Proportion (%) (IC à 95 %)		
	Hommes	Femmes	Dans l'ensemble
J'ai parlé à un pharmacien.	50,0 % (44,6-55,3 %)	46,8 % (42,6-51,0 %)	49,5 % (44,9-54,1 %)
Je n'ai pas parlé à un pharmacien.	46,0 % (40,7-51,4 %)	49,9 % (45,6-54,1 %)	46,6 % (42,1-51,2 %)
Je ne me souviens pas.	4,0 % (2,3-6,7 %)	3,3 % (2,3-4,9 %)	3,9 % (2,4-6,1 %)

Parmi les membres des FC qui ont reçu des médicaments sans ordonnance au cours des six mois précédant le sondage et qui ont parlé à un pharmacien la dernière fois qu'ils ont reçu des médicaments sans ordonnance, 68,4 % ont déclaré que le pharmacien leur avait recommandé de consulter un médecin si leurs symptômes « ne s'amélioraient pas »; cette proportion différait peu chez les hommes (68,5 %) et les femmes (68,0 %).

Médicaments sur ordonnance pour la perte de poids

Les Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants (Journal de l'Association médicale canadienne [JAMC], 2007) recommandent une alimentation à faible teneur en énergie et l'activité physique régulière comme traitement de première intention chez les adultes obèses ou surpoids. Il y est suggéré « d'ajouter un agent pharmacologique choisi dans les cas appropriés chez les adultes surpoids ou obèses qui ne réussissent pas à atteindre une perte de poids significative sur le plan clinique ou à maintenir leur poids par l'alimentation et l'exercice ». Cependant, on ne sait pas au juste si les bienfaits l'emportent sur les risques.

On a demandé aux membres des FC s'ils savaient qu'il existait au Canada des médicaments mis au point spécialement pour aider les gens à perdre du poids. Dans l'ensemble, à peine moins de la moitié (49,2 %) des membres des FC connaissaient l'existence de ces médicaments. Les femmes au sein des FC étaient plus nombreuses que les hommes à être informées de la mise sur le marché de ces médicaments (tableau 8.4). Les membres des FC qui ont été classés comme étant obèses (indice de masse corporelle (IMC \geq 30) étaient moins susceptibles que ceux ayant un poids normal (IMC < 25) de connaître l'existence de ces médicaments.

Tableau 8.4: Connaissance de l'existence de médicaments sur ordonnance favorisant la perte de poids offerts au Canada, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Proportion (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	48,5 % (44,3-52,6 %)	<i>p</i> = 0,04
	Femme	54,2 % (50,5-57,9 %)	
Catégorie d'IMC selon l'OMS	Poids normal (IMC < 25)	51,0 % (44,2-57,8 %)	Réf.
	Surpoids (IMC = 25-29,9)	52,9 % (47,6-58,2 %)	n.s.
	Obésité (IMC ≥ 30)	39,7 % (32,4-47,0 %)	<i>p</i> = 0,027

Près de la moitié du personnel des FC (51,0 %) croit que certaines personnes ont besoin de médicaments sur ordonnance pour les aider à stabiliser leur poids. Comme l'indique le tableau 8.5, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à croire que certaines personnes ont besoin de médicaments sur ordonnance pour les aider à stabiliser leur poids; les personnes classées comme étant obèses (IMC ≥ 30) étaient également plus susceptibles d'être de cet avis que celles ayant un poids normal (IMC < 25).

Tableau 8.5: Croyance selon laquelle certaines personnes ont besoin de médicaments sur ordonnance pour les aider à stabiliser leur poids, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Proportion (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	49,1 % (45,2-53,1 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	Femme	63,6 % (60,2-66,9 %)	
Catégorie d'IMC selon l'OMS	Poids normal (IMC < 25)	41,2 % (34,7-47,6 %)	Réf.
	Surpoids (IMC = 25-29,9)	49,3 % (44,0-54,6 %)	n.s.
	Obésité (IMC ≥ 30)	65,5 % (58,0-73,0 %)	<i>p</i> ≤ 0,001

À la question « Croyez-vous que des médicaments sur ordonnance vous aideraient à atteindre ou à conserver un poids santé? », seulement 37,7 % des membres des FC ont répondu par l'affirmative. Comme le montre le tableau 8.6, on n'a remarqué aucune différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes à ce sujet.

Les membres des FC qui ont été classés comme étant obèses étaient statistiquement plus susceptibles de croire que des médicaments sur ordonnance aideraient certaines personnes à atteindre ou à conserver un poids santé que ceux qui n'ont pas été classés dans cette catégorie. Cependant, les personnes classées comme ayant un surpoids n'étaient pas plus susceptibles que les personnes ayant un poids normal à croire que des médicaments sur ordonnance les aideraient à atteindre ou à conserver un poids santé.

Tableau 8.6: Croyance selon laquelle des médicaments sur ordonnance aideraient à stabiliser ou à maintenir son propre poids, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Proportion (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	37,0 % (34,0-40,1 %)	n.s.
	Femme	39,0 % (36,2-41,8 %)	
Catégorie d'IMC selon l'OMS	Poids normal (IMC < 25)	42,0 % (38,0-46,0 %)	Réf.
	Surpoids (IMC = 25-29,9)	38,2 % (34,3-42,2 %)	n.s.
	Obésité (IMC ≥ 30)	30,7 % (24,3-37,0 %)	<i>p</i> = 0,003

Prise de vitamines et de suppléments

On a demandé au personnel des FC s'il avait pris régulièrement (c.-à-d. la plupart des jours de la semaine) un quelconque supplément ou une quelconque vitamine au cours des 12 mois précédant le sondage. Dans l'ensemble, 63,1 % des membres des FC ont indiqué qu'ils avaient pris régulièrement un type de supplément au cours des 12 mois précédant le sondage. Les hommes (62,0 %) étaient moins susceptibles que les femmes (70,1 %) de mentionner avoir pris des suppléments. Les suppléments qui ont été les plus fréquemment consommés au cours des 12 derniers mois étaient les multi-vitamines (38,0 %), les boissons énergétiques (28,6 %) de même que des vitamines, minéraux ou anti-oxydants pris séparément (27,5 %) (figure 8.3).

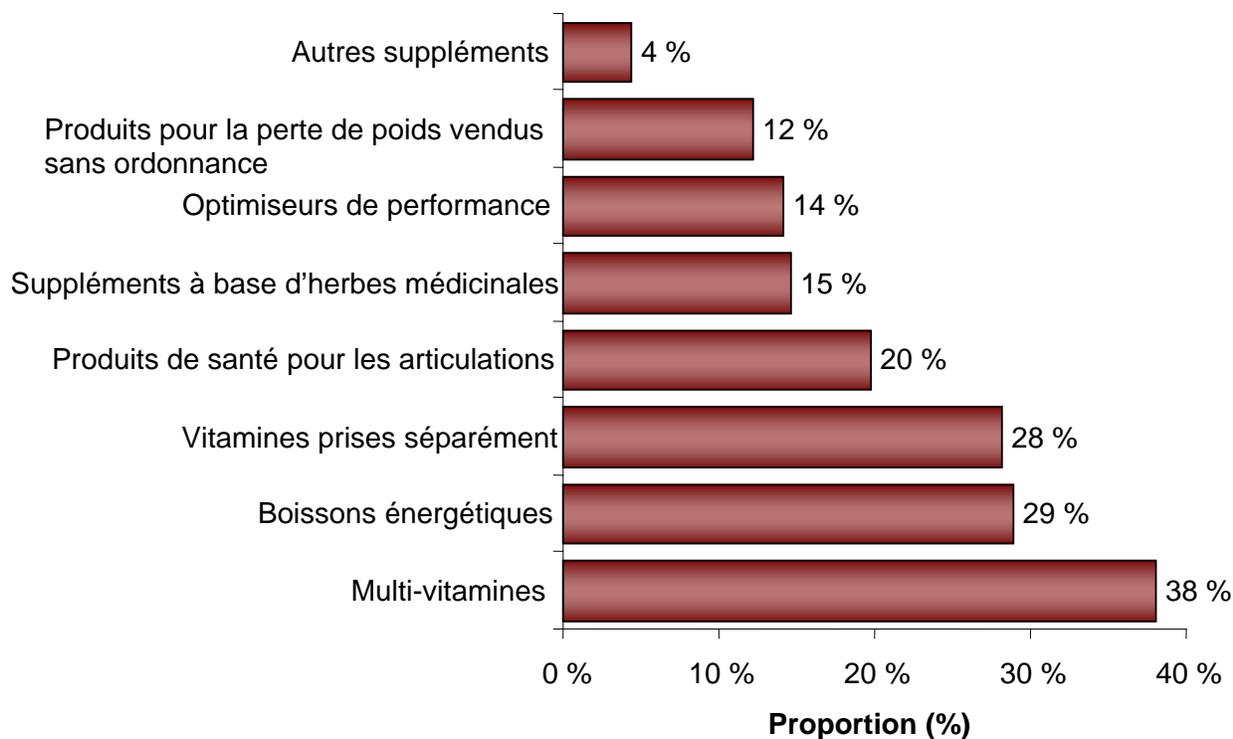


Figure 8.3 : Prise régulière de suppléments au cours des 12 derniers mois, SSSV 2008-2009

Remarque : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

On a demandé aux membres des FC qui ont répondu avoir pris des vitamines ou des suppléments au cours des 12 derniers mois d'évaluer l'efficacité des produits. Comme le montre la figure 8.4, de 10 à 45 % des membres des FC ne savaient pas si le supplément qu'ils consommaient régulièrement était efficace. Près de la moitié des membres des FC ont déclaré que les suppléments qu'ils consommaient étaient soit très efficaces, soit modérément efficaces; les personnes qui prenaient des produits pour la perte de poids vendus sans ordonnance et d'autres suppléments étaient moins susceptibles d'être de cet avis.

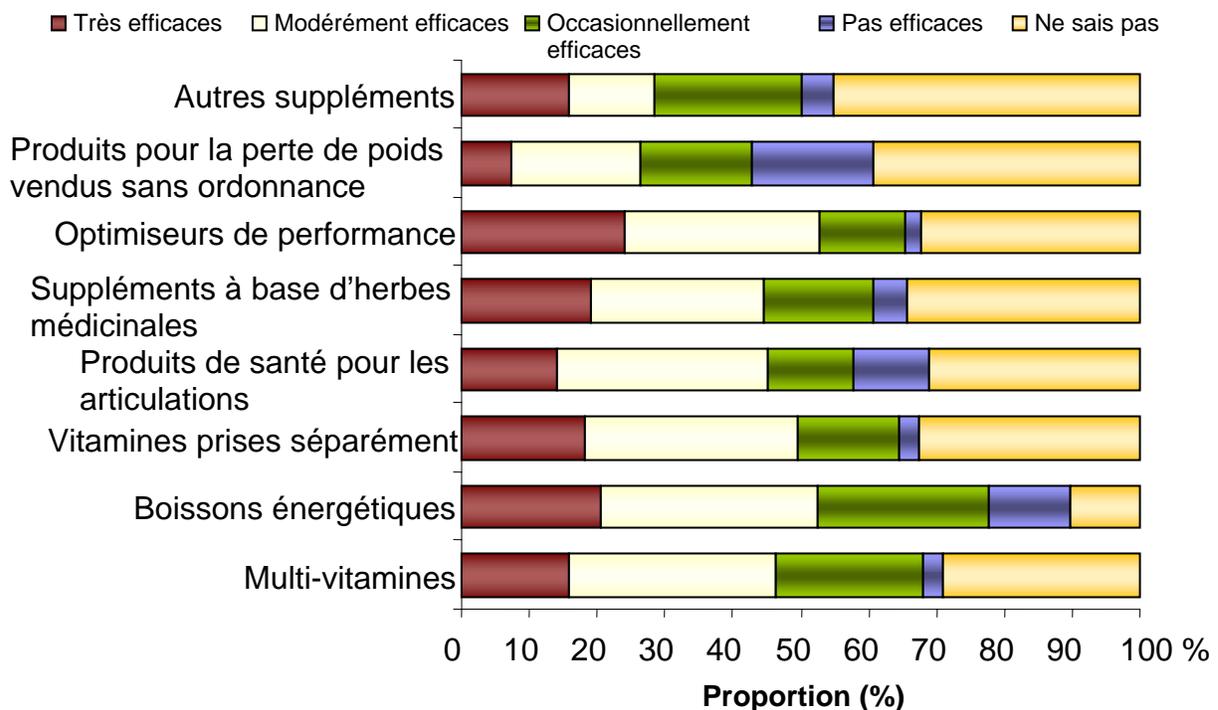


Figure 8.4: Évaluation de l'efficacité des suppléments par le personnel des FC, SSSV 2008-2009

Références

Lau, D.C., J.D. Douketis, K.M. Morrison, J.M. Hramiak, A.M. Sharma, E. Ur. « Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants [sommaire] », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 176, n° 8, S1-13, 2007.



RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE

CHAPITRE 9 ~ POIDS SANTÉ, ALIMENTATION ET NUTRITION

POIDS SANTÉ ET SURPOIDS

Le surpoids est associé à de nombreux problèmes de santé bien connus, notamment le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, l'arthrose, le cancer et d'autres troubles chroniques. Le surpoids a aussi été associé à des problèmes psychosociaux, à des limitations fonctionnelles et à des incapacités (Statistique Canada, 2005). À l'évidence, les Forces canadiennes (FC) ont tout intérêt à promouvoir le maintien d'un poids santé chez leur personnel afin que celui-ci demeure en bon état de préparation opérationnelle (CANFORGEN 198/05).

De nombreuses mesures permettent de déterminer la composition corporelle d'une personne. Certaines de ces mesures ne peuvent être utilisées que dans un cadre clinique contrôlé, telles la pesée hydrostatique, l'analyse d'impédance bioélectrique, la pléthysmographie par déplacement d'air, la mesure des plis cutanés et l'absorptiométrie à rayons X en double énergie. D'autres mesures de la composition corporelle conviennent mieux aux études en population, notamment le rapport tour de taille/hanches, le tour de taille, le rapport poids/taille et l'indice de masse corporelle (IMC). Chacune de ces mesures fournit une évaluation directe ou indirecte de la masse adipeuse d'une personne.

L'IMC est souvent utilisé pour mesurer le surpoids des membres d'une population, en raison à la fois de sa facilité d'utilisation et de sa corrélation satisfaisante avec les évaluations normalisées de l'adiposité corporelle. Dans le SSSV 2008-2009, on a demandé aux répondants d'indiquer leur taille (en mètres ou en pieds et en pouces) et leur poids (en kilogrammes ou en livres). On a alors calculé l'IMC de chaque personne en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (kg/m^2). Des études ont montré que le rapport poids/taille est fortement corrélé au pourcentage de la masse adipeuse d'une personne (Santé Canada, 2003) et est un facteur prédictif de la mortalité toutes causes confondues et de la mortalité par maladie cardiovasculaire et par cancer (Calle et coll., 1999). Un IMC élevé est également associé à des troubles chroniques graves, à des incapacités physiques, à des troubles mentaux et à un état de santé auto-évalué généralement mauvais (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2003).

Selon une récente étude prospective menée auprès d'environ 900 000 adultes sur le lien entre l'IMC et la mortalité, l'IMC optimal se situe entre 22,5 et 25 kg/m^2 , et le taux global de mortalité augmente de 30 % pour chaque 5 kg/m^2 additionnels (Prospective Studies Collaboration, 2009).

L'IMC est également utilisé pour classer les adultes dans les catégories suivantes : personnes dont le poids est insuffisant, personnes dont le poids est normal, personnes ayant un surpoids ou personnes obèses. Selon l'OMS, un IMC de moins de 18,5 kg/m^2 correspond à un poids insuffisant, un IMC de 18,5 kg/m^2 à 24,9 kg/m^2 , à un poids

normal, un IMC de 25 kg/m² à 29,9 kg/m², à un surpoids et un IMC de plus de 30 kg/m², à un problème d'obésité (OMS, 2003).

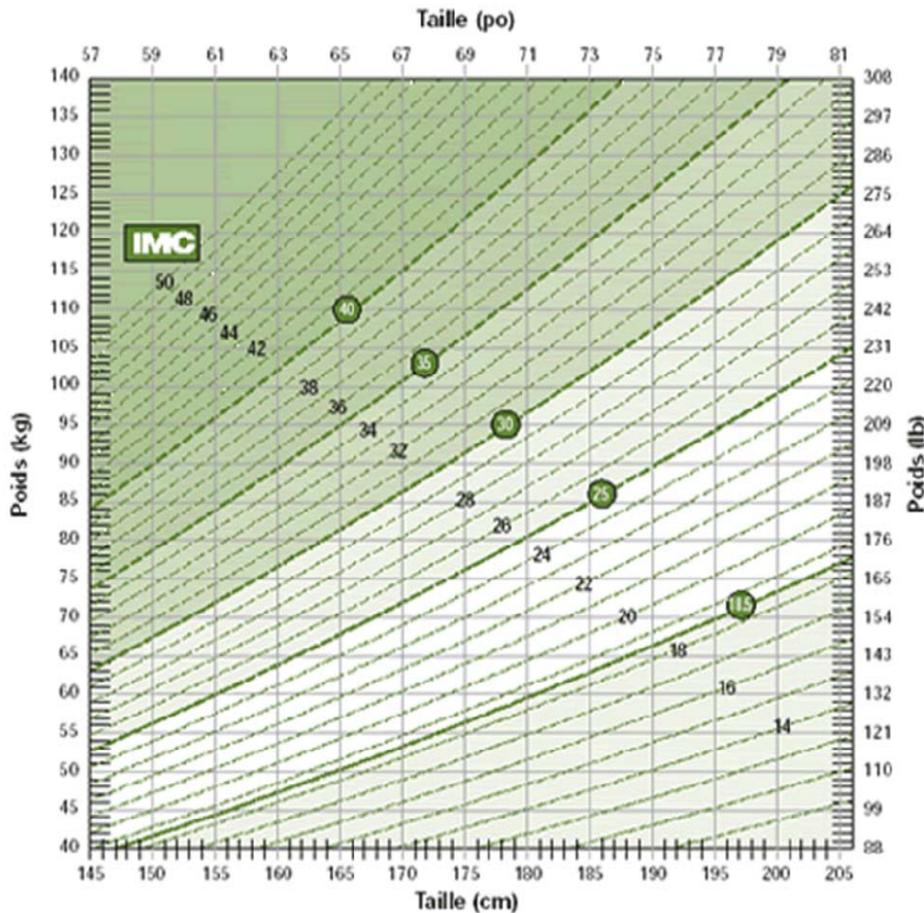


Figure 9.1 : Nomogramme de l'IMC élaboré par Santé Canada (2003)

Il faut remarquer que l'IMC est fortement corrélé à la masse adipeuse totale et est, par conséquent, un indicateur des risques pour la santé associés à un poids insuffisant, au surpoids et à l'obésité. Cependant, l'IMC ne fournit aucune information sur la répartition de la masse adipeuse, alors que les études montrent pourtant clairement qu'un excès d'adiposité abdominale est associé à des risques accrus pour la santé (Santé Canada, 2003). De plus, il semble que l'IMC en tant que système de classification du poids comporte certaines limites lorsqu'il est utilisé chez certains groupes tels que les jeunes adultes qui n'ont pas achevé leur croissance, les adultes qui ont une fine ossature, ceux qui ont une musculature très développée, les personnes âgées de plus de 65 ans et certains groupes ethniques ou raciaux (Douketis et coll., 2005; Santé Canada, 2003; OMS, 2004).

Il a aussi été établi que les données autodéclarées entraînent souvent une sous-estimation de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans une population (Booth, 2000; Roberts, 1995; Shields et coll., 2008). Des données récentes tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ont révélé que, lorsque les données sur la taille et le poids autodéclarés ont été validées par rapport aux données sur la taille et le poids mesurés, la prévalence de l'obésité avait été sous-estimée de près de 7 %. Une fois les

résultats répartis selon le sexe, on a constaté que le taux d'obésité avait été sous-déclaré de 9 % chez les hommes et de 6 % chez les femmes (Connor-Gorber et Tremblay, 2009).

Dans la population canadienne générale, il est bien connu que le nombre de personnes ayant un poids excessif par rapport à leur taille est en hausse. De 1981 à 2007-2009, l'IMC moyen des hommes et des femmes a augmenté, respectivement, de 2,2 kg/m² et de 1,7 kg/m² (Statistique Canada, 2010).

Indice de masse corporelle des membres des FC

Dans le SSSV 2008-2009, on a établi, en se servant des données sur la taille et le poids autodéclarés, que l'IMC moyen du personnel des FC était de 27,4 kg/m². Comme le montre le tableau 9.1, l'IMC moyen standardisé pour l'âge et le sexe était beaucoup plus élevé chez les hommes (27,6 kg/m²) que chez les femmes (25,7 kg/m²). Comme l'indiquaient aussi les données sur la population générale, l'IMC moyen était nettement plus élevé chez les groupes plus âgés que chez les personnes de 18 à 29 ans. Même s'ils étaient plus jeunes, les militaires du rang (MR) (27,7 kg/m²) ont déclaré des IMC nettement plus élevés que ceux des officiers (26,7 kg/m²). Parmi les militaires des huit plus grosses bases, ceux de Valcartier étaient les seuls à avoir déclaré des IMC moyens très inférieurs à ceux des militaires de la base d'Ottawa. On n'a remarqué aucune différence quant à l'IMC moyen selon les commandements des FC.

Tableau 9.1: IMC du personnel des FC selon certaines caractéristiques, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	IMC (kg/m²) (IC à 95 %)	Valeur p
Sexe ^θ	Homme	27,6 (26,4-28,9)	$p \leq 0,001$
	Femme	25,7 (24,4-27,0)	
Groupe d'âge	18 à 29	26,1 (25,5-26,7)	Réf.
	30 à 39	27,5 (27,0-27,9)	$p = 0,001$
	40 à 49	28,3 (27,9-28,7)	$p \leq 0,001$
	50 à 64	27,7 (26,9-28,6)	$p = 0,004$
Grade	MR	27,7 (27,3-28,0)	$p \leq 0,001$
	Officier	26,7 (26,4-27,0)	

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Comme l'indique le tableau 9.2, l'IMC moyen autodéclaré par le personnel des FC n'a pas augmenté considérablement de 2004 à 2008-2009, bien que cette tendance ait été semblable à celle notée dans la population civile canadienne.

Tableau 9.2: Comparaisons des IMC déclarés dans le SSSV 2004 et celui de 2008-2009^θ

Catégorie	Année du sondage	IMC (kg/m ²)	Différence (kg/m ²)	Valeur p
Femmes	2004	25,2 (24,4-26,3)	0,5	n.s.
	2008-2009	25,7 (24,4-27,0)		
Hommes	2004	27,4 (26,4-28,5)	0,2	n.s.
	2008-2009	27,6 (26,4-28,9)		
Dans l'ensemble	2004	27,1 (26,1-28,2)	0,3	n.s.
	2008-2009	27,4 (26,1-28,6)		

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Profil d'obésité et de surpoids dans les FC

On a constaté une augmentation statistiquement significative de la proportion totale de membres des FC classés dans la catégorie des personnes obèses (IMC ≥ 30) de 2004 (20,5 %) à 2008-2009 (23,5 %) (figure 9.2). Dans l'ensemble, en 2008-2009, 28,8 % des membres des FC avaient un poids normal, 47,7 % présentaient un surpoids et 23,5 % étaient considérés obèses. Durant cette période, on n'a observé aucun changement important quant à la proportion d'hommes classés dans les catégories suivantes : personnes ayant un poids normal ou insuffisant, personnes ayant un surpoids ou personnes obèses (figure 9.3). Cependant, de 2004 à 2008-2009, on a constaté une diminution marquée de la proportion de femmes appartenant à la catégorie de personnes ayant un poids normal ou insuffisant, et une augmentation de la proportion de femmes obèses (figure 9.4).

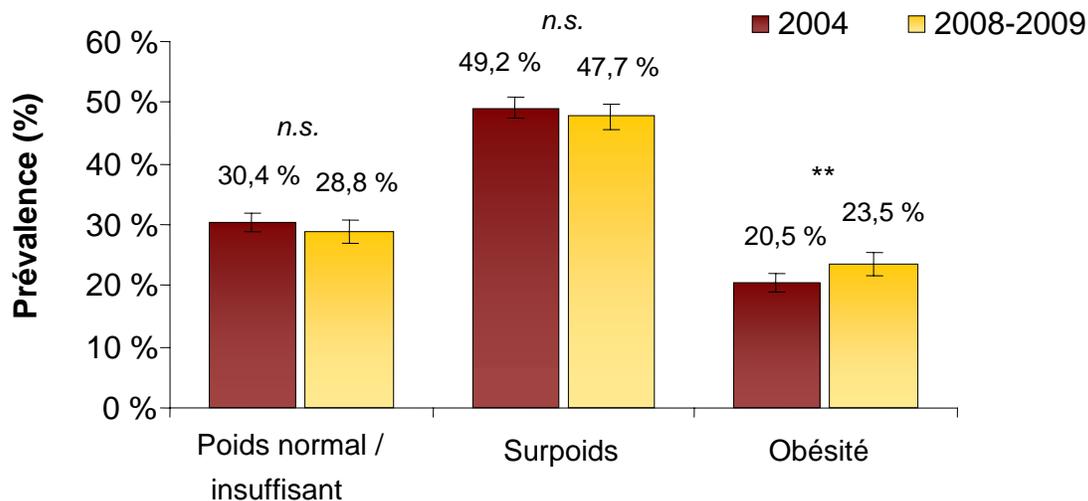


Figure 9.2: Catégories d'IMC de l'ensemble du personnel des FC, SSSV 2004 et 2008-2009^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

** $p \leq 0,01$ par rapport au groupe de référence.

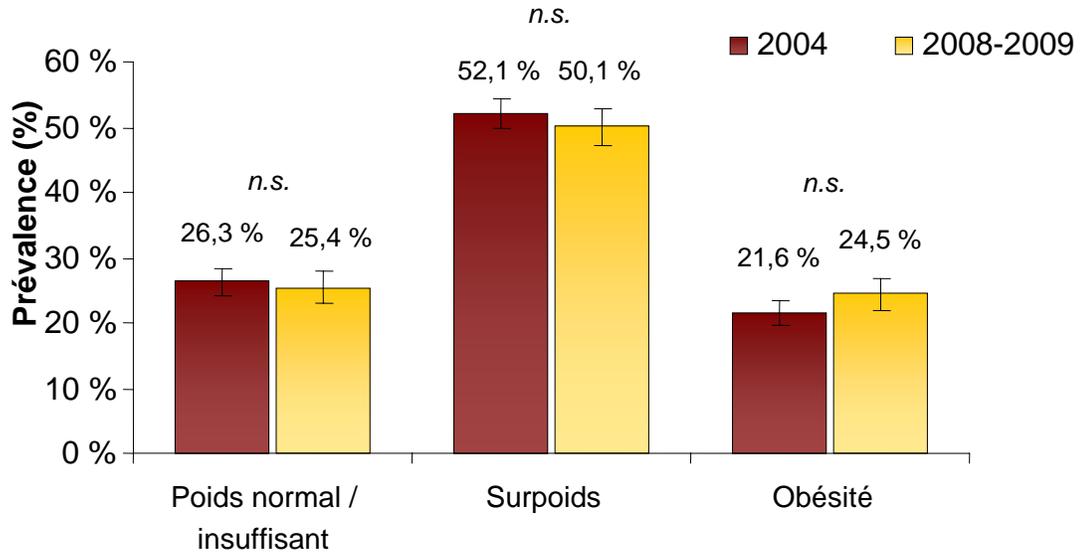


Figure 9.3: Catégories d'IMC du personnel masculin des FC, SSSV 2004 et 2008-2009^θ
^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

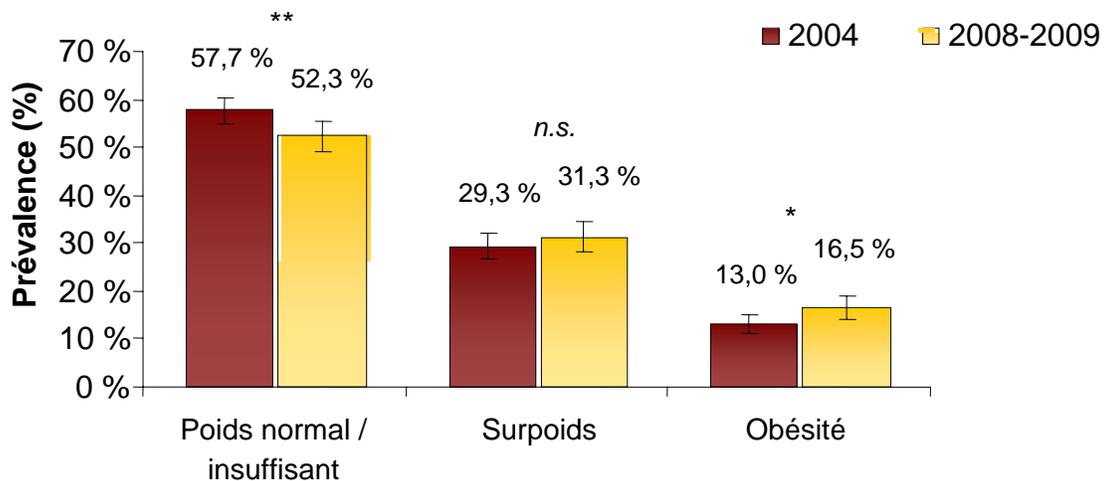


Figure 9.4: Catégories d'IMC du personnel féminin des FC, SSSV 2004 et 2008-2009^θ
^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

* $p \leq 0,05$ par rapport au groupe de référence; ** $p \leq 0,01$ par rapport au groupe de référence.

Comme le montre la figure 9.5, les membres des FC étaient plus susceptibles de présenter un surpoids ou d'être obèses à mesure qu'ils avançaient en âge. La prévalence de l'obésité variait de 12 % chez les 18 à 29 ans à 30 % chez les 40 à 49 ans.

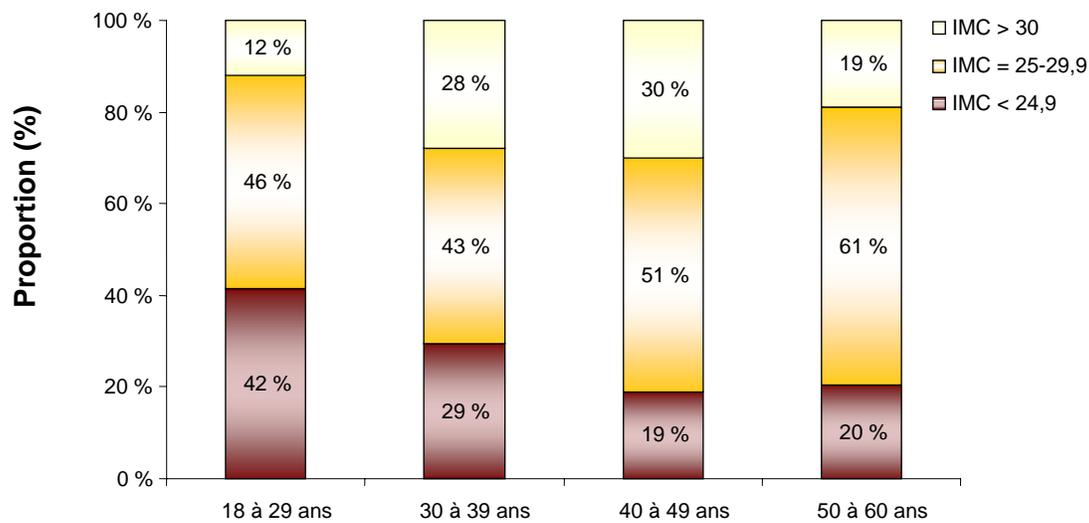


Figure 9.5: Catégories d'IMC selon le groupe d'âge, SSSV 2008-2009

Comme le montre le tableau 9.3, le taux d'obésité était considérablement plus élevé chez les répondants ayant déclaré être en mauvaise santé. On n'a constaté aucune différence statistiquement significative quant à la proportion de personnes obèses selon le commandement des FC (figure 9.6) ou la catégorie de fumeurs.

Tableau 9.3: Prévalence de l'obésité chez les membres des FC selon le groupe d'âge, le grade et la santé autodéclarée, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Proportion (%)	Valeur <i>p</i>
Groupe d'âge	18 à 29	12,1 % (7,5-19,0 %)	Réf.
	30 à 39	28,0 % (22,4-34,4 %)	$p = 0,003$
	40 à 49	29,9 % (25,1-35,3 %)	$p \leq 0,001$
	50 à 60	19,0 % (12,3-28,2 %)	n.s.
Grade	MR	26,2 % (22,6-30,2 %)	$p \leq 0,001$
	Officier	15,2 % (12,4-18,4 %)	
Santé autodéclarée	Passable ou mauvaise	54,5 % (40,9-67,5 %)	$p \leq 0,001$
	Excellente, très bonne ou bonne	21,0 % (18,1-24,2 %)	

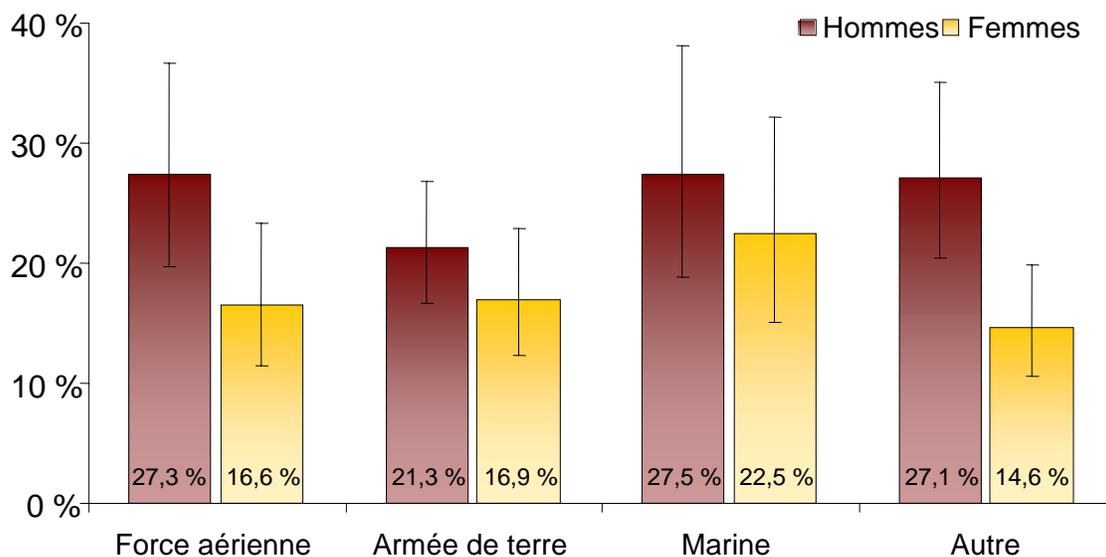


Figure 9.6: Prévalence de l'obésité (IMC \geq 30) selon le commandement des FC et le sexe des répondants, SSSV 2008-2009

Perception du poids corporel

L'opinion que l'on a de notre poids peut influencer notre alimentation, la pratique d'exercice et les habitudes de vie sédentaires. Dans le SSSV 2008-2009, on a demandé aux répondants s'ils considéraient qu'ils étaient trop gros, trop maigres ou « à peu près comme il faut ».

Comparativement à leur IMC autodéclaré, les membres des FC appartenant aux catégories d'IMC de poids insuffisant, de poids normal ou d'obésité selon l'OMS avaient tendance à percevoir leur poids de façon plutôt exacte (tableau 9.4). Cependant, les membres des FC appartenant à la catégorie de personnes ayant un surpoids avaient une perception moins juste de leur poids. À titre d'exemple, 89,5 % des hommes et 93,5 % des femmes classés comme étant obèses (IMC \geq 30) considéraient qu'ils avaient un surpoids. De même, 93,8 % des hommes classés dans la catégorie de personnes ayant un poids normal ou insuffisant d'après leur IMC estimaient qu'ils étaient « à peu près comme il faut » ou trop maigres. Le fait que 23,6 % des femmes ayant un poids normal ou insuffisant se considéraient comme étant trop grosses est une observation qui mérite d'être approfondie. Inversement, 62,9 % des hommes ayant un surpoids jugeaient que leur poids était « à peu près comme il faut » comparativement à seulement 21,0 % des femmes de cette catégorie.

La classification de l'excès de poids, qui est fondée sur l'IMC, peut entraîner une surestimation du risque réel pour la santé chez les personnes ayant une plus grande proportion de masse musculaire que de masse adipeuse sous-cutanée et viscérale. Il est tentant, bien sûr, d'attribuer cette erreur systématique aux 23,5 % des membres des FC qui ont été classés comme étant obèses en 2008-2009. Cependant, le degré élevé de concordance entre les catégories de poids autodéclarés et perçus chez les hommes

(89,5 %) et les femmes (93,9 %) obèses porte à croire que le surpoids plus important qui a été constaté est probablement davantage attribuable à un excès de masse adipeuse qu'à une plus forte musculature chez ce groupe de personnes.

Tableau 9.4: Catégories d'IMC stratifiées selon les perceptions des membres des FC en ce qui concerne leur poids, SSSV 2008-2009

Sexe	Perception du poids	Proportion (IC à 95 %)		
		Poids normal/ insuffisant (IMC < 25)	Surpoids (IMC = 25-29,9)	Obésité (IMC ≥ 30)
Hommes	Trop maigres	13,1 % (8,0-20,8 %)	0,1 % (0-0,1 %)†	--
	À peu près comme il faut	80,7 % (72,4-86,9 %)	62,9 % (57,3-68,2 %)	10,5 % (6,6-16,4 %)
	Trop gros	6,2 % (3,1-12,0 %)	36,9 % (31,6-42,6 %)	89,5 % (83,6-93,4 %)
Femmes	Trop maigres	2,1 % (1,0-4,6 %) †	--	--
	À peu près comme il faut	74,2 % (69,5-78,4 %)	21,0 % (16,0-26,9 %)	6,1 % (2,6-13,5 %)
	Trop gros	23,6 % (19,6-28,2 %)	79,0 % (73,1-84,0 %)	93,9 % (86,5-97,4 %)

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

--- Données de la cellule supprimées en raison du nombre insuffisant.

Activité physique et surpoids

Les membres des FC qui avaient un surpoids (4,5 kcal/kg/jour) ou qui étaient obèses (3,4 kcal/kg/jour) ont déclaré des dépenses énergétiques similaires à celles des personnes ayant un poids normal ou insuffisant (3,9 kcal/kg/jour). De plus, on n'a observé aucune différence importante quant à la proportion de personnes classées comme étant actives, moyennement actives ou inactives entre les différentes catégories d'IMC (figure 9.7). De plus, le nombre moyen d'heures consacrées aux activités sédentaires ne variait pas beaucoup selon les catégories d'IMC.

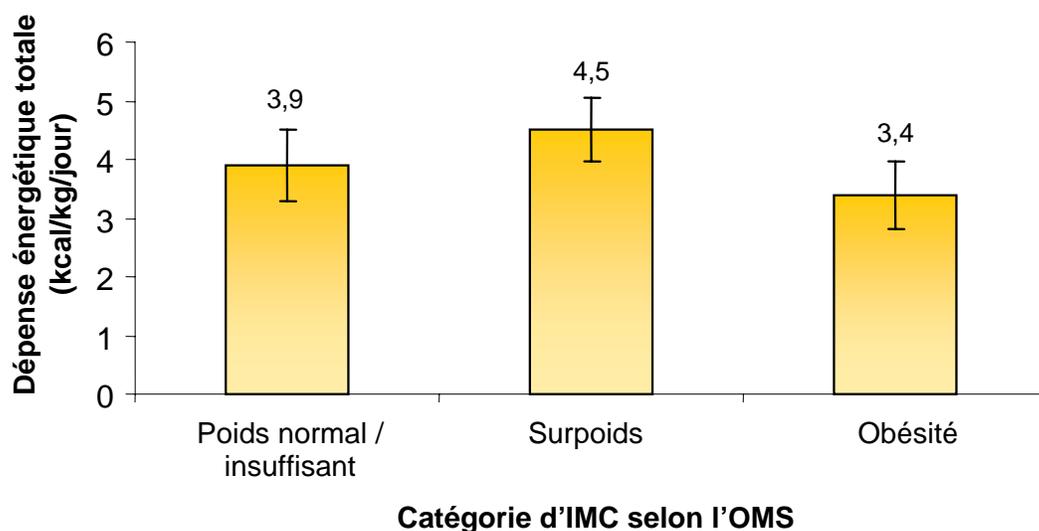


Figure 9.7: Dépense énergétique totale (kcal/kg/jour) selon la catégorie d'IMC et le sexe des répondants, SSSV 2008-2009

IMC et tests d'évaluation de la condition physique des membres des FC

Comme le montre le tableau 9.5, le personnel des FC appartenant à la catégorie des personnes obèses (IMC ≥ 30) était trois fois plus susceptible d'échouer au test EXPRES des FC que les militaires classés dans les catégories d'IMC de poids normal ou insuffisant ou de surpoids. Il a été impossible d'observer des différences statistiques entre les catégories d'IMC, étant donné le trop faible nombre de répondants ayant déclaré avoir échoué au test d'aptitude physique au combat.

Tableau 9.5: Taux d'échec aux tests d'évaluation de la condition physique chez les membres des FC, selon la catégorie d'IMC, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Proportion (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Test EXPRES des FC	Poids normal / insuffisant	1,4 % (0,6-3,5 %)†	Réf.
	Surpoids	1,9 % (0,5-7,5 %)†	n.p.
	Obésité	6,4 % (3,2-12,3 %)†	<i>p</i> = 0,006
Test d'aptitude physique au combat	Poids normal / insuffisant	2,0 % (0,8-5,0 %)†	Réf.
	Surpoids	--	--
	Obésité	--	--

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

--- Données de la cellule supprimées en raison du nombre insuffisant.

Conséquences de l'obésité sur l'état de préparation opérationnelle et la participation à une opération de déploiement

Le taux élevé d'échec aux tests d'évaluation de la condition physique chez le personnel obèse des FC a des répercussions importantes sur l'état de préparation opérationnelle. Les militaires doivent être physiquement aptes, selon la définition donnée dans les DOAD 5023-1, *Critères minimaux d'efficacité opérationnelle liés à l'universalité du service* et ils doivent passer tous les ans des tests d'évaluation de la condition physique pour pouvoir participer à une opération de déploiement.

Comme le montre le tableau 9.6, un tiers des membres obèses des FC ont indiqué qu'ils n'avaient pas été en mesure de participer à une opération de déploiement au cours des deux dernières années, tandis qu'un quart de ces personnes ont mentionné qu'elles avaient été déclarées inaptes au déploiement par le Groupe d'aide au départ (GAD) lors du dépistage de pré-déploiement (voir le chapitre 11 pour obtenir la définition des termes).

Dans les catégories d'IMC plus élevés, on a noté une augmentation de la proportion d'hommes et de femmes au sein des FC qui ont indiqué ne pas avoir été en mesure de participer à une opération de déploiement au cours des deux dernières années. Fait intéressant, le nombre de mois durant lesquels un militaire avait été inapte au déploiement au cours des deux dernières années ne variait pas selon les catégories d'IMC. Par conséquent, les militaires classés en tant qu'obèses étaient plus susceptibles que les militaires non obèses de déclarer ne pas avoir été en mesure de participer à une opération de déploiement, mais la période d'inaptitude au déploiement ne différait pas entre ces deux catégories de personnes.

Il serait intéressant de se demander si le surpoids a une incidence sur le résultat du processus de dépistage pré-déploiement, indépendamment de la décision éventuelle relative au déploiement. Chez les hommes, les militaires qui appartenaient à la catégorie d'IMC de surpoids étaient presque huit fois plus susceptibles d'avoir été déclarés inaptes au déploiement par le GAD lors du dépistage de pré-déploiement (9,5 %) que les militaires classés dans la catégorie de personnes ayant un poids normal ou insuffisant (1,2 %). Fait alarmant, les hommes classés comme étant obèses étaient 20 fois plus susceptibles d'indiquer qu'ils avaient été déclarés inaptes au déploiement par le GAD au cours des deux dernières années (25,4 %) que ceux considérés comme ayant un poids normal ou insuffisant. Une proportion considérable de femmes dans la catégorie de personnes ayant un poids normal ou insuffisant ont également été déclarées inaptes au déploiement par le GAD au cours des deux dernières années (20,1 %); ce fut également le cas de 23,8 % des femmes ayant un surpoids et de 44,6 % des femmes obèses.

Tableau 9.6: Indicateurs de l'aptitude au déploiement au cours des deux dernières années selon la catégorie d'IMC et le sexe des répondants, SSSV 2008-2009

Sexe	Indicateur	Proportion (IC à 95 %)		
		Poids normal / insuffisant (IMC < 25)	Surpoids (IMC = 25 à 29,9)	Obésité (IMC ≥ 30)
Hommes	% non en mesure de participer à un déploiement	15,4 % (8,9-22,0 %)	15,0 % (10,9-19,2 %)	33,3 %*** (25,4-41,2 %)
	N ^{bre} de mois d'inaptitude au déploiement [§]	11,0 (6,5-15,6)	12,7 (9,7-15,6)	9,3 (7,2-11,5)
	% déclarés inaptes au déploiement par le GAD	1,2 % (0-2,7 %)	9,5 %** (2,9-16,0 %)	25,4 %*** (14,0-36,8 %)
Femmes	% non en mesure de participer à un déploiement	29,1 % (24,5-33,7 %)	39,9 %** (33,3-46,5 %)	51,0 %*** (41,6-60,3 %)
	N ^{bre} de mois d'inaptitude au déploiement [§]	14,0 (12,3-15,7)	12,4 (10,6-14,3)	13,0 (10,8-15,2)
	% déclarés inaptes au déploiement par le GAD	20,1 % (12,2-28,0 %)	23,8 % (11,4-36,2 %)	44,6 %*** (27,8-61,5 %)
Dans l'ensemble	% non en mesure de participer à un déploiement	18,7 % (13,6-23,8 %)	17,1 % (13,3-20,9 %)	34,9 %*** (27,6-42,1 %)
	N ^{bre} de mois d'inaptitude au déploiement [§]	12,2 (9,3-15,0)	12,6 (10,2-15,1)	9,8 (8,0-11,7)
	% déclarés inaptes au déploiement par le GAD	5,0 % (2,9-7,3 %)	10,5 % (4,4-16,6 %)	26,7 %*** (16,1-37,4 %)

§ Nombre de mois d'inaptitude au déploiement selon les dires des participants

** $p \leq 0,01$ par rapport au groupe ayant un poids normal ou insuffisant; *** $p \leq 0,001$ par rapport au groupe ayant un poids normal ou insuffisant.

Dans l'ensemble, 34,9 % des membres des FC classés comme étant obèses ont indiqué qu'ils n'avaient pas été en mesure de participer à un déploiement au cours des deux dernières années, tandis que ce fut le cas pour seulement 18,7 % des militaires ayant un poids normal ou insuffisant (figure 9.8). De plus, 26,7 % du personnel obèse a mentionné

avoir été déclaré inapte au déploiement par le GAD au cours des deux années précédant le sondage, comparativement à 5,0 % des répondants ayant un poids normal ou insuffisant.

Lorsqu'il s'agit d'interpréter les résultats se rapportant au fait d'avoir été déclaré inapte au déploiement par le GAD, il faut prendre en considération que le personnel ayant des problèmes de santé ou d'autres problèmes qui ont une incidence négative sur la condition physique requise pour participer aux opérations est moins susceptible d'être appelé pour un dépistage de pré-déploiement que les personnes qui ne sont pas atteintes de tels problèmes connus. Par conséquent, il est probable que les résultats de l'analyse des déclarations d'inaptitude au déploiement par le GAD constituent une sous-estimation de la proportion réelle de militaires qui ne sont pas en mesure de participer à un déploiement.

De plus, comme il s'agit d'une enquête transversale, le SSSV ne permet pas de déterminer quels sont les facteurs de cette association qui surviennent en premier. Les membres des FC qui présentent des problèmes de santé et qui ne sont pas en mesure de participer à un déploiement peuvent finir par prendre du poids, puisqu'ils sont incapables de faire de l'exercice. Inversement, les membres des FC qui ne font pas d'exercice et qui ne mangent pas sainement peuvent prendre du poids et finir par présenter des problèmes de santé les empêchant de participer à une opération de déploiement.

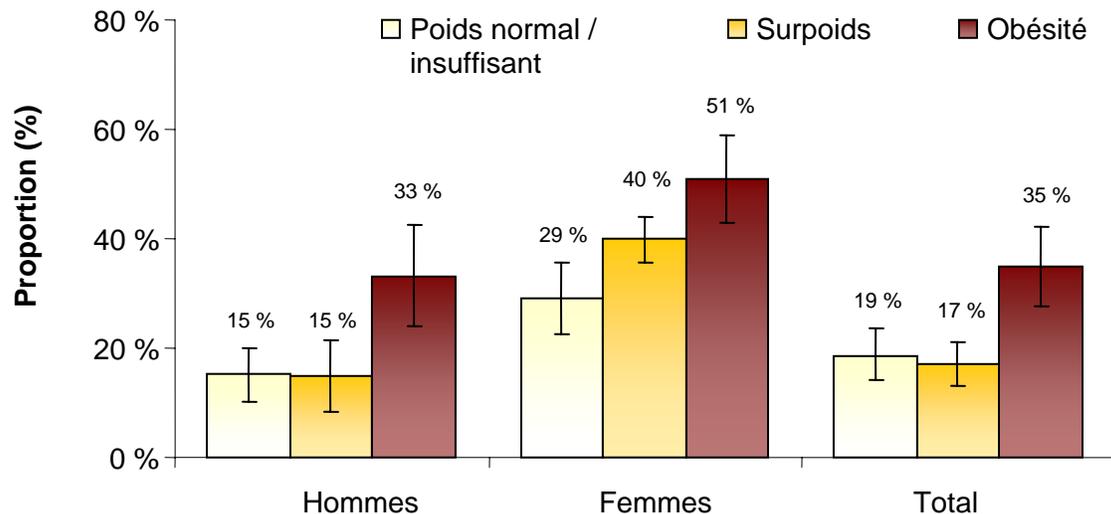


Figure 9.8: Membres des FC qui n'étaient pas en mesure de participer à un déploiement au cours des deux dernières années selon la catégorie d'IMC et le sexe des répondants, SSSV 2008-2009

Surpoids et modification du comportement

Les trois modifications du comportement les plus fréquemment mentionnées par les membres des FC, qui, selon eux, leur permettraient d'améliorer leur état de santé général, étaient liées à l'IMC. Ces modifications consistaient à améliorer leur alimentation, à faire plus d'exercice et à perdre du poids.

Comme le montre la figure 9.9, 94,7 % des personnes classées comme étant obèses (IMC ≥ 30) croyaient que la perte de poids leur permettrait d'améliorer leur santé et leur bien-être comparativement à 54,6 % des personnes ayant un surpoids (IMC = 25-29,9) et à 15,9 % des personnes ayant un poids normal ou insuffisant (IMC < 25).

Parmi les militaires obèses, 86,9 % estimaient que faire plus d'exercice leur permettrait d'avoir une meilleure santé et de se sentir mieux comparativement à 62,5 % des personnes ayant un surpoids et à 50,7 % des personnes ayant un poids normal ou insuffisant.

Finalement, 84,2 % des personnes obèses, 61,2 % des personnes ayant un surpoids et 39,5 % des personnes ayant un poids normal ou insuffisant ont indiqué que la modification de leur alimentation améliorerait leur état de santé.

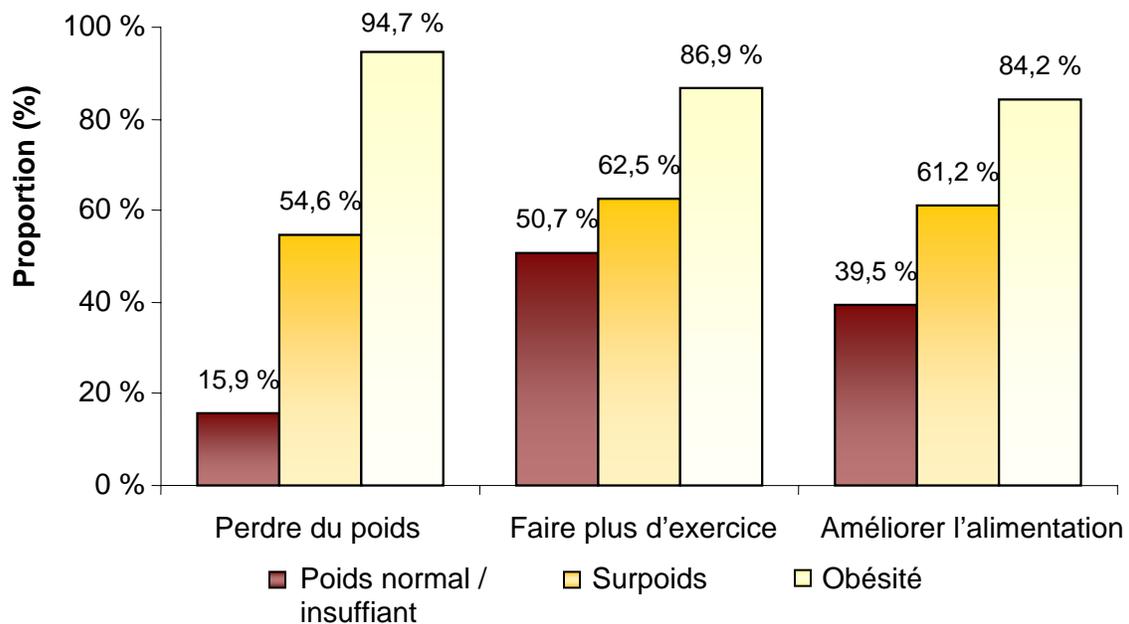


Figure 9.9: Modification du comportement pour améliorer la santé et le bien-être chez les membres obèses et non obèses des FC, SSSV 2008-2009

Limites des données sur la taille et le poids autodéclarés

L'utilisation des données sur la taille et le poids autodéclarés dans le but de comprendre le profil de risque pour la santé des membres des FC comporte plusieurs limites.

Lorsqu'on se fonde sur les seuils de poids pour définir les catégories d'IMC, une légère variation de la moyenne de la variable peut se traduire par des variations relativement importantes de la proportion de personnes appartenant à une certaine catégorie d'IMC. Par exemple, bien qu'aucun changement notable n'ait été observé en ce qui concerne l'IMC moyen entre 2004 et 2008-2009, on a constaté une augmentation significative de la proportion de femmes obèses durant cette période.

Comme on l'a mentionné précédemment, l'utilisation de données sur la taille et le poids autodéclarés pour calculer l'IMC peut entraîner une sous-estimation de la prévalence réelle de l'obésité au sein d'une population (Shields et coll., 2008). Par exemple, selon les données autodéclarées, le taux d'obésité chez les adultes dans la population canadienne générale était estimé à 16 %. Cependant, les données mesurées provenant du même sondage ont montré que la prévalence réelle de l'obésité au Canada était de 25,3 % (Statistique Canada, 2009c). En outre, on a obtenu dans l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 une estimation semblable à l'échelle nationale d'après les données sur la taille et le poids mesurés : le taux de prévalence de l'obésité chez les adultes était de 24 % (Statistique Canada, 2010).

On ne peut pas présumer que les données du SSSV entraînent une sous-estimation similaire du taux global d'obésité, puisque le SSSV est un sondage effectué par envoi postal, tandis que les sondages de Statistique Canada consistent en des entrevues directes. Les différentes méthodes de sondage peuvent influencer de façon considérable sur les réponses au sondage, empêchant ainsi la comparaison directe des résultats.

On ne dispose pas de données permettant de comparer la taille, le poids et l'IMC autodéclarés et mesurés chez le personnel des FC. Cependant, on peut s'attendre à ce que les membres des FC indiquent leur taille et leur poids avec plus de précision que la population canadienne générale, puisque ces personnes sont régulièrement mesurées lorsqu'elles passent des examens physiques obligatoires. Par conséquent, bien que les estimations nationales de la prévalence de l'obésité chez les adultes soient fournies pour apporter un soutien contextuel, les résultats des sondages sur la santé et le style de vie du personnel des FC ne devraient pas être comparés directement avec les résultats d'autres sondages nationaux sur la santé, étant donné les différences relatives aux méthodes de sondage et à la population sous-jacente des FC.

NUTRITION ET ALIMENTATION

On dispose de nombreuses preuves selon lesquelles le bilan énergétique d'une personne, lequel est défini comme étant la différence entre l'apport calorique et la dépense calorique, présente un lien direct et causal avec le surpoids et l'obésité. Il est établi que les comportements alimentaires, notamment le fait de sauter des repas, de manger à la hâte ou ailleurs qu'à la maison, la taille des portions ainsi que la fréquence et la répartition temporelle des repas, ont tous une incidence sur le bilan énergétique d'une personne (Ma et coll., 2003). Le SSSV 2008-2009 a permis de recueillir des données sur les habitudes alimentaires de même que les connaissances et les attitudes relatives à la nutrition chez le personnel des FC. On s'est également penché sur les services d'information et de conseils professionnels auxquels ont eu recours les militaires afin d'obtenir du soutien en matière de nutrition.

Habitudes alimentaires autodéclarées

En 2008-2009, les membres des FC ont déclaré que leurs habitudes alimentaires étaient excellentes (6,2 %), très bonnes (30,4 %), bonnes (44,7 %), passables (15,0 %) ou mauvaises (3,6 %). Comme le montre le tableau 9.7, on a noté une diminution statistiquement significative de la proportion de membres des FC ayant indiqué que leurs habitudes alimentaires étaient excellentes, très bonnes ou bonnes de 2004 (85,8 %) à 2008-2009 (81,7 %). Cette diminution peut être attribuable aux habitudes alimentaires moins saines autodéclarées par les hommes de 2004 (85,6 %) à 2008-2009 (81,0 %), puisqu'on n'a noté aucun changement marqué chez les femmes durant cette période.

En 2008-2009, les femmes (86,1 %) étaient beaucoup plus susceptibles que les hommes (81,0 %) de déclarer que leurs habitudes alimentaires étaient excellentes, très bonnes ou bonnes.

Tableau 9.7: Habitudes alimentaires autodéclarées comme étant excellentes, très bonnes ou bonnes selon le sexe des répondants, SSSV 2004 et 2008-2009^θ

Sondage	Proportion (IC à 95 %)		
	Hommes	Femmes	Dans l'ensemble
SSSV 2004	85,6 % (83,7-87,5 %)	87,2 % (85,1-89,3 %)	85,8 % (84,4-87,2 %)
SSSV 2008-2009	81,0 % (79,8-83,5 %)	86,1 % (83,6-88,6 %)	81,7 % (79,8-83,5 %)
Valeur <i>p</i>	<i>p</i> = 0,002	n.s.	<i>p</i> ≤ 0,001

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Les MR (79,5 %) étaient beaucoup moins nombreux que les officiers (87,8 %) à indiquer que leurs habitudes alimentaires étaient excellentes, très bonnes ou bonnes. De plus, les répondants qui étaient classés dans les catégories de personnes ayant un surpoids (IMC = 25 à 29,9) ou celles qui étaient obèses (IMC ≥ 30) ont déclaré statistiquement moins souvent que leurs habitudes alimentaires étaient excellentes, très bonnes ou bonnes comparativement aux répondants appartenant à la catégorie de personnes ayant un poids normal ou insuffisant (IMC < 25). En ce qui concerne les habitudes alimentaires autodéclarées, on n'a constaté aucune différence selon le groupe d'âge ni aucune différence importante selon le commandement des FC.

Repas sautés

L'habitude consistant à sauter des repas est un comportement alimentaire associé à une mauvaise alimentation, mais on n'a pas clairement établi le processus de causalité. Intuitivement, on pourrait croire que la consommation d'un plus petit nombre de repas devrait se traduire par une diminution de l'apport calorique; cependant, une récente étude menée par Ma et ses collègues (2003) a révélé que le fait de sauter le déjeuner était associé à un apport calorique accru et à une augmentation par un facteur de quatre du taux d'obésité. Shaw (1998) a également montré que le fait de sauter des repas était lié à

un plus faible apport en vitamines et en minéraux, à un apport accru en graisses et à un taux plus élevé de cholestérol sanguin.

En moyenne, le personnel des FC sautait 2,6 repas par semaine; il s'agissait le plus souvent du déjeuner (1,9 repas), suivi du dîner (0,72 repas). Les hommes sautaient beaucoup plus de repas que les femmes, ce qui était également le cas des MR par rapport aux officiers. On n'a observé aucune différence importante quant au nombre de repas sautés par semaine selon le groupe d'âge.

Repas pris à la hâte

La tendance à manger à la hâte est associée à une probabilité accrue d'obésité (Kim et coll., 2002), habituellement attribuable à la consommation d'aliments à faible teneur nutritive, mais à forte teneur énergétique. Les membres des FC avaient été « trop pressés pour manger selon un horaire régulier » en moyenne 1,1 jour au cours de la dernière semaine.

L'impression d'être trop pressé pour manger selon un horaire régulier augmentait généralement selon l'IMC. Le personnel ayant un surpoids a indiqué avoir été trop pressé pour manger selon un horaire régulier beaucoup plus souvent que le personnel ayant un poids normal; cette différence n'était toutefois pas significative chez le personnel obèse.

Après standardisation des résultats pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008, on a constaté une diminution statistiquement significative de 2004 à 2008-2009 quant au nombre moyen de fois au cours d'une semaine où le personnel des FC avait été trop pressé pour manger selon un horaire régulier (tableau 9.8). Cette diminution est principalement attribuable au personnel masculin, lequel a déclaré avoir pris beaucoup moins de repas à la hâte par semaine en 2008-2009 (1,1) qu'en 2004 (1,5). En ce qui concerne le nombre de repas pris à la hâte, on n'a observé aucune différence importante selon le groupe d'âge, le grade ou le commandement des FC.

Tableau 9.8: Nombre de fois par semaine où le personnel des FC était trop pressé pour manger selon un horaire régulier selon le sexe des répondants, SSSV 2004 et 2008-2009^θ

Sondage	Proportion (IC à 95 %)		
	Hommes	Femmes	Dans l'ensemble
SSSV 2004	1,5 (0,8-2,2)	1,5 (0,8-2,2)	1,5 (0,8-2,2)
SSSV 2008-2009	1,1 (0,2-1,9)	1,4 (0,5-2,2)	1,1 (0,2-2,0)
Valeur <i>p</i>	<i>p</i> = 0,025	n.s.	<i>p</i> = 0,03

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Portions de légumes et de fruits par jour

Une consommation insuffisante de légumes et de fruits est corrélée à de nombreux effets négatifs sur la santé, notamment le cancer et les maladies cardiovasculaires (Marmot et Wilkinson, 2006), et est inversement corrélée à la qualité globale de l'alimentation selon

la version canadienne de l'*American Healthy Eating Index* (Garriguet, 2009). En 2007, Santé Canada a mis à jour le Guide alimentaire canadien pour recommander aux hommes et aux femmes de plus de 51 ans de manger sept portions de légumes et de fruits par jour. Les hommes de moins de 51 ans doivent consommer huit à dix portions de légumes et de fruits par jour, alors que les femmes du même âge doivent en manger sept ou huit portions. Le SSSV incluait un questionnaire de six énoncés sur la fréquence de consommation de légumes et de fruits, lequel constitue un indicateur validé du nombre de portions de légumes et de fruits consommées par une population (Traynor, 2006).

En moyenne, les membres des FC ont indiqué qu'ils avaient mangé 5,5 portions de légumes et de fruits par jour en 2008-2009. Cette moyenne chez tous les groupes d'âge pertinents et les deux sexes est inférieure au nombre de légumes et de fruits que le Guide alimentaire canadien recommande de consommer. Comme le montre le tableau 9.9, les répondants de 30 à 39 ans et de 40 à 49 ans consommaient beaucoup moins de légumes et de fruits que ceux de 18 à 29 ans. En ce qui concerne la consommation de légumes et de fruits, on n'a noté aucune différence marquée selon le sexe, le grade, le commandement des FC ou la base.

Tableau 9.9: Consommation quotidienne de légumes et de fruits selon le groupe d'âge, SSSV 2008-2009^θ

Groupe d'âge	Nombre par jour (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
18 à 29	6,4 (5,8-7,1)	Réf.
30 à 39	5,6 (5,1-6,0)	$p \leq 0,001$
40 à 49	4,8 (4,5-5,2)	$p = 0,02$
50 à 60	5,5 (4,7-6,3)	n.s.

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Les répondants classés comme étant obèses mangeaient beaucoup moins de légumes et de fruits (5,2 portions par jour) que les personnes ayant un poids normal ou insuffisant (6,2 portions par jour). Même si le personnel ayant un poids normal consommait plus de légumes et de fruits que le personnel obèse, la moyenne calculée chez ces deux catégories de personnes était inférieure à la quantité quotidienne recommandée par le Guide alimentaire canadien. Moins d'un membre des FC sur cinq (18,6 %) suit la nouvelle recommandation de Santé Canada en ce qui a trait à la quantité de légumes et de fruits à consommer.

Comme le montre la figure 9.10, les hommes de moins de 51 ans étaient les moins susceptibles (16,7 %) d'appliquer cette recommandation du Guide alimentaire canadien, alors que les femmes de 51 ans et plus étaient les plus susceptibles de s'y conformer (40,7 %).

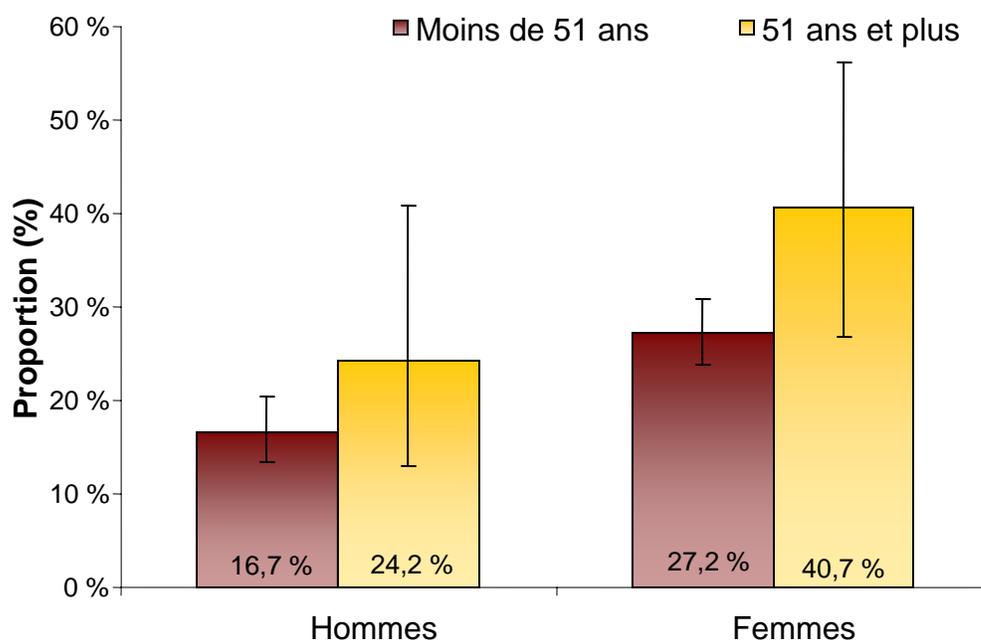


Figure 9.10: Consommation quotidienne de légumes et de fruits conforme à la recommandation du Guide alimentaire canadien selon l'âge et le sexe des répondants, SSSV 2008-2009

Les participants au SSSV 2008-2009 croyaient que les organismes gouvernementaux et de santé recommandaient de consommer 5,8 portions de légumes et de fruits par jour (tableau 9.10). Cependant, les répondants croyaient également qu'ils devaient consommer 5,1 portions de légumes et de fruits par jour afin de demeurer en santé. La différence de plus d'une demi-portion de légumes et de fruits entre la quantité quotidienne recommandée et celle que le personnel des FC croyait nécessaire semble indiquer qu'il faudra mettre en place des programmes de promotion de la santé visant à cibler les attitudes et les croyances relatives à une saine alimentation afin de combler cet écart.

On n'a pas comparé le nombre de membres des FC qui consommaient la quantité quotidienne actuellement recommandée de légumes et de fruits ou plus selon l'année du sondage, en raison des changements apportés au Guide alimentaire canadien en 2007.

Tableau 9.10: Indicateurs d'une saine alimentation stratifiés en fonction du Guide alimentaire canadien selon le groupe d'âge et le sexe, SSSV 2008-2009

Indicateur	Moins de 51 ans		51 ans et plus		Dans l'ensemble
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Portions quotidiennes de légumes et de fruits recommandées par le Guide alimentaire canadien	8 à 10	7 à 8	7	7	--
Portions quotidiennes moyennes calculées de légumes et de fruits	5,5 (5,2-5,7)	5,6 (5,3-5,8)	5,3 (4,3-6,3)	6,7 (5,7-7,7)	5,6 ^θ (4,4-6,8)
Portions estimées de légumes et de fruits recommandées par le gouvernement selon l'avis des répondants	5,7 (5,4-6,0)	6,8 (6,5-7,1)	5,0 (4,3-5,8)	6,5 (5,9-7,1)	5,9 (4,7-7,0)
Portions estimées de légumes et de fruits que les répondants croyaient devoir manger chaque jour pour demeurer en santé	5,0 (4,7-5,3)	5,8 (5,6-6,1)	4,3 (3,6-5,0)	5,9 (5,3-6,5)	5,1 (3,9-6,3)
Proportion de répondants ayant indiqué que leurs habitudes alimentaires étaient excellentes, très bonnes ou bonnes	80,2 % (76,4-83,5 %)	86,1 % (83,3-88,5 %)	88,9 % (74,4-95,6 %)	83,7 % (70,9-91,6 %)	81,7 % ^θ (79,8-83,5 %)

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Comme le montre le tableau 9.11, on a observé une augmentation statistiquement significative de 2004 à 2008-2009 quant au nombre moyen standardisé pour l'âge et le sexe de fruits et de légumes consommés quotidiennement. On n'a toutefois remarqué aucune différence statistiquement significative durant cette période en ce qui concerne l'ensemble des habitudes alimentaires autodéclarées.

Tableau 9.11: Nombre de portions quotidiennes de légumes et de fruits consommées selon le sexe des répondants, SSSV 2004 et 2008-2009^θ

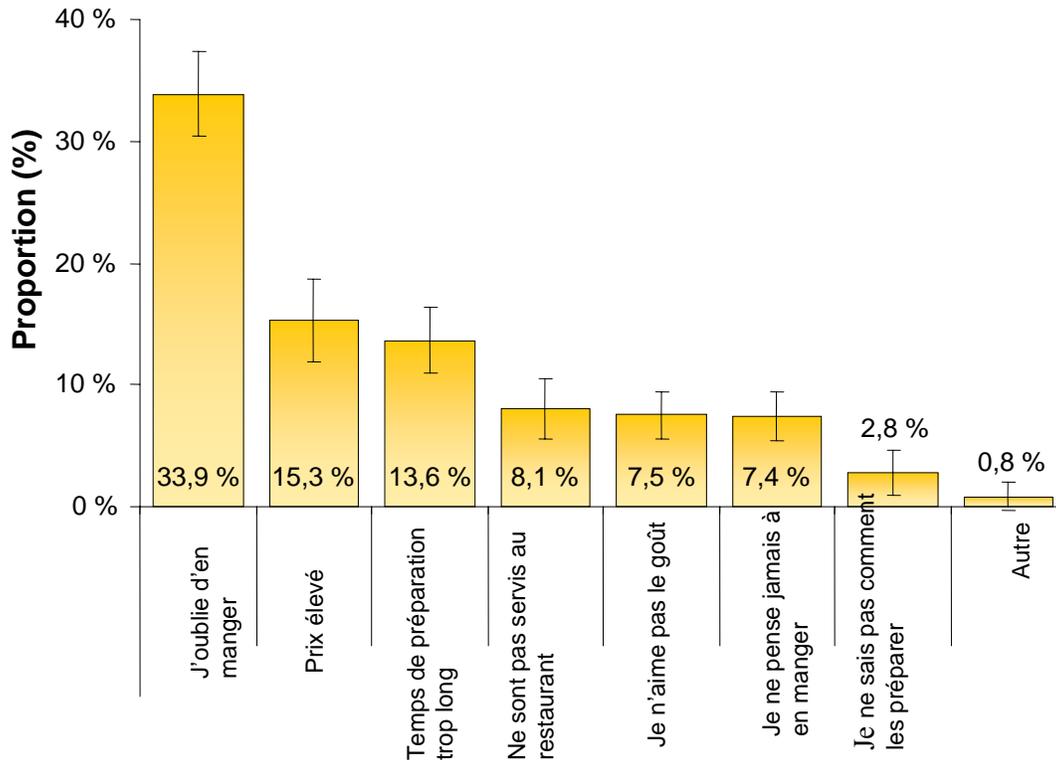
Sondage	Nombre de portions (IC à 95 %)		
	Hommes	Femmes	Dans l'ensemble
SSSV 2004 [†]	4,9 (4,0-5,8)	5,5 (4,6-6,5)	5,0 (4,1-5,9)
SSSV 2008-2009 [†]	5,6 (4,4-6,8)	5,6 (4,6-6,7)	5,6 (4,4-6,8)
Valeur <i>p</i>	<i>p</i> = 0,024	n.s.	<i>p</i> ≤ 0,05

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

En moyenne, le personnel des FC a indiqué qu’il consommait 5,6 portions de légumes et de fruits par jour. Parmi les répondants au SSSV 2008-2009, 48,0 % ont déclaré manger plus de 5 portions de légumes et de fruits par jour. En contexte, 43,7 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont indiqué qu’ils avaient mangé des légumes et des fruits cinq fois ou plus par jour en 2008 (Statistique Canada, 2009b). Il est à noter que les différences temporelles, démographiques et méthodologiques peuvent empêcher la comparaison directe des résultats entre le SSSV et les sondages de Statistique Canada sur la santé.

Obstacles à la consommation de légumes et de fruits

Lorsqu’on leur a demandé d’indiquer les facteurs les empêchant de consommer davantage de légumes et de fruits, 33,7 % des répondants ont déclaré qu’ils oubliaient simplement d’en manger. Comme le montre la figure 9.11, les obstacles liés au coût, au temps et aux préférences influençaient également la quantité de légumes et de fruits consommés.



Facteurs empêchant le personnel des FC de manger davantage de légumes et de fruits

Figure 9.11: Facteurs empêchant le personnel des FC de manger davantage de légumes et de fruits, SSSV 2008-2009

Remarque : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s’appliquaient; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Services d'alimentation des FC

Les FC jouent un rôle limité dans l'alimentation de leur personnel, puisque les choix alimentaires de ces derniers, principalement ceux qu'ils font à la maison, échappent largement à l'influence directe des FC. Cependant, les FC peuvent, dans certaines circonstances, exercer une influence plus directe sur les habitudes alimentaires de leurs membres. Dans le SSSV 2008-2009, 39,9 % des membres des FC ont déclaré qu'ils avaient mangé au moins un repas par mois dans un établissement des Services d'alimentation des FC (y compris les établissements tenus par un fournisseur extérieur), tandis que 11,7 % ont mentionné qu'ils avaient mangé plus de 20 repas par mois dans un de ces établissements. Par conséquent, il existe un sous-groupe de membres des FC qui pourrait bénéficier grandement des choix alimentaires sains offerts par les Services d'alimentation des FC.

En moyenne, le personnel des FC a indiqué qu'il avait consommé un repas dans un établissement des Services d'alimentation des FC 5,5 fois par mois. Comme le montre le tableau 9.12, les hommes mangeaient dans un tel établissement beaucoup plus souvent que les femmes, tout comme c'était le cas des personnes du groupe des 18 à 29 ans par rapport aux groupes plus âgés. En ce qui concerne le nombre de repas consommés mensuellement dans un établissement des Services d'alimentation des FC, on n'a constaté aucune différence statistiquement significative selon le grade ou le commandement des FC.

Tableau 9.12: Fréquence mensuelle de consommation de repas dans un établissement des Services d'alimentation des FC selon le sexe et le groupe d'âge, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Nombre par mois (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	5,8 (4,6-7,0)	<i>p</i> = 0,002
	Femme	3,6 (2,9-4,3)	
Âge	18 à 29	6,9 (4,1-9,7)	Réf.
	30 à 39	6,2 (4,2-8,2)	n.s.
	40 à 49	4,2 (3,1-5,3)	n.s.
	50 à 60	3,3 (1,6-5,1)	<i>p</i> = 0,03

Taille des portions

On a demandé aux répondants au SSSV 2008-2009 ce qu'ils pensaient de la taille des portions des repas servis par les Services d'alimentation des FC. Parmi les membres des FC qui ont participé au sondage, 37,0 % considéraient que les portions étaient parfaites, 10,6 %, que les portions étaient trop généreuses et 7,4 %, que les portions n'étaient pas assez généreuses. Parmi les 45 % restants, 14,0 % n'avaient pas d'opinion et 31,0 % n'utilisaient pas les Services d'alimentation des FC.

Disponibilité des aliments santé

Des membres des FC, 49,4 % ont répondu qu'ils n'utilisaient pas les machines distributrices sur leur lieu de travail. Parmi ceux qui avaient utilisé les machines distributrices, seulement 7,3 % étaient satisfaits des aliments santé qui y étaient offerts.

Dans l'ensemble, 62,2 % des répondants ont déclaré qu'ils prenaient leur repas dans une salle à manger ou une cafétéria des FC. De ces personnes, 56,2 % étaient satisfaites des aliments santé offerts dans ces établissements. En ce qui concerne la satisfaction à l'égard des aliments santé offerts dans les machines distributrices ou les salles à manger des FC, on n'a noté aucune différence importante selon le sexe, le groupe d'âge, le grade, le commandement des FC ou la catégorie d'IMC.

Amélioration de l'alimentation

On a demandé aux membres des FC d'indiquer les mesures qu'ils avaient prises pour améliorer leur alimentation au cours des 12 mois précédant le sondage. La mesure la plus fréquemment mentionnée, soit par 44,5 % du personnel des FC, était la modification de l'alimentation en vue de perdre du poids (tableau 9.13). Cette donnée représentait une augmentation statistiquement significative par rapport aux 39,7 % des membres des FC ayant mentionné ce changement en 2004. Les femmes étaient beaucoup plus susceptibles que les hommes d'indiquer un tel changement.

De plus, le personnel de l'Armée de terre était plus susceptible que le personnel de la Force aérienne ou d'autres commandements de mentionner avoir modifié son alimentation en vue de perdre du poids. On n'a établi aucun lien entre le grade et la modification de l'alimentation. Toutes les autres mesures visant à améliorer l'alimentation n'ont été mentionnées que par moins de 10 % des répondants.

En ce qui concerne les mesures prises pour améliorer l'alimentation, on a toutefois remarqué des différences statistiquement significatives selon la catégorie d'IMC (figure 9.12). Les personnes ayant un surpoids et les personnes obèses étaient plus susceptibles de déclarer qu'elles avaient changé leur alimentation de leur propre gré en vue de perdre du poids que les personnes ayant un poids normal ou insuffisant. De plus, les personnes obèses étaient plus susceptibles de mentionner qu'elles avaient reçu des conseils en matière de nutrition d'un prestataire de soins de santé que les personnes ayant un poids normal ou insuffisant.

Tableau 9.13: Proportion de membres des FC ayant déclaré avoir pris des mesures pour améliorer leur alimentation au cours des 12 derniers mois, SSSV 2004 et 2008-2009

Amélioration de l'alimentation	Proportion (IC à 95 %)		Valeur <i>p</i>
	SSSV 2004	SSSV 2008-09	
Changé mon alimentation de mon propre gré en vue de perdre du poids	39,7 % (37,7-41,7 %)	44,5 % (42,1-47,0 %)	<i>p</i> = 0,001
Obtenu des conseils d'un(e) diététicien(ne) autorisé(e)	6,9 % (5,8-7,9 %)	8,35 % (7,0-9,7 %)	<i>p</i> = 0,05
Obtenu des conseils d'un prestataire de soins de santé	4,7 % (3,8-5,6 %)	5,8 % (4,7-7,0 %)	n.s.
Participé à un programme ou un cours militaire sur la nutrition	1,3 % (0,8-1,7 %)	5,9 % (4,7-7,0 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
Participé à un programme ou un cours civil sur la nutrition	1,9 % (1,3-2,4 %)	2,0 % (1,3-2,7 %)	n.s.
Assisté à un cours d'information sur le diabète	1,1 % (0,6-1,5 %)	1,7 % (1,1-2,4 %)	<i>p</i> = 0,05

† Veuillez noter que les valeurs pour 2004 et 2008-2009 ont été standardisées selon l'effectif des FC de 2008; les estimations déclarées peuvent diverger de celles indiquées dans les publications précédentes.

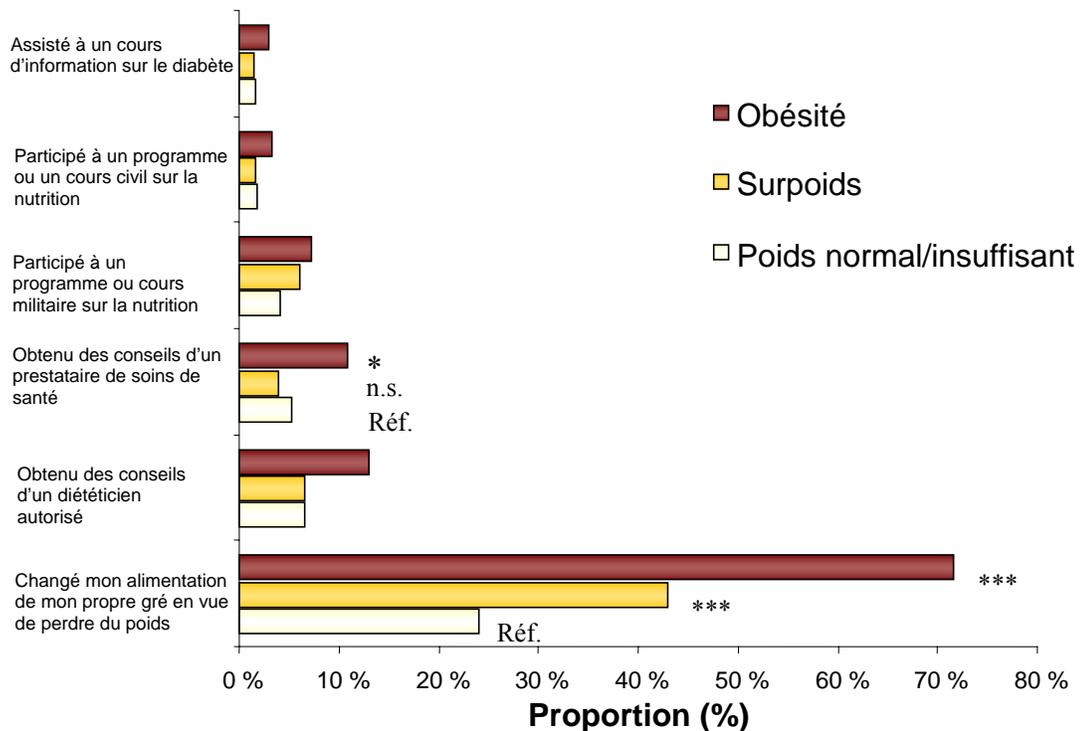


Figure 9.12: Proportion de membres des FC ayant déclaré avoir amélioré leur alimentation au cours de la dernière année selon les catégories d'IMC de l'OMS, SSSV 2008-2009

* *p* ≤ 0,05 par rapport au groupe de référence; *** *p* ≤ 0,001 par rapport au groupe de référence.

Attitudes et croyances relatives à la nutrition

Les attitudes, les croyances et le locus de contrôle sont des facteurs psychosociaux importants qui permettent de prédire l'évolution pondérale (Adolfsson et coll., 2005). Pour mieux comprendre les corrélations entre les attitudes et les croyances en matière d'alimentation et les changements pondéraux, on a demandé aux membres des FC d'indiquer s'ils se considéraient comme trop gros, trop maigres ou « à peu près comme il faut ». On a ensuite demandé aux personnes qui estimaient qu'elles étaient trop grosses d'indiquer dans quelle mesure elles étaient d'accord ou en désaccord avec plusieurs énoncés portant sur la nutrition, l'exercice et le poids.

Parmi les 43,9 % des membres des FC qui se considéraient comme trop gros, 86,9 % croyaient qu'ils seraient en meilleure santé s'ils perdaient ou gagnaient du poids (60,1 % étaient tout à fait d'accord et 26,8 % étaient d'accord) (figure 9.13). Parmi les personnes qui jugeaient qu'elles étaient trop grosses, 98 % étaient d'avis que l'exercice et l'alimentation étaient importants pour perdre ou gagner du poids (79,2 % étaient tout à fait d'accord et 18,3 % étaient d'accord). Fait intéressant, une plus forte proportion de personnes qui se considéraient comme trop grosses étaient tout à fait d'accord pour dire qu'elles pourraient perdre ou gagner du poids si elles faisaient plus d'exercice (56,0 %) plutôt que si elles changeaient leurs habitudes alimentaires (46,6 %). Cet accord plus prononcé peut être attribuable à une préférence plus marquée pour l'exercice plutôt que pour la modification des habitudes alimentaires.

Plus du tiers des membres des FC qui se jugeaient trop gros ont indiqué que l'accès à des renseignements nutritionnels supplémentaires améliorerait leur capacité à perdre ou à gagner du poids (38,6 %), alors qu'une proportion semblable de membres des FC ont déclaré qu'ils avaient besoin de plus de soutien au travail pour les aider à perdre ou à gagner du poids (34,3 %). Les officiers étaient aussi plus nombreux que les MR à être d'accord pour dire que l'accès à des renseignements nutritionnels supplémentaires les aiderait à perdre ou à gagner du poids. En ce qui concerne les attitudes et les croyances relatives à la nutrition, à l'exercice et au poids, on n'a observé aucune autre différence statistiquement significative selon le groupe d'âge, le sexe, le grade ou le commandement des FC.

Il est important de noter que cette question ne portait pas sur la satisfaction *actuelle* des répondants à l'égard de l'accès aux renseignements nutritionnels ni sur le soutien offert en milieu de travail liés à la perte ou au gain de poids. Il y a tout lieu de croire que la satisfaction à l'égard de l'état actuel des choses ou la conviction en l'inefficacité de ces programmes expliquent pourquoi près des deux tiers des membres des FC estimaient qu'ils n'avaient pas besoin de renseignements nutritionnels et de soutien en milieu de travail pour les aider à perdre ou à gagner du poids. On doit recueillir de l'information plus détaillée pour déterminer la signification sous-jacente de ces tendances sur le plan des croyances relatives à la santé.

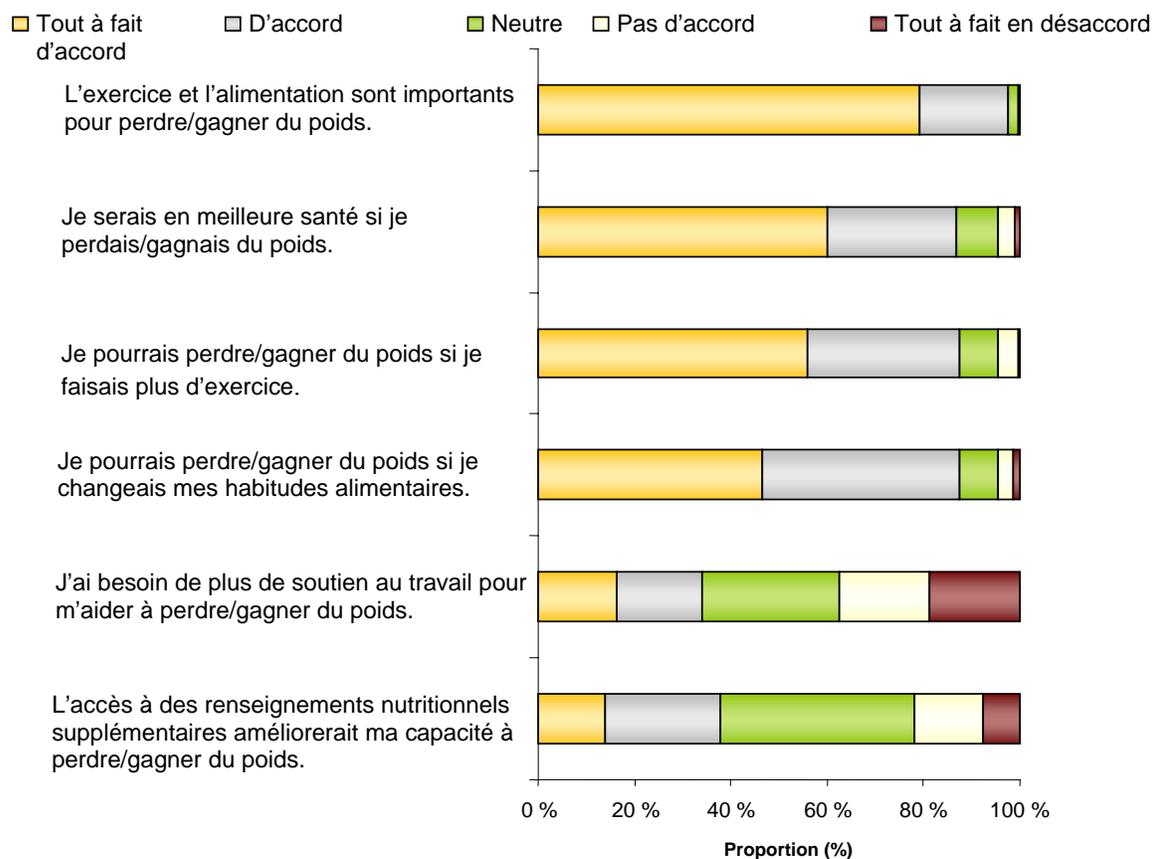


Figure 9.13: Attitudes, croyance et locus de contrôle perçu en ce qui a trait à la nutrition, à l'exercice et à l'évolution pondérale, SSSV 2008-2009

Programmes civils de perte de poids

Environ un tiers (32,0 %) des personnes qui se considéraient comme trop grosses ont indiqué qu'elles souhaitaient participer à un programme civil de perte de poids, comme Weight Watchers; 17,6 % ont déclaré qu'elles étaient peut-être intéressées, tandis que 50,4 % ont répondu qu'elles n'avaient aucun intérêt. Les femmes de ce groupe (47,7 %) étaient plus susceptibles que les hommes (28,7 %), et les MR (33,8 %) étaient plus susceptibles que les officiers (23,0 %), à être intéressés à participer à un programme civil de perte de poids.

Références

Adolfsson B, Andersson I, Elofsson S, Rössner S, Undén AL (2005). Locus of control and weight reduction. *Patient Education and Counselling*, 56(1): 55-61.

Agence de soutien du personnel des Forces canadiennes (ASPF), Direction de l'éducation physique. *Manuel d'instruction du programme EXPRES FC*, 3^e édition, 2005. Consulté sur le site du ministère de la Défense nationale : http://armyapp.forces.gc.ca/38CBG_ARSD/CBTIST/top7/CFEXPRESManual.pdf

Blais AR, Thompson MM, Febbraro A, Pickering D, McCreary D (2003). The development of a multidimensional measure of post-deployment reintegration: Initial psychometric analyses & descriptive results (Directeur général – Services de santé, Qualité de vie). Consulté sur le site de Recherche et développement pour la défense Canada : <http://pubs-www.drenet.dnd.ca/BASIS/pcandid/www/engpub/DDW?W%3DAUTHOR+%3D+'McCreary%2C+D.%26M%3D1%26K%3D521639%26U%3D1>

Booth ML, Hunter C, Gore CJ, Bauman A, Owen N (2000). The relationship between body mass index and waist circumference: implications for estimates of the population prevalence of overweight. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(8): 1058-61.

Burrell LM, Adams GA, Briley Durand D, Castro CA (2006). The impact of military lifestyle demands on well-being, army and family outcomes. *Armed Forces and Society*, 33(1): 43-58.

Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW Jr (1999). Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *New England Journal of Medicine*, 341(15): 1097-105.

Craig WJ, Vodanovich SJ (2003). Workplace safety performance: Conscientiousness, cognitive failure, and their interaction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(4): 316-327.

Cranny C, Smith P, Stone E (1992). *Job satisfaction: How people feel about their jobs and how it affects their performance*. New York: Lexington Books.

Douketis JD, Paradis G, Keller H, Martineau C (2005). Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk. *Canadian Medical Association Journal*, 172(8): 995-998.

Garriguet, D. « La qualité de l'alimentation au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 3, 2009, p.1-13.

Gilmour, H. « Les Canadiens physiquement actifs », *Rapports sur la santé*, vol. 18, n° 3, 2007, p. 49-70, Ottawa (Ont.), Canada, Statistique Canada (n° 82-003 au catalogue). Ministère de la Défense nationale. *DOAD 5023-1, Critères minimaux d'efficacité opérationnelle liés à l'universalité du service*, 2006. Consulté le 8 juin 2010 : http://admfincs.mil.ca/admfincs/subjects/daod/5023/1_f.asp

Initiative sur la santé de la population canadienne. *Améliorer la santé des Canadiens : promouvoir le poids santé*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2004. Consulté sur le site du gouvernement du Canada : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H118-36-2006F.pdf>

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (ICRCPMV). Sondage indicateur de l'activité physique en 2007, Bulletin n° 1, 2007. Consulté sur le site de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie : http://www.cflri.ca/fra/statistiques/sondages/documents/2007pam_b1_fr.pdf

Kim YH, Kim Y (2002). A study on body mass index and associated factors of the middle aged women in small city. *Korean Journal of Community Nutrition*, 7(4): 506-515.

Locke EA (1976). The nature and causes of job satisfaction. In Dunnette M (Ed.), *Handbook of industrial and organisational psychology* (pp 1297-1349). Chicago: Rand McNally.

Marmot M, Wilkinson R. (eds). (2006). *Social determinants of health, 2nd Edition*. Oxford: Oxford University Press

Ma Y, Bertone ER, Stanek EJ, Reed GW, Hebert JR, Cohen NL, Merriam PA, et al. (2003). Association between eating patterns and obesity in a free-living US adult population. *American Journal of Epidemiology*, 158: 85-92.

Organisation mondiale de la santé. *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques : rapport d'une consultation OMS/FAO d'experts*, OMS, Série de rapports techniques 916, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003. Consulté sur le site de la FAO : <http://www.fao.org/WAIRDOCS/WHO/AC911F/AC911F00.HTM>

Organisation mondiale de la santé. (2003) Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Consulté le 8 juin 2010 : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf Obesity.pdf>

Prospective Studies Collaboration (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet*, 373(9669): 1083-1096.

Roberts RJ (1995). Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? *Public Health*, 109(4): 275-84.

Sanchez RP, Bray RM, Vincus AA, Bann CM (2004). Predictors of job satisfaction among active duty and reserve/guard personnel in the U.S. Military. *Military Psychology*, 16(1): 19-35.

Santé Canada. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*, 2007 (n° H164-38 au catalogue). Consulté sur le site de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php>

Santé Canada. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, 2003 (n° H49-179/2003F au catalogue). Consulté sur le site de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids-fra.pdf

Services de santé des Forces canadiennes. *Normes médicales* (A-MD-154-000/FP-000, Appendice 1 à l'Annexe D de PFC 154 Énoncés de tâches des GPM), 2000. Consulté sur le site du ministère de la Défense nationale : <http://www.forces.gc.ca/health-sante/pd/cfp-pfc-154/AN-Dapp1-fra.asp>

Shaw ME (1998). Adolescent breakfast skipping: an Australian study. *Adolescence*, 33(132): 851-61.

Shields, M., M.S. Tremblay, M. Laviolette, C.L. Craig, I. Janssen, S. Connor Gorber. *Condition physique des adultes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007-2009*, 2010 (n° 82-003-X-2010001 au catalogue). Consulté sur le site de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010001/article/11064-fra.pdf>.

Shields, M., S. Connor Gorber, M.S. Tremblay. « Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes », *Rapports sur la santé*, vol. 19, n° 2, Statistique Canada, 2008 (n° 82-003-X-2008002 au catalogue). Consulté sur le site de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/82-003-x2008002-fra.pdf>.

Statistique Canada. *Consommation de fruits et de légumes*, Feuillet d'information sur la consommation de fruits et de légumes, 2009. Consulté sur le site de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2009001/tblstructure/2nm/2hb/hb2fav-fra.htm>

Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – composante annuelle : guide de l'utilisateur : fichiers de microdonnées 2008*, juin 2009. Consulté sur le site de Statistique Canada : www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226_D7_T9_V5-fra.pdf

Thomas JL, Adler AB, Castro CA (2005). Measuring operations tempo and relating it to military performance. *Military Psychology*, 17(3): 137-156.

Tjepkema, M. *Obésité mesurée : obésité chez les adultes au Canada : poids et grandeur mesurés*, 2005 (n° 82-620-MWF2005001 au catalogue). Consulté sur le site de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/pdf/4241444-fra.pdf>

Traynor MM, Holowaty PH, Reid DJ, Gray-Donald K (2006). Vegetable and fruit food frequency questionnaire serves as a proxy for quantified intake. *Canadian Journal of Public Health*, 97(4): 286-290.

World Health Organization Expert Consultation (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 363(9403): 157-163.



SONDAGE SUR LA SANTÉ ET LE STYLE DE VIE (SSSV) 2008-2009
RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE



CHAPITRE 10 ~ TOXICOMANIES ET JEU

TABAGISME

Le tabagisme est fortement associé à toute une gamme de conséquences graves pour la santé, dont la mort (Jha, 2009). Le début de la consommation du tabac et l'installation de l'habitude tabagique surviennent habituellement avant l'âge de 18 ans. Les fumeurs précoces sont moins susceptibles d'arrêter de fumer que ceux qui commencent à fumer plus tard dans la vie (Jason et coll., 1999). En 2008, parmi l'ensemble de la population canadienne, 20,6 % des Canadiens âgés de 18 à 59 ans ont affirmé être des fumeurs quotidiens, tandis que 5,6 % ont dit être des fumeurs occasionnels. Les 73,8 % restants étaient des non-fumeurs (données tirées de l'ESCC 2008, obtenues de Statistique Canada). Les résultats de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) de 2008 portant sur les Canadiens âgés de 15 ans et plus a fait ressortir une baisse de la prévalence générale; 18 % des répondants étaient des fumeurs (quotidiens ou occasionnels). L'écart dans les estimations du tabagisme entre les données de l'ESCC et celles de l'ESUTC est probablement attribuable à des différences dans le groupe d'âge étudié. Les résultats de l'ESUTC 2008 ont aussi montré qu'il y avait une plus forte prévalence du tabagisme chez les groupes d'âge plus jeunes. Parmi les Canadiens âgés de 20 à 24 ans, la prévalence du tabagisme était de 27 % au Canada (ESUTC, 2008). On a observé une tendance globale à la baisse du tabagisme quotidien et occasionnel entre 1994 et 2005 (Infobase des maladies chroniques au Canada, 2005).

Fumer dans les Forces canadiennes

Dans le cadre du présent sondage, une personne ayant déjà fumé se définit comme ayant fumé au moins 100 cigarettes (environ quatre ou cinq paquets) au cours de sa vie. Les membres des FC ayant indiqué n'avoir jamais fumé 100 cigarettes ont été considérés comme des non-fumeurs pendant toute la durée de leur vie. Parmi les membres des FC qui avaient déjà fumé, l'âge moyen au moment où ils ont commencé à fumer était de 16,5 ans, et 68,0 % des répondants avaient commencé à fumer avant l'âge de 18 ans.

Les constats relatifs à l'usage actuel du tabac sont présentés à la figure 10.1. Le sondage a révélé qu'une majorité des membres des FC étaient des non-fumeurs (76,8 %), que 4,9 % fumaient à l'occasion et que 18,3 % fumaient tous les jours. Il n'y avait pas de différence significative dans la fréquence du tabagisme entre les résultats des sondages de 2004 et de 2008-2009. Les estimations ont été standardisées pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC en 2008 afin de faciliter la comparaison.

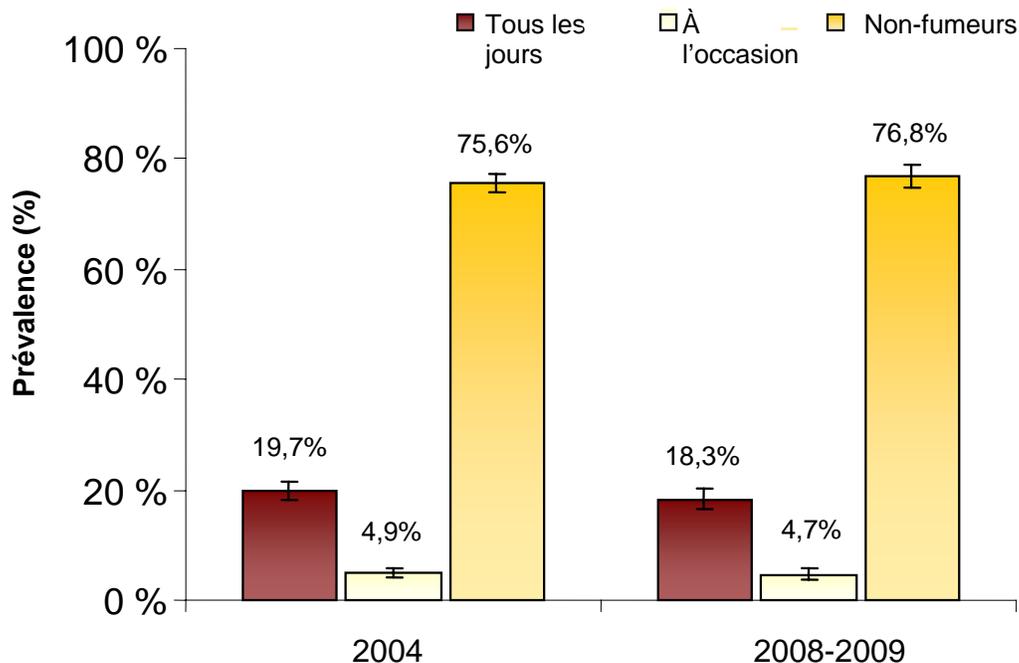


Figure 10.1: Fréquence du tabagisme chez les membres des FC, SSSV 2004 et 2008-2009^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

Dans l'ensemble, 23,2 % des répondants fumaient au moment du sondage (tous les jours ou à l'occasion). Il n'y avait pas de différence significative entre les fumeurs et les non-fumeurs selon le sexe, le commandement ou le déploiement récent. Contrairement aux attentes, il n'y avait pas non plus de différence significative entre les fumeurs et les non-fumeurs selon l'âge. On s'attendait à une diminution de la prévalence du tabagisme à mesure que les répondants avancent en âge puisque ceux qui tentent d'arrêter de fumer finissent par y arriver avec le temps. Une explication possible à ce manque de résultats est que les répondants plus âgés de la cohorte actuelles avait un taux de tabagisme plus élevé lorsqu'ils étaient plus jeune comparativement au groupe d'âge plus jeune d'aujourd'hui.

Les différences statistiques dans la prévalence du tabagisme quotidien ou occasionnel sont présentées au tableau 10.1. Les militaires du rang (MR) étaient significativement plus susceptibles de fumer que les officiers. Le tabagisme était significativement moins fréquent chez les membres des FC ayant fait des études postsecondaires par rapport à ceux qui avaient fait des études secondaires avec ou sans diplôme. Enfin, le tabagisme était plus répandu chez ceux qui étaient veufs, séparés ou divorcés par rapport à ceux qui étaient mariés.

Tableau 10.1: Données démographiques sur les fumeurs des FC (quotidiens ou occasionnels) selon le grade, l'état matrimonial et la scolarité, SSSV 2008-2009.

Variable	Catégorie	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Grade	Officier	10,1 % (7,6-13,4 %)	$p \leq 0,001$
	MR	26,6 % (22,8-30,8 %)	
État matrimonial	Marié(e) / Conjoint(e) de fait	20,8 % (17,5-24,6 %)	Réf.
	Célibataire	25,0 % (17,8-33,8 %)	n.s.
	Veuf (veuve) / Séparé(e) / Divorcé(e)	36,3 % (25,6-48,5 %)	$p = 0,006$
Scolarité	Études secondaires avec ou sans diplôme	29,4 % (23,9-35,4 %)	Réf.
	Études collégiales avec diplôme / Études universitaires sans diplôme	24,3 % (19,3-30,2 %)	n.s.
	Études postsecondaires	8,7 % (5,9-12,8 %)	$p \leq 0,001$

En 2008-2009, la majorité des fumeurs (fumeurs actuels et anciens fumeurs combinés) (74,8 %) indiquaient avoir commencé à fumer avant de s'enrôler dans les FC. Ce n'est pas surprenant, étant donné que la majorité (68,0 %) des fumeurs indiquaient également avoir commencé avant l'âge de 18 ans. Par ailleurs, 3,2 % des répondants ayant déjà fumé indiquaient ne pas avoir fumé depuis qu'ils se sont joints aux FC. Les autres fumeurs (fumeurs actuels et anciens fumeurs combinés), soit 22,0 %, affirmaient avoir commencé à fumer dans les FC.

Parmi les membres des FC indiquant avoir déjà fumé dans les FC, le début de l'usage du tabac après s'être joint aux FC ne variait pas significativement selon le sexe, le groupe d'âge, le grade, le déploiement récent, le commandement, la scolarité, l'état matrimonial ou la langue officielle.

Si on limite l'analyse aux fumeurs actuels, 24,5 % d'entre eux ont indiqué avoir commencé à fumer après s'être joints aux FC.

Parmi les fumeurs actuels qui ont commencé à fumer après s'être joints aux FC, 44,7 % l'avaient fait au cours de l'entraînement de base, 22,4 % au cours de la formation professionnelle, 20,1 %, lors d'un déploiement et 12,4 % à un autre moment (figure 10.2). Parmi les autres moments cités, mentionnons lors d'un divorce, lors d'exercices en campagne, dans le cadre de leur travail normal, à l'école ou pendant les études.

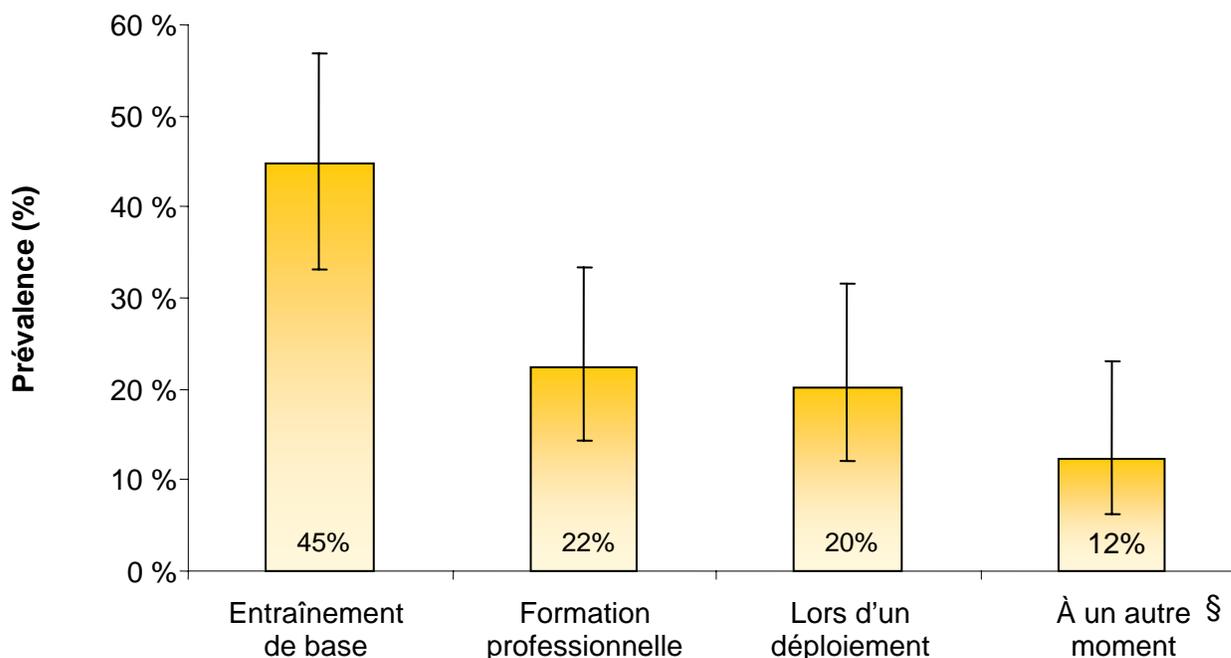


Figure 10.2: Moment du début de l'usage du tabac dans les FC, SSSV 2008-2009

§ Comprend notamment : lors d'un divorce, lors d'exercices en campagne, dans le cadre du travail normal, à l'école ou pendant les études.

Il est préoccupant de constater que le début de l'usage du tabac survient, dans près du quart des cas, après l'enrôlement dans les FC, en particulier pendant les périodes d'entraînement de base ou de formation professionnelle. Si les répondants n'avaient pas commencé à fumer après leur enrôlement dans les FC, on compterait 3 383 fumeurs quotidiens ou occasionnels de moins, et la prévalence globale du tabagisme serait réduite à 17,5 % (tableau 10.2). Des recherches antérieures ont permis d'établir que 50 % des fumeurs persistants ou, dans le cas qui nous occupe, 1 941 membres des FC qui ont commencé à fumer après s'être joints aux FC, mourront prématurément en raison de leur dépendance à la nicotine s'ils sont incapables d'arrêter de fumer (Doll et coll., 2004).

Plus précisément, si les répondants n'avaient pas commencé à fumer pendant l'entraînement de base, la proportion de fumeurs actuels chez les membres des FC chuterait de 23,2 % à 20,7 %. Le début du tabagisme pendant l'entraînement de base est directement responsable de 10,8 % des fumeurs actuels des FC, ce qui représente 1 512 fumeurs quotidiens ou occasionnels dans les FC. En nous fondant sur le chiffre cité plus haut (décès prématuré de 50 % des fumeurs persistants), on pourrait affirmer que 756 membres actuels des FC qui ont commencé à fumer au cours de l'entraînement de base pourraient décéder prématurément en raison de leur dépendance à la nicotine s'ils sont incapables de cesser de fumer.

Tableau 10.2: Effet de l'élimination du début de l'usage du tabac après l'enrôlement dans les FC

Population	Équation	Proportion de la population	Nombre de personnes
Effectif des FC	100 %	100 %	59 520 §
Proportion de fumeurs actuels	23,2 %	23,2	13 809
Parmi les membres des FC, proportion de ceux qui ont commencé à fumer après s'être joints aux FC	23,2 % x 24,5 %	5,7 %	3 383
<u>Moment du début de l'usage du tabac :</u>			
Entraînement de base	(23,2 % x 24,5 %) x 44,7 %	2,5 %	1 512
Formation professionnelle	(23,2 % x 24,5 %) x 22,4 %	1,3 %	758
Déploiement	(23,2 % x 24,5 %) x 20,1 %	1,1 %	680
À un autre moment	(23,2 % x 24,5 %) x 12,4 %	0,7 %	419

§ Les données sont fondées sur les effectifs totaux en activité de la Force régulière, obtenus du Système de gestion des ressources humaines (SGRH) des FC le 28 juillet 2008.

La proportion de membres des FC ayant commencé à fumer pendant l'entraînement de base ne variait pas de façon significative selon le sexe, le groupe d'âge, le grade, le déploiement récent ou le commandement. Le début de l'usage du tabac pendant l'entraînement de base ne variait pas selon les années de service. Cela semble indiquer qu'au fil du temps, on observe un taux constamment élevé d'initiation au tabagisme pendant l'entraînement de base.

Parmi les fumeurs actuels ayant commencé à fumer après leur enrôlement dans les FC, les MR étaient significativement moins susceptibles de commencer à fumer au cours de la formation professionnelle (18,8 %) que les officiers (48,8 %). Le début de l'usage du tabac au cours de la formation professionnelle ne variait pas de façon significative en fonction du sexe, du groupe d'âge ou du commandement. On n'a observé aucune différence dans le début du tabagisme au cours de la formation professionnelle selon les années de service. La proportion des membres des FC ayant commencé à fumer lors d'un déploiement ou à un autre moment était trop faible pour effectuer une comparaison en fonction des variables démographiques.

On a demandé aux fumeurs si, depuis qu'ils s'étaient joints aux FC, il leur était arrivé de recommencer à fumer après avoir arrêté ou d'augmenter leur consommation de tabac. Les répondants pouvaient sélectionner toutes les réponses appropriées, par conséquent, la somme des pourcentages peut dépasser 100 %. Comme le montre la figure 10.3, les réponses les plus fréquentes étaient au cours d'un « déploiement » (43,3 %), au cours « de la formation professionnelle » (29,5 %) et au cours « de l'entraînement de base » (26,4 %). Chez 20,6 % des répondants, la consommation de tabac n'avait pas changé depuis leur entrée dans les FC. Les catégories dont les résultats étaient inférieurs à 3 % ne sont pas représentées à la figure 10.3, mais elles comprennent les précisions inscrites à la

réponse « À un autre temps », travail normal, raisons sociales, divorce, affectation, consommation d'alcool, naissance d'un enfant, problème de santé, décès d'un membre de la famille ou d'un ami et « sans raison ».

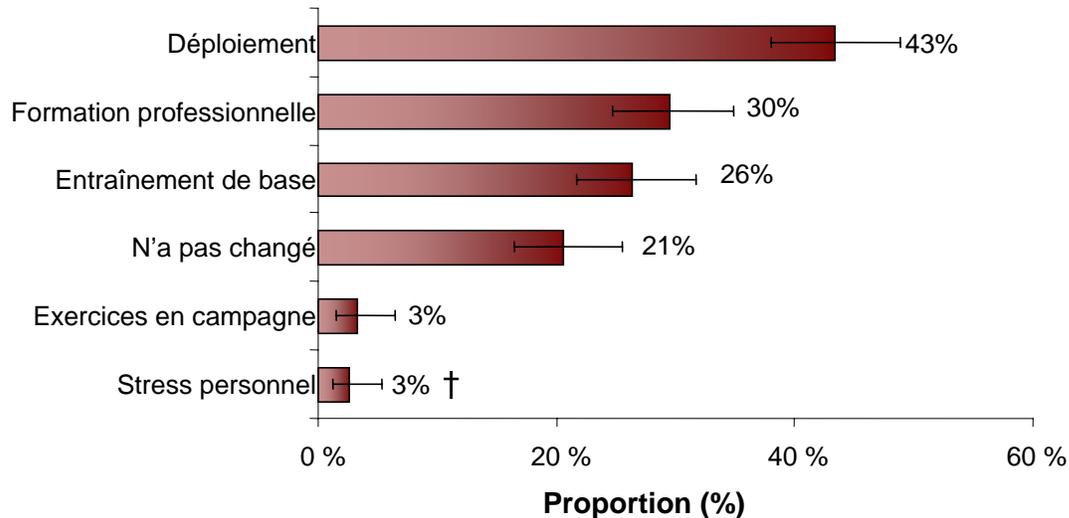


Figure 10.3: Moments où les répondants ont recommencé à fumer ou augmenté leur consommation de tabac dans les FC, SSSV 2008-2009

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Parmi les membres des FC ayant déclaré fumer au moment du sondage, 46,6 % étaient des fumeurs légers (de 0 à 10 cigarettes par jour), 26,0 % des fumeurs modérés (de 11 à 19 cigarettes par jour) et les autres, soit 27,4 %, de gros fumeurs (20 cigarettes ou plus par jour). Le nombre de gros fumeurs ne variait pas significativement par rapport au nombre de fumeurs légers selon l'âge, le sexe, le grade, le déploiement ou le commandement. La quantité de cigarettes fumées chaque jour par les fumeurs des FC était presque la même que la quantité observée chez les fumeurs de la population canadienne. Parmi les fumeurs canadiens âgés de 18 à 59, 50,4 % étaient des fumeurs légers, 21,4 % des fumeurs modérés et 28,3 % de gros fumeurs (données de l'ESCC 2008, obtenues de Statistique Canada).

Il a été établi que le temps qui s'écoule entre le réveil du matin et la première cigarette permet de prédire les concentrations de cotinine dans le plasma et l'urine (Muscat et coll., 2009). Il s'agit d'une mesure de la dépendance à la nicotine couramment utilisée dans les études en population (Haberstick et coll., 2007). Dans le SSSV 2008-2009, cette mesure a été utilisée pour évaluer le degré de dépendance à la nicotine. Environ la moitié (51,5 %) des fumeurs des FC indiquaient avoir fumé leur première cigarette de la journée dans les 30 minutes après s'être levés le matin. Ces répondants ont donc été considérés comme ayant une dépendance élevée ou modérément élevée à la nicotine. On n'a pas observé d'écart statistiquement significatif dans l'urgence de fumer au réveil selon l'âge, le sexe, le grade, le déploiement ou le commandement.

Autres produits du tabac

En 2008-2009, 10,7 % des membres des FC affirmaient avoir fumé des cigares dans le mois précédant le sondage; 8,6 % avaient fumé des cigarillos et 2,9 % avaient utilisé du tabac à chiquer au cours de cette même période. Moins de 1 % des membres des FC ont dit avoir utilisé d'autres produits du tabac (pipe, tabac à priser, SNUS, shisha). Dans l'ensemble, 16,7 % des répondants ont indiqué avoir utilisé une autre forme de produits du tabac (dans le sondage « formes alternatives de tabac ») dans le mois précédant le sondage. L'usage des cigares et des cigarillos était plus faible dans l'ensemble de la population canadienne, où seulement 3 % des répondants indiquaient avoir fumé des cigares ou des cigarillos au cours des 30 jours précédant l'enquête, et une proportion encore plus faible avait fumé la pipe ou utilisé du tabac à chiquer (Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada [ESUTC], 2003). Les données de l'ESUTC sur la consommation de cigares et de cigarillos selon l'âge et le sexe n'étaient pas disponibles.

Comme le montre le tableau 10.3, les utilisateurs d'autres produits du tabac étaient beaucoup plus susceptibles d'être des hommes et d'être jeunes. On n'a pas observé de différence significative dans l'utilisation d'autres produits du tabac au cours du mois précédant le sondage selon le grade, le déploiement ou le commandement.

Tableau 10.3: Utilisation d'autres produits du tabac au cours du mois précédant le sondage, selon le sexe et le groupe d'âge, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	18,2 % (15,2-21,7 %)	$p \leq 0,001$
	Femme	6,7 % (5,0-8,8 %)	
Groupe d'âge	18 à 29	25,1 % (18,5-33,0 %)	Réf.
	30 à 39	19,5 % (14,8-25,3 %)	n.s.
	40 à 49	10,1 % (7,4-13,6 %)	$p \leq 0,001$
	50 à 60	5,8 % (2,3-13,6 %)	$p = 0,001$

L'usage significativement plus répandu d'autres produits du tabac chez les hommes et les jeunes s'observe également pour deux produits : les cigares et les cigarillos (tableau 10.4). L'usage de tous les autres produits par les répondants était trop faible pour qu'il soit possible d'établir des comparaisons stables en fonction des variables démographiques. On n'a pas observé de différence significative dans l'usage des cigares ou des cigarillos selon le grade, le déploiement ou le commandement.

Tableau 10.4: Usage de cigares et de cigarillos au cours du mois précédant le sondage, selon le sexe et le groupe d'âge, SSSV 2008-2009.

Variable	Catégorie	Cigares (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>	Cigarillos (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	11,9 % (9,5-14,9 %)	$p \leq 0,001$	9,4 % (7,1-12,3 %)	$p < 0,001$
	Femme	3,0 % (2,0-4,6 %)		3,2 % (2,1-4,8 %)	
Groupe d'âge	18 à 29	15,2 % (9,3-21,1 %)	Réf.	13,3 % (7,4-19,2 %)	Réf.
	30 à 39	12,5 % (8,0-17,1 %)	n.s.	10,1 % (5,9-14,2 %)	n.s.
	40 à 49	7,0 % (4,4-9,7 %)	$p = 0,006$	4,6 % (2,4-6,9 %)	$p = 0,002$
	50 à 60	4,8 % (0,1-9,7 %)	$p = 0,034$	4,2 % (0,7-9,1 %)	n.s.

Renoncement au tabac

Parmi les fumeurs actuels, 29,4 % avaient reçu, au cours des deux années précédentes, de l'aide ou des renseignements d'un professionnel de la santé des FC pour cesser de fumer. Le nombre de répondants ayant reçu de l'aide ou des renseignements à ce sujet ne variait pas de manière significative selon l'âge, le sexe, le grade, le déploiement récent, le commandement ou la langue officielle.

Parmi les répondants qui affirmaient fumer, 50,3 % envisageaient d'arrêter de fumer au cours des six prochains mois. Parmi les fumeurs qui envisageaient de cesser de fumer au cours des six prochains mois suivant le sondage, 64,7 % envisageaient de le faire au cours des 30 prochains jours. Parmi les répondants qui tentaient de cesser de fumer, 51,2 % avaient arrêté de fumer pendant une période de 24 heures au cours des 12 derniers mois.

Parmi les répondants indiquant avoir cessé de fumer, la plupart avaient cessé de fumer il y a plus d'un an (86,0 %), alors que 11,2 % avaient cessé de fumer au cours des six mois précédents et 2,8 % au cours des 6 à 12 mois précédents.

Les fumeurs actuels et ceux qui avaient cessé de fumer au cours l'année précédant le sondage ont été interrogés sur l'utilisation de certains outils pour renoncer au tabac. Les aides au renoncement au tabac les plus fréquemment utilisées étaient la gomme Nicorette (6,8 %), le timbre Nicorette (6,1 %) et Champix (3,7 %), alors que 2,3 % avaient réussi à renoncer au tabac sans utiliser de produits de désaccoutumance au tabac. Moins de 2 % des membres des FC indiquaient avoir utilisé le Zyban, la thérapie au laser, l'hypnose ou d'autres formes d'aides de renoncement au tabac au cours de l'année écoulée. Seuls 26,2 % des fumeurs actuels n'avaient pas tenté de renoncer au tabac au cours des 12 mois précédents. Fait à noter, il était possible pour les répondants de sélectionner plus d'une aide au renoncement au tabac.

Le modèle transthéorique (« Étapes du changement ») utilisé dans le renoncement au tabac permet de déterminer si une personne est prête à changer son mode de vie et son comportement. En théorie, ces étapes du changement peuvent être utilisées par les responsables de la promotion de la santé et les professionnels de la santé pour cibler les

programmes de renoncement au tabac en fonction de la volonté du fumeur d'arrêter de fumer; des interventions sont expressément destinées aux fumeurs qui en sont aux étapes de la pré-réflexion ou de la réflexion (Aveyard et coll., 2009). Nous avons axé nos efforts sur les fumeurs qui en sont aux étapes de la pré-réflexion et de la réflexion, car une plus grande proportion de fumeurs appartiennent à ces deux catégories (comparativement à ceux qui sont à l'étape de la préparation) et ont besoin de types d'interventions différents (Etter et coll., 1997). Les fumeurs se trouvant à l'étape de la préparation se sont engagés à cesser de fumer et ont besoin de conseils sur la façon de procéder. Inversement, les fumeurs se trouvant à l'étape de la pré-réflexion et de la réflexion ont besoin d'interventions qui portent sur leur attitude actuelle envers le tabagisme (Etter et coll., 1997). La définition de chacune des étapes du changement figure au tableau 10.5 (Prochaska et coll., 1992).

Tableau 10.5: Définitions des étapes du changement dans le renoncement au tabac

Étapes du changement	Définition
Pré-réflexion (ou « pré-contemplation »)	Fumeurs qui n'envisagent pas sérieusement d'arrêter de fumer au cours des six mois qui viennent.
Réflexion (ou « contemplation »)	Fumeurs qui envisagent sérieusement d'arrêter de fumer au cours des six prochains mois, mais pas au cours des 30 prochains jours <i>ou</i> qui envisagent d'arrêter de fumer au cours des 30 prochains jours, mais n'ont jamais arrêté de fumer pendant 24 heures par le passé.
Préparation	Fumeurs qui envisagent d'arrêter de fumer au cours des 30 prochains jours et qui ont déjà arrêté de fumer pendant 24 heures au cours de la dernière année.
Action	Ex-fumeurs qui ont arrêté de fumer au cours des six derniers mois.
Suivi (ou « maintien »)	Ex-fumeurs qui ne fument plus depuis plus de six mois.

La répartition des membres des FC selon les étapes du changement indique que la majorité des fumeurs avaient cessé de fumer et se trouvaient à l'étape du suivi (figure 10.4). Trente pour cent des répondants étaient rendus à l'étape de la pré-réflexion ou de la réflexion, ce qui représente une excellente occasion de mener des activités de promotion de la santé et de soutien. Les derniers 20,0 % étaient à l'étape de la préparation ou de l'action. Cette répartition entre les étapes du changement était similaire à la répartition observée chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus. En 2008, l'ESUTC a révélé que 15,0 % des fumeurs actuels et anciens fumeurs en étaient à l'étape de la pré-réflexion, 13,4 % à l'étape de la réflexion, 14,5 % à l'étape de la préparation, 1,3 % à l'étape de l'action et 59,9 % à l'étape du suivi.

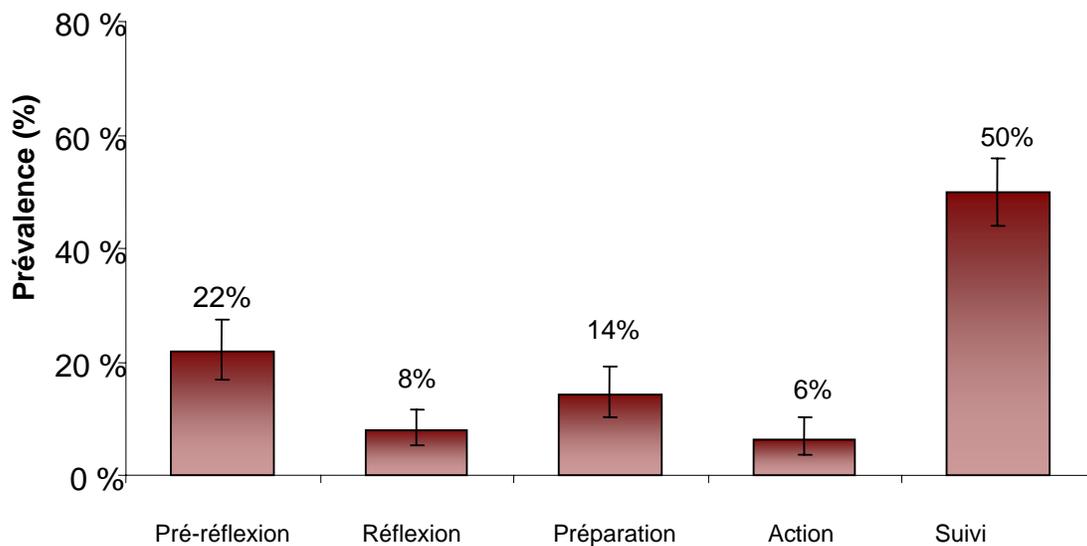


Figure 10.4: Profil des étapes du changement chez les membres des FC qui ont déjà fumé la cigarette, SSSV 2008-2009

CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation d'alcool est associée à de nombreux effets néfastes sur la santé (Bondy et coll., 1999). L'alcool doit être consommé avec modération, car il existe des preuves solides de la corrélation entre la quantité d'alcool consommé et la hausse du risque d'effets néfastes sur la santé et des risques de blessures (Rehm et coll., 1997). La consommation d'alcool est répandue chez les Canadiens; des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2008 indiquent que 83,4 % des Canadiens âgés de 18 à 59 affirmaient avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente (données de l'ESCC 2008, obtenues de Statistique Canada).

Consommation d'alcool dans les Forces canadiennes

Au cours des 12 derniers mois, 93,5 % des membres des FC avaient consommé de l'alcool. Cela constitue une diminution statistiquement significative par rapport aux estimations standardisées de 2004 (95,4 %). Même si l'on a observé une diminution de la prévalence de la consommation d'alcool en 2004, celle-ci demeure extrêmement répandue chez les membres des FC.

Parmi les répondants ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, 23,0 % en avaient consommé moins d'une fois par mois, 31,0 % de 2 à 4 fois par mois, 27,7 % de 2 ou 3 fois par semaine et 16,9 % en avaient consommé 4 fois ou plus par semaine. Le sondage a révélé une consommation quotidienne chez 7,9 % des membres des FC en 2008-2009, ce qui représente une augmentation statistiquement significative par rapport au pourcentage de membres des FC (2,9 %) ayant indiqué avoir consommé de l'alcool tous les jours en 2004.

Directives sur la consommation à faible risque

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale, un organisme canadien, a établi les Directives de consommation à faible risque (DCAFR), qui visent à diminuer les risques associés à la consommation d'alcool (Bondy et coll., 1999). Ces directives sont fondées sur un examen exhaustif des recherches menées à l'échelle internationale. Il est recommandé de ne pas boire plus de deux verres standard par jour, pas plus de neuf verres standard par semaine pour les femmes et pas plus de 14 verres standard par semaine pour les hommes. Un verre standard se définit comme 13,6 grammes d'alcool, soit l'équivalent d'une bière (12 oz/341 mL), d'un verre de vin (5 oz/142 mL) ou d'un verre de spiritueux (1,5 oz/43 mL) (Bondy et coll., 1999). Les données tirées du supplément à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indiquaient qu'en 2004, 20 % des hommes et 8 % des femmes avaient consommé plus de deux boissons alcoolisées tous les jours de la semaine.

Lorsqu'on les a interrogés sur leur consommation quotidienne d'alcool pendant la semaine précédant le sondage, 47,8 % des membres des FC ont indiqué avoir consommé plus que le maximum quotidien recommandé de deux boissons. L'augmentation de la proportion globale de membres des FC dont la consommation d'alcool dépasse le maximum recommandé en 2008-2009 (47,8 %) par rapport à 2004 (44,4 %) est statistiquement significative ($p = 0,027$).

Une proportion significativement plus élevée d'hommes avaient dépassé le seuil maximal de deux consommations par jour (50,1 %) comparativement aux femmes (30,1 %) (figure 10.5).

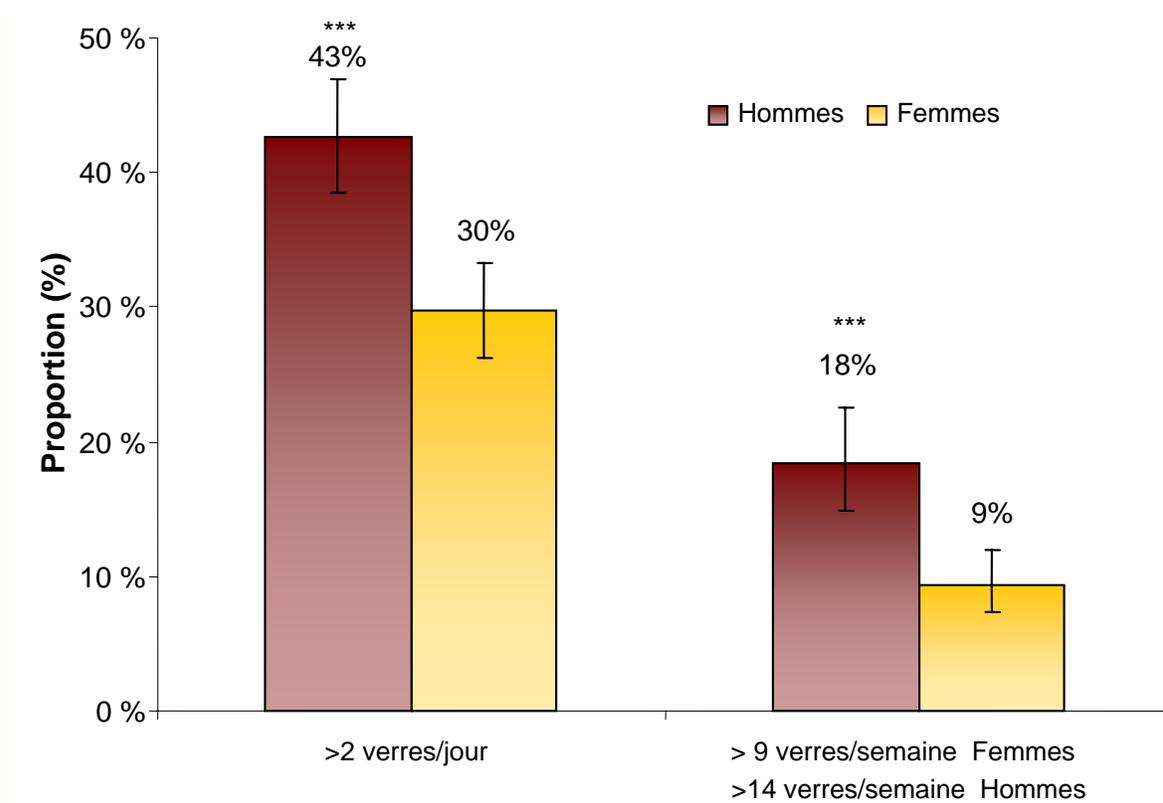


Figure 10.5: Proportion des membres des FC ayant dépassé le seuil de consommation quotidienne ou hebdomadaire d'alcool recommandé dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque, selon le sexe des répondants, SSSV 2008-2009.

*** $p \leq 0,001$ par rapport au groupe de référence.

Le dépassement du seuil recommandé dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque était plus fréquent chez les membres plus jeunes des FC (tableau 10.6). Les militaires célibataires et ceux qui avaient fait des études secondaires avec ou sans diplôme étaient aussi plus susceptibles de dépasser le seuil de consommation quotidienne recommandé. La proportion de militaires ayant dépassé le seuil de consommation quotidienne d'alcool recommandé dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque ne variait pas de manière significative selon le déploiement récent, le grade, le commandement ou la langue officielle.

Tableau 10.6: Proportion des membres des FC ayant dépassé le seuil de consommation quotidienne d'alcool recommandé dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque selon le groupe d'âge, le grade, l'état matrimonial et la scolarité, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Proportion (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Groupe d'âge	18 à 29	54,2 % (45,6-62,7 %)	Réf.
	30 à 39	37,6 % (31,5-44,1 %)	<i>p</i> = 0,003
	40 à 49	36,6 % (31,3-42,2 %)	<i>p</i> = 0,001
	50 à 60	24,3 % (14,9-36,9 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
Grade	Officier	35,2 % (30,7-39,9 %)	<i>p</i> = 0,023
	MR	42,7 % (38,2-47,4 %)	
État matrimonial	Marié(e) / Conjoint(e) de fait	38,0 % (33,8-42,3 %)	Réf.
	Célibataire	52,0 % (42,6-61,2 %)	<i>p</i> = 0,008
	Veuf (veuve) / Séparé(e) / Divorcé(e)	42,7 % (31,4-54,8 %)	n.s.
Scolarité	Études secondaires avec ou sans diplôme	51,3 % (44,7-57,9 %)	Réf.
	Études collégiales avec diplôme / Études universitaires sans diplôme	34,8 % (29,0-41,1 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	Études postsecondaires	34,3 % (29,1-40,0 %)	<i>p</i> ≤ 0,001

Comme le montrent le tableau 10.7 et la figure 10.5, un pourcentage deux fois plus élevé d'hommes avaient dépassé la quantité maximale hebdomadaire recommandée, soit 14 verres par semaine (18,4 %), comparativement aux femmes (seuil maximal de 9 verres par semaine) (9,4 %), différence qui est statistiquement significative. On a observé une augmentation statistiquement significative, après standardisation pour l'âge et le sexe, dans la proportion globale des membres des FC ayant dépassé le seuil de consommation hebdomadaire recommandé en 2008-2009 (17,4 %) par rapport à 2004 (11,8 %).

Les jeunes membres des FC, les militaires du rang et les militaires célibataires étaient les plus susceptibles de dépasser le seuil hebdomadaire recommandé dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque. Les répondants ayant fait des études postsecondaires étaient moins susceptibles de dépasser le seuil recommandé. La proportion de répondants qui avaient dépassé le seuil de consommation hebdomadaire d'alcool recommandé dans les DCAFR ne variait pas de manière significative selon le déploiement récent, le commandement ou la langue officielle.

Tableau 10.7: Proportion des membres des FC ayant dépassé le seuil de consommation hebdomadaire d'alcool recommandé dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque selon le sexe, le groupe d'âge, le grade, l'état matrimonial et la scolarité, SSSV 2008-2009.

Variable	Catégorie	Proportion (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	18,4 % (14,9-22,6 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	Femme	9,4 % (7,3-11,9 %)	
Groupe d'âge	18 à 29	24,5 % (17,0-34,0 %)	Réf.
	30 à 39	16,5 % (11,6-22,9 %)	n.s.
	40 à 49	13,0 % (9,4-17,8 %)	<i>p</i> = 0,010
	50 à 60	11,7 % (5,4-23,4 %)†	n.s.
Grade	Officier	9,9 % (7,4-13,1 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	MR	19,5 % (15,5-24,1 %)	
État matrimonial	Marié(e) / Conjoint(e) de fait	13,4 % (10,3-17,3 %)	Réf.
	Célibataire	29,1 % (20,3-39,9 %)	<i>p</i> = 0,001
	Veuf(veuve) / Séparé(e) / Divorcé(e)	19,6 % (10,9-32,6 %)	n.s.
Scolarité	Études secondaires avec ou sans diplôme	23,9 % (17,7-31,5 %)	Réf.
	Études collégiales avec diplôme / Études universitaires sans diplôme	15,9 % (11,3-21,9 %)	n.s.
	Études postsecondaires	9,9 % (7,4-13,1 %)	<i>p</i> ≤ 0,001

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

On a combiné les militaires ayant dépassé les seuils de consommation quotidienne ou hebdomadaire d'alcool recommandés pour créer un profil général des personnes dépassant les seuils recommandés dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque. Dans l'ensemble, 47,8 % des membres des FC ont dépassé la consommation quotidienne *ou* hebdomadaire recommandée dans les DCAFR.

Seuls 29,0 % des membres des FC ont indiqué être au courant des Directives de consommation d'alcool à faible risque. Le pourcentage de répondants qui étaient au courant des directives était significativement plus élevé chez les militaires dont la langue officielle est le français (41,9 %) par rapport à l'anglais (23,7 %). Il n'y avait pas de différence significative dans la connaissance des Directives de consommation d'alcool à faible risque selon le sexe, l'âge, le grade, le commandement, le déploiement récent, la scolarité ou l'état matrimonial. Lorsqu'on demandait aux membres des FC ce qu'ils

croyaient être le nombre maximum de boissons alcoolisées qu'une personne peut boire chaque jour, 74,7 % ont correctement répondu deux consommations ou moins, alors que 25,3 % ont choisi plus de deux consommations.

Une proportion significativement plus élevée de femmes avait correctement estimé le seuil de consommation (83,5 %) comparativement aux hommes (73,3 %) (tableau 10.8). Les membres des FC faisant partie du groupe le plus jeune (de 18 à 29 ans) étaient les moins susceptibles d'estimer correctement le seuil de consommation quotidienne par rapport aux groupes plus âgés. La proportion d'individus ayant correctement identifié le nombre maximum de consommations par jour ne varie pas de manière significative selon le grade, le déploiement récent, le commandement, la scolarité, l'état matrimonial ou la langue officielle.

Tableau 10.8: Proportion des membres des FC ayant estimé correctement le seuil de consommation quotidienne d'alcool, selon le groupe d'âge et le sexe.

Variable	Catégorie	Proportion (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	73,3 % (69,4-76,9 %)	$p \leq 0,001$
	Femme	83,5 % (80,8-85,9 %) †	
Groupe d'âge	18 à 29	66,0 % (57,5-73,5 %)	Réf.
	30 à 39	77,4 % (71,6-82,5 %)	$p = 0,018$
	40 à 49	77,4 % (72,4-81,7 %)	$p = 0,013$
	50 à 60	84,4 % (74,9-90,8 %)	$p = 0,004$

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Consommation d'alcool dangereuse et nocive

Le test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) a été créé par l'Organisation mondiale de la santé dans le but d'identifier les individus ayant des habitudes de consommation d'alcool dangereuses et nocives (Babor et coll., 2001). Un score de 8 ou plus au test AUDIT chez les hommes et de 7 ou plus chez les femmes est un indicateur de consommation d'alcool dangereuse ou nocive. La différence dans les seuils établis tient compte des effets variables de l'alcool selon le poids corporel et le métabolisme (Babor et coll., 2001).

Le pourcentage global des membres des FC ayant obtenu au test AUDIT un score supérieur au seuil établi selon le sexe était de 19,8 %. Comme le montre la figure 10.6, la consommation d'alcool dangereuse et nocive dans les FC a significativement augmenté par rapport à 2004 (12,9 %). Les estimations ont été standardisées pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008 pour permettre d'effectuer une comparaison directe.

Le pourcentage, standardisé pour l'âge et le sexe, d'hommes ayant obtenu un score de 8 ou plus au test AUDIT était de 20,9 %, soit nettement supérieur au pourcentage de femmes ayant obtenu un score de 7 ou plus (12,3 %) (figure 10.6). On a également observé une augmentation statistiquement significative chez les hommes et les femmes,

entre 2004 et 2008-2009, du pourcentage de militaires, standardisé pour l'âge et le sexe, ayant dépassé le seuil de risque élevé au test AUDIT, comme on peut le constater à la figure 10.6.

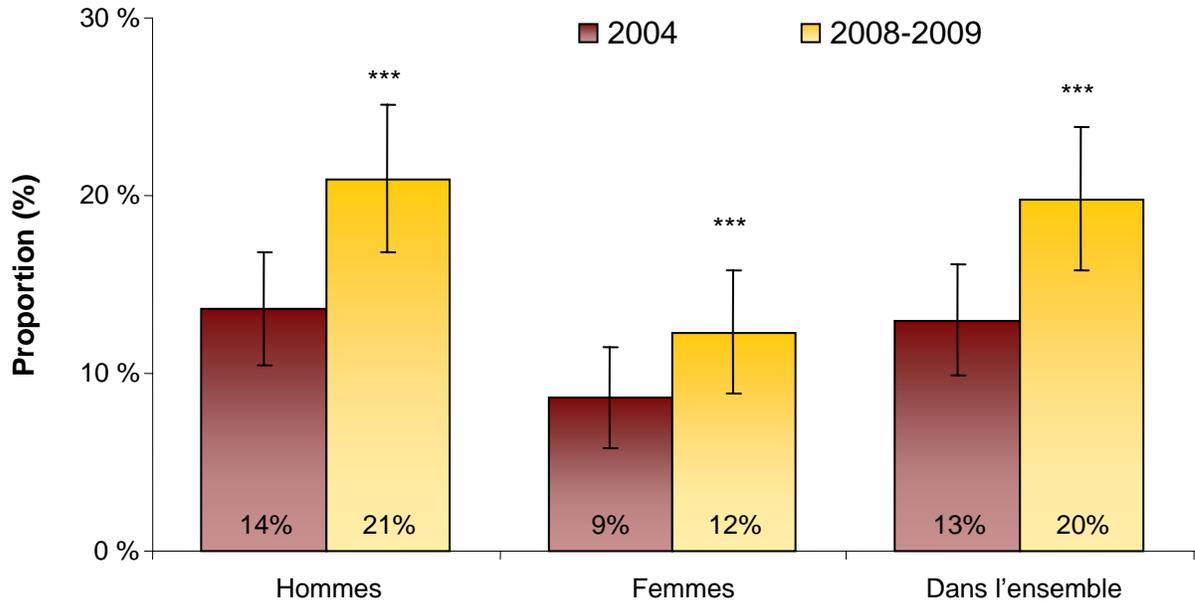


Figure 10.6: Proportion des membres des FC ayant dépassé le score de « risque élevé » au test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) selon le sexe, SSSV 2004 et 2008-2009^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008.

*** $p \leq 0,001$ par rapport au groupe de référence.

La proportion des membres des FC ayant obtenu un score indiquant une consommation d'alcool dangereuse et nocive diminuait généralement avec l'âge. Parmi les membres des FC âgés de 18 à 29 ans, 28,2 % avaient dépassé le seuil de risque élevé au test AUDIT et avaient indiqué avoir des habitudes de consommation dangereuse ou nocive. Bien que la proportion de ceux ayant obtenu un score supérieur au seuil établi au test AUDIT était plus faible chez les 30 à 39 ans (20,8 %), on n'a pas observé de différence statistiquement significative. Seuls 13,4 % des membres des FC âgés de 40 à 49 ans et 11,4 % des membres âgés de 50 à 60 ans dépassaient le seuil établi, soit une proportion significativement plus faible que chez les militaires âgés de 18 à 29 ans.

La proportion de militaires ayant dépassé le seuil de risque élevé au test AUDIT, selon le sexe, ne variait pas significativement en fonction de la scolarité, de la langue officielle, du déploiement récent, du commandement ou du grade.

Consommation excessive d'alcool dans les Forces canadiennes

Une des questions du test AUDIT porte sur les habitudes de consommation excessive d'alcool. Dans le test AUDIT, une consommation excessive d'alcool se définit comme le fait de boire six verres ou plus en une occasion. Lorsqu'on leur demandait combien de fois ils avaient bu six verres ou plus en une occasion, 27,9 % des membres des FC répondaient « jamais », 47,5 % indiquaient l'avoir fait au moins une fois par mois et 24,6 % indiquaient l'avoir fait chaque mois ou plus souvent. La consommation excessive d'alcool plus d'une fois par mois était significativement plus fréquente chez les membres des FC qui étaient de sexe masculin, âgés de 18 à 29 ans ou MR (tableau 10.9). Il n'y avait pas de différence significative dans la consommation excessive d'alcool selon le commandement ou le déploiement récent.

Tableau 10.9: Prévalence de la consommation mensuelle excessive d'alcool (six verres ou plus en une occasion), selon le sexe, le groupe d'âge et le grade, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Proportion (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	26,9 % (23,2-31,0 %)	$p \leq 0,001$
	Femme	9,3 % (7,3-11,9 %)	
Groupe d'âge	18 à 29	39,4 % (31,2-48,3 %)	Réf.
	30 à 39	24,5 % (19,1-30,9 %)	$p = 0,005$
	40 à 49	16,2 % (12,4-20,9 %)	$p \leq 0,001$
	50 à 60	10,1 % (4,6-20,8 %) †	$p \leq 0,001$
Grade	Officier	18,3 % (14,6-22,7 %)	$p = 0,007$
	MR	26,5 % (22,5-31,0 %)	

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Lorsqu'on a demandé aux répondants si leurs habitudes de consommation avaient changé depuis qu'ils s'étaient joints aux FC, 27,0 % ont affirmé consommer davantage d'alcool, 30,0 % ont indiqué en consommer moins et 36,1 % ont indiqué en consommer la même quantité. Les autres, soit 6,9 % des répondants, ont déclaré ne pas consommer d'alcool. Le pourcentage de répondants ayant indiqué consommer davantage d'alcool depuis leur enrôlement dans les FC n'était pas différent de celui des membres des FC ayant indiqué consommer la même quantité ou moins, selon le sexe, le grade, le déploiement et le commandement. On a observé une tendance dans les habitudes de consommation d'alcool selon le groupe d'âge; à mesure que les militaires avancent en âge, on observe une diminution significative de la proportion de militaires affirmant boire davantage d'alcool depuis leur entrée dans les FC (tableau 10.10).

Tableau 10.10: Pourcentage de membres des FC ayant indiqué consommer davantage d'alcool depuis qu'ils se sont joints aux FC, selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	Proportion (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
18 à 29	42,5 % (34,2-51,1 %)	Réf.
30 à 39	24,2 % (19,2-30,0 %)	$p \leq 0,001$
40 à 49	23,4 % (19,0-28,4 %)	$p \leq 0,001$
50 à 60	25,6 % (16,4-37,8 %) †	$p \leq 0,025$

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Les habitudes de consommation d'alcool dans les cas d'indemnité de retour au domicile (IRD) ont été évaluées en interrogeant les répondants sur la fréquence à laquelle ils ont bu au moins cinq boissons alcoolisées en une occasion. Ce seuil de consommation a été utilisé pour déterminer s'il y avait une « forte consommation d'alcool », selon la définition utilisée dans l'ESCC. Parmi les membres des FC ayant reçu une IRD au cours des trois dernières années, 8,7 % ont indiqué avoir bu au moins cinq boissons alcoolisées en une occasion tous les jours, 5,4 % un jour sur deux, 24,4 % environ 3 ou 4 fois au cours de l'IRD, 24,4 % environ 1 ou 2 fois au cours de l'IRD et 25,5 % ont indiqué n'avoir jamais consommé au moins cinq boissons alcoolisées en une occasion (figure 10.7).

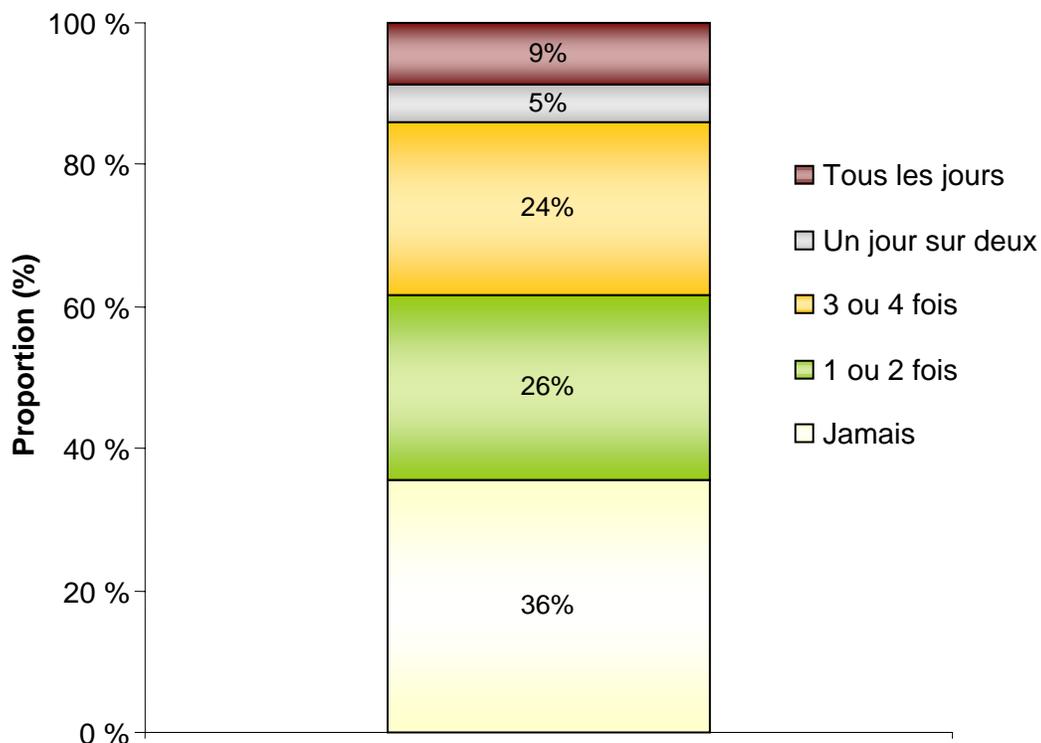


Figure 10.7: Proportion de militaires ayant bu au moins cinq boissons alcoolisées en une occasion alors qu'ils avaient reçu une indemnité de retour au domicile (IRD), SSSV 2008-2009.

Lorsqu'on a demandé aux répondants si leur consommation d'alcool, alors qu'ils avaient reçu une IRD, était semblable à ce qu'elle avait été avant leur déploiement, 50,2 % ont indiqué qu'elle était très semblable, 33,2 % qu'elle était plutôt semblable et 16,6 % qu'elle était très différente.

Parmi les membres des FC ayant déclaré des habitudes de consommation d'alcool très différentes alors qu'ils avaient reçu une IRD, on observe une baisse des pourcentages à mesure que les répondants avancent en âge, dans la Force aérienne et chez les officiers (tableau 10.11).

Tableau 10.11: Pourcentage de répondants ayant une consommation d'alcool très différente lors d'une indemnité de retour au domicile (IRD) par rapport à ce qu'elle était avant le déploiement, selon le groupe d'âge, le grade et le commandement, SSSV 2008-2009.

Variable	Catégorie	Proportion (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Groupe d'âge	18 à 29	26,9 % (15,8-42,0 %)	Réf.
	30 à 39	14,8 % (10,2-21,0 %)	n.s.
	40 à 49	12,1 % (7,3-19,5 %)	<i>p</i> = 0,025
	50 à 60	9,8 % (3,3-25,6 %) †	n.s.
Grade	Officier	9,5 % (7,2-12,4 %)	<i>p</i> = 0,002
	MR	18,3 % (13,3-24,7 %)	
Commandement	Armée de terre	22,1 % (15,9-29,8 %)	Réf.
	Marine	10,5 % (2,8-32,1 %) †	n.s.
	Force aérienne	6,8 % (3,2-13,9 %) †	<i>p</i> = 0,001
	Autre	11,2 % (5,3-22,1 %)	n.s.

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Comportements à risque associés à la consommation d'alcool

La consommation d'alcool est associée à une augmentation des comportements à risque (Cherpitel, 1999). Lorsqu'on a interrogé les répondants sur leurs comportements associés à la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, 5,5 % ont affirmé avoir conduit un véhicule après avoir trop bu. Cette proportion est faible par rapport à la population canadienne. En effet, les données de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) 2003 indiquent que 11,6 % des Canadiens qui avaient consommé de l'alcool dans l'année précédant l'enquête et qui détenaient un permis de conduire valide avaient conduit dans l'heure suivant la consommation de deux boissons alcoolisées ou plus.

Il existe plusieurs explications possibles à cette divergence sur le plan de la prévalence de l'alcool au volant. Tout d'abord, elle pourrait s'expliquer par des différences dans la formulation de la question, puisque l'ETC comprenait à la fois une période précise (dans l'heure qui suit la consommation) et une quantité d'alcool précise (deux consommations

ou plus); dans le SSSV 2008-2009, les répondants devaient prendre une décision subjective sur ce que signifiait « avoir trop bu ». Par ailleurs, la faible prévalence de l'alcool au volant dans les FC pourrait témoigner d'une réticence à déclarer une activité illégale par crainte de représailles, en dépit de l'anonymat du sondage. Enfin, la divergence pourrait refléter un changement dans l'acceptabilité sociale du comportement au fil du temps, car l'ETC a été menée en 2003, et le SSSV, en 2008-2009.

Au cours des 12 derniers mois, 6,1 % des répondants avaient été passagers dans un véhicule conduit par quelqu'un qui avait trop bu. Seuls 2,8 % des répondants avaient conduit un bateau, un canoë ou un autre véhicule marin alors qu'ils avaient trop bu ou été passagers dans un tel véhicule, et moins de 2 % avaient utilisé des outils électriques alors qu'ils avaient trop bu. Les hommes étaient de manière constante et significative plus susceptibles que les femmes de se livrer à des comportements à risque associés à la consommation l'alcool (figure 10.8).

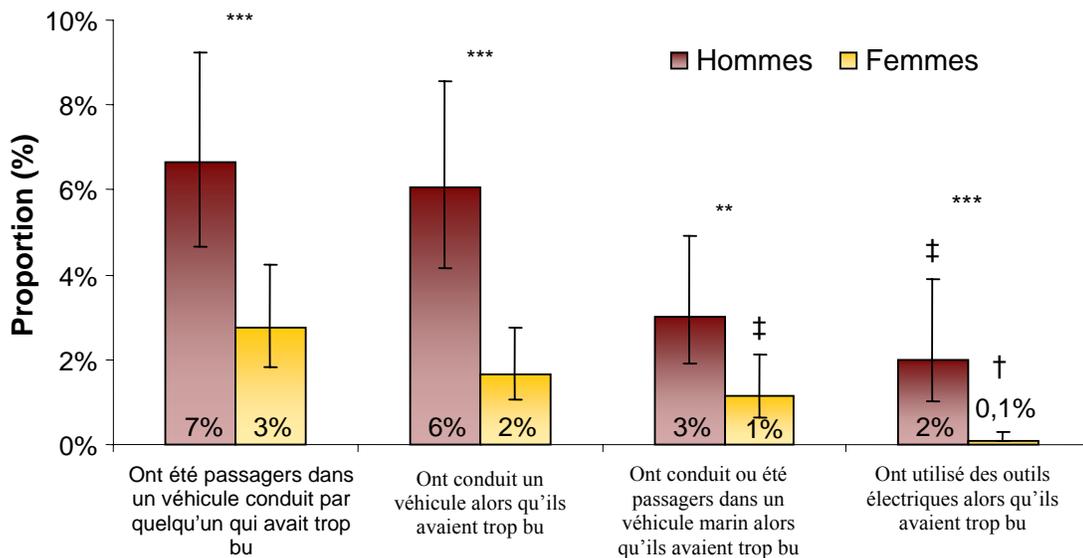


Figure 10.8: Prévalence des comportements à risque associés à la consommation d'alcool selon le sexe, SSSV 2008-2009.

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

** $p \leq 0,01$ par rapport au groupe de référence, *** $p \leq 0,001$ par rapport au groupe de référence.

Aucune différence n'a été observée entre « avoir conduit un véhicule », « avoir conduit ou été passager dans un véhicule marin » ou « avoir utilisé des outils électriques » alors qu'ils avaient trop bu, selon l'âge, le grade, le déploiement ou le commandement. La prévalence du comportement « être passager dans un véhicule conduit par quelqu'un qui avait trop bu » ne diminuait pas avec l'âge (tableau 10.12).

Tableau 10.12: Prévalence du comportement « avoir été passager dans un véhicule conduit par quelqu'un qui avait trop bu au cours des 12 derniers mois » chez les membres des FC, selon le groupe d'âge.

Groupe d'âge	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
18 à 29	8,6 % (4,8-14,9 %)	Réf.
30 à 39	9,0 % (5,6-14,3 %)	n.s.
40 à 49	3,0 % (1,5-5,8 %) †	<i>p</i> = 0,019
50 à 60	0,8 % (0,2-4,3 %) †	<i>p</i> = 0,008

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES

Il est établi que la consommation de drogues illicites a des conséquences négatives sur la santé et le bien-être. Les données de l'ESCC de 2008 révèlent que 18,1 % des Canadiens âgés de 18 à 59 avaient consommé une drogue illicite au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les drogues illicites comprennent notamment le cannabis, la cocaïne, le crack, le *speed* (amphétamines), l'ecstasy (MDMA), les hallucinogènes, la colle, l'essence, les solvants, l'héroïne ou les stéroïdes. Les Canadiens âgés de 18 à 59 ans indiquaient avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (à l'exclusion des usages uniques) dans une proportion de 16,8 %. Des données supplémentaires de 2002 indiquent que 1,3 % des répondants avaient consommé de la cocaïne ou du crack, et que moins de 1 % avaient consommé des hallucinogènes, des stimulants ou de l'héroïne au cours des 12 derniers mois.

Consommation de drogues dans les Forces canadiennes

Dans le sondage, la consommation de drogues illicites n'était pas fréquemment déclarée par les membres des FC. Dans l'ensemble, 87,4 % des membres des FC ont indiqué ne pas avoir consommé de drogues dans les 12 derniers mois. Cependant, 10,1 % ont affirmé avoir consommé un type de drogue à des fins non médicales dans les 12 derniers mois et 2,5 % ont indiqué avoir consommé deux drogues ou plus. On n'a pas observé de différences significatives entre les militaires ayant consommé des drogues au cours des 12 derniers mois et ceux qui n'en avaient pas consommé selon le sexe, l'âge, le commandement ou la langue officielle.

De même, il n'y avait pas de différence significative dans la consommation de drogues illicites selon le déploiement récent. Ce résultat reflète les observations du Department of Defense des États-Unis, selon lesquelles les taux de consommation de drogues illicites (y compris l'abus de médicaments sur ordonnance) ne diffèrent pas significativement selon le déploiement (HRB Survey, 2009).

Parmi les membres des FC qui avaient consommé de drogues illicites au cours des 12 derniers mois, on a observé des différences significatives selon les variables démographiques (tableau 10.13). Une proportion significativement plus élevée de

membres des FC qui étaient séparés, divorcés, veufs ou célibataires avaient consommé des drogues illicites au cours de la dernière année, comparativement à ceux qui étaient mariés ou en union de fait. Dans l'ensemble, une relation inverse a été observée entre la prévalence de la consommation de drogues illicites et le niveau de scolarité. La proportion de militaires ayant indiqué avoir consommé des drogues illicites était significativement plus faible chez les membres des FC ayant fait des études postsecondaires avec diplôme par rapport aux militaires ayant fait des études secondaires avec ou sans diplôme. La baisse de la consommation de drogues illicites parallèlement à l'augmentation du niveau de scolarité concorde avec le constat selon lequel la consommation de drogues est plus faible chez les officiers que chez les militaires du rang.

Tableau 10.13: Prévalence de la consommation de drogues illicites dans les FC, selon le grade, l'état matrimonial et la scolarité, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Grade	Officier	7,9 % (5,8-10,6 %)	<i>p</i> = 0,003
	MR	14,0 % (11,0-17,6 %)	
État matrimonial	Marié(e) / Conjoint(e) de fait	9,7 % (7,4-12,5 %)	Réf.
	Célibataire	17,3 % (10,8-26,4 %)	<i>p</i> = 0,034
	Veuf (veuve) / Séparé(e) / Divorcé(e)	26,1 % (16,6-38,4 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
Scolarité	Études secondaires avec ou sans diplôme	16,9 % (12,3-22,8 %)	Réf.
	Études collégiales avec diplôme / Études universitaires sans diplôme	12,0 % (8,5-16,7 %)	n.s.
	Études postsecondaires	6,3 % (4,6-8,5 %)	<i>p</i> ≤ 0,001

Dans le sondage, les membres des FC ont indiqué avoir consommé de la marijuana ou du haschich dans les 12 derniers mois dans une proportion de 3,3 % (tableau 10.14). Cette proportion est faible par rapport à la population canadienne, où 16,8 % des Canadiens âgés de 18 à 56 ans ont indiqué avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête. La plus faible prévalence de la consommation de cannabis dans les FC pourrait être attribuable à une réticence à déclarer la consommation réelle de drogues par crainte de représailles, en dépit de l'anonymat du sondage. Il se peut également que cette différence reflète simplement une conformité à la politique interdisant la consommation de substances illicites au sein des FC.

Dans l'ensemble, 7,3 % des militaires ont indiqué avoir utilisé des analgésiques, des narcotiques ou des tranquillisants au cours des 12 mois précédant le sondage. L'exemple des narcotiques fourni dans le questionnaire « analgésiques sur ordonnance » peut avoir

causé de la confusion puisque la question visait uniquement l'utilisation de ces médicaments à des fins non médicales. La validité de la catégorie « analgésiques, narcotiques ou tranquillisants » est discutable étant donné que le cannabis est la substance illicite la plus utilisée par la population canadienne en général.

Parmi les autres drogues illicites les plus couramment consommées au cours des 12 derniers mois, mentionnons les « réhausseurs sexuels », utilisés par 2,9 % des répondants, et les barbituriques ou autres sédatifs, utilisés par 2,1 % des membres des FC. La consommation de substances hallucinogènes, de cocaïne, d'amphétamines, de méthamphétamines ou autres stimulants et d'inhalants était très rare au cours des 12 derniers mois.

Tableau 10.14: Consommation autodéclarée de drogues à des fins non médicales dans les 12 derniers mois, SSSV 2008-2009.

Nom du produit utilisé à des fins non médicales	Prévalence sur 12 mois (%)
Marijuana ou haschich (p. ex., herbe, pot)	3,3 %
Substances hallucinogènes (p. ex., LSD, PCP, ecstasy)	0,5 %†
Cocaïne (p. ex., poudre, crack)	0,2 %†
Amphétamines, méthamphétamines ou autres stimulants	0,1 %†
Barbituriques ou autres sédatifs/hypnotiques (p. ex., « downers », Quaaludes, GHB, somnifères sur ordonnance)	2,1 %
Analgésiques, narcotiques, ou tranquillisants (p. ex., analgésiques sur ordonnance morphine, opium, oxycodone, OxyContin, Vicodin, Fentanyl, Percocet, Xanax, Valium, « roofies »)	7,3 %
Inhalants (p. ex., nitrite de pentyle ou oxyde de diazote)	0,2 %†
Réhausseurs sexuels (p. ex., Viagra ou Cialis)	2,9 %
Stéroïdes anabolisants (p. ex., testostérone)	1,0 %†

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Paradoxalement, 16,9 % des répondants ont indiqué avoir travaillé « avec un ou des membres des FC qui avaient consommé ces drogues en garnison ou lors d'un exercice » au cours des 12 derniers mois. Comme l'indique le tableau 10.15, les jeunes membres des FC de sexe masculin, les militaires du rang et les membres de l'Armée de terre (par rapport aux membres de la Force aérienne) étaient plus susceptibles d'avoir travaillé avec des militaires ayant consommé des drogues. Cependant, le nombre de répondants ayant

travaillé avec une personne qui avait consommé des drogues illicites ne variait pas manière significative selon le déploiement récent.

Tableau 10.15: Proportion des membres des FC ayant travaillé avec une ou des personnes ayant consommé des drogues illicites, selon le sexe, le groupe d'âge, le grade et le commandement.

Variable	Catégorie	Proportion (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	17,5 % (14,5-21,0 %)	<i>p</i> = 0,031
	Femme	13,1% (10,8-15,7 %)	
Groupe d'âge	18 à 29	32,1 % (24,7-40,4 %)	Réf.
	30 à 39	14,7 % (10,8-19,8 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	40 à 49	9,1 % (6,4-12,8 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	50 à 60	4,4 % (1,4-13,1 %) †	<i>p</i> ≤ 0,001
Grade	Officier	9,3 % (6,8-12,7 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	MR	19,1 % (15,8-22,9 %)	
Commandement	Armée de terre	24,3 % (19,6-29,8 %)	Réf.
	Marine	15,9 % (9,6-25,1 %)	n.s.
	Force aérienne	12,9 % (7,8-20,5 %)	<i>p</i> = 0,016
	Autre	7,9 % (4,5-13,6 %)	<i>p</i> ≤ 0,001

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Lorsqu'on les a interrogés sur l'usage de drogues par leurs collègues lors d'un déploiement, 4,2 % des répondants qui avaient été déployés ont indiqué s'être sentis en danger lors d'un déploiement parce que l'un(e) de leurs collègues consommait les drogues mentionnées. Le sentiment d'insécurité en raison de l'usage de drogues par un collègue lors d'un déploiement ne variait pas de manière significative selon l'âge, le sexe, le grade ou le commandement.

Lorsqu'on a demandé aux répondants si leurs habitudes de consommation de drogues avaient changé depuis leur enrôlement dans les FC, 79,5 % ont indiqué n'avoir jamais consommé de drogues illicites, 18,1 % en consommaient moins depuis leur entrée dans les FC, 2,1 % en consommaient environ la même quantité, et moins de 1 % en consommaient davantage. La proportion de personnes affirmant consommer plus de drogues depuis qu'elles s'étaient jointes aux FC est fondée sur moins de 20 observations; l'estimation pourrait donc ne pas être fiable. Parmi les répondants ayant consommé des drogues illicites dans les FC, moins de 1 % ont affirmé avoir été sous l'influence de drogues en milieu de travail au cours des deux dernières années.

Parmi les militaires des FC ayant consommé des drogues illicites dans les FC, 90,3 % ont affirmé que personne ne leur avait « exprimé des inquiétudes » par rapport à leur consommation de drogues illicites, tandis que 7,4 % ont indiqué que des amis ou des

membres de la famille leur avaient exprimé des inquiétudes à un moment donné. Les 2,4 % restants ne savaient pas si des amis ou des proches avaient exprimé des inquiétudes à cet égard. Les répondants ont rarement signalé que des amis ou des membres de la famille avaient exprimé des inquiétudes, il est donc impossible d'effectuer des comparaisons en fonction des diverses variables démographiques. Lorsqu'on les a interrogés sur leurs tentatives pour contrôler ou diminuer leur consommation de drogues ou pour y mettre un terme, 26,8 % des répondants ont dit avoir fait de telles tentatives; les autres (73,2 %) ne l'avaient pas fait. Parmi les membres des FC qui avaient consommé des drogues, moins de 1 % ont indiqué avoir « échoué à faire ce qu'on attendait habituellement d'eux » à cause de leur consommation de drogues. Parmi les répondants ayant affirmé avoir consommé des drogues illicites dans les FC, les tentatives pour contrôler ou diminuer leur consommation ou pour y mettre un terme ne varient pas selon le groupe d'âge, le sexe, le grade, le déploiement ou le commandement.

JEU

La disponibilité des jeux de hasard légaux a rapidement augmenté au Canada depuis le début des années 1990 (Cox et coll., 2005). Le jeu est devenu une habitude courante chez les Canadiens âgés de 18 à 59. D'ailleurs, 75 % des Canadiens interrogés avaient participé à une certaine forme de jeu au cours des 12 derniers mois (Statistique Canada, 2008). En 2005, les jeux de hasard représentaient, au Canada, une industrie de 13 milliards de dollars (Azmiar, 2005). Il est établi que la dépendance au jeu a des conséquences sur la santé et des impacts sociaux et économiques sur les individus, leur famille et les collectivités (Korn, 2000).

Le jeu dans les Forces canadiennes

Le jeu est répandu chez les membres des FC. Dans l'ensemble, 82,7 % des répondants ont indiqué avoir participé à une forme de jeu au cours des 12 derniers mois. La fréquence du jeu variait grandement selon le type de jeu. La fréquence de la participation des militaires à chaque type de jeu a été résumée dans le tableau 10.16 sous les catégories « Plus d'une fois par mois », « Moins d'une fois par mois » ou « Jamais ».

Tableau 10.16: Fréquence de participation des militaires à des jeux, selon le type de jeu.

Type de jeu	Prévalence (%) (IC à 95 %)		
	Plus d'une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais
Billets de loterie hebdomadaires ou de tirage au sort	41,4 % (38,1-44,7 %)	30,5 % (27,4-33,8 %)	28,1 % (25,1-31,3 %)
Billets de loterie quotidienne ou instantanée	18,7 % (16,0-21,7 %)	26,0 % (22,9-29,3 %)	55,3 % (51,7-58,9 %)
Parties de cartes ou jeux de société	12,6 % (10,4-15,2 %)	23,0 % (20,1-26,2 %)	64,4 % (60,9-67,8 %)
Jeux d'habiletés	6,9 % (5,2-9,0 %)	13,0 % (10,9-15,5 %)	80,1 % (77,1-82,7 %)
Investissements spéculatifs	3,1 % (2,0-4,7 %)	6,1 % (4,7-7,9 %)	90,8 % (88,6-92,6 %)
Sports	2,9 % (1,8-4,6 %)	3,6 % (2,5-5,2 %)	93,5 % (91,4-95,2 %)
Appareils de loterie vidéo à l'extérieur des casinos	1,9 % (1,0-3,6 %)	5,8 % (4,4-7,7 %)	92,3 % (90,0-94,0 %)
Jeux de hasard sur Internet	1,5 % (0,8-2,9 %)	2,9 % (1,8-4,5 %)	95,6 % (93,7-96,9 %)
Jeux de casino (autres que les machines à sous ou appareils de loterie vidéo)	1,3 % (0,7-2,5 %)	12,8 % (10,5-15,5 %)	85,9 % (83,1-88,4 %)
Jeux aux arcades	1,0 % (0,4-2,5 %) †	2,3 % (1,4-3,6 %)	96,7 % (95,0-97,8 %)
Machines à sous ou appareils de loterie vidéo d'un casino	0,9 % (0,4-1,9 %) †	15,1 % (12,7-17,8 %)	84,0 % (81,2-86,4 %)
Poker menteur	0,8 % (0,3-2,1 %) †	1,7 % (1,0-2,9 %)	97,5 % (96,1-98,5 %)
Bingo	0,6 % (0,3-1,1 %) †	5,0 % (3,9-6,4 %)	94,4 % (93,0-95,6 %)
Autre	0,1 % (0,0-0,5 %) †	3,6 % (2,4-5,4 %)	96,3 % (94,5-97,5 %)
Courses de chevaux	0,0 (0,0-0,2 %) †	1,7 % (1,1-2,9 %)	98,2 % (97,1-98,9 %)

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Dépendance au jeu

L'Indice canadien du jeu excessif (ICJE) est un outil conçu par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies pour évaluer le degré de participation aux jeux, le jeu compulsif et les facteurs de risque connexes. L'Indice de gravité du jeu pathologique (IGJP), qui fait partie de l'ICJE, permet d'établir la prévalence du jeu excessif (Marshall et coll., 2003). L'IGJP est une échelle en neuf items, fondée sur une série de

questions permettant d'évaluer les répercussions sur la santé ainsi que les répercussions sociales et financières du jeu sur une période de 12 mois. Les réponses aux neuf questions posées dans le SSSV 2008-2009 sont résumées dans le tableau 10.17.

Tableau 10.17: Items de l'Indice de gravité du jeu pathologique (IGJP), SSSV 2008-2009

Éléments de l'IGJP	Proportion (%) (IC à 95 %)	
	Jamais	Oui§
Avoir parié ou dépensé plus d'argent au jeu que vous pouviez vous le permettre.	97,3 % (95,6-98,3 %)	2,7 % (1,7-4,4 %)
Avoir eu besoin de jouer de plus grosses sommes d'argent pour atteindre le même sentiment d'excitation.	97,2 % (95,5-98,3 %)	2,8 % (1,7-4,5 %)
Être retourné(e) un autre jour pour essayer de regagner l'argent perdu.	97,1 % (95,5-98,1 %)	2,9 % (1,9-4,5 %)
Avoir emprunté de l'argent ou vendu quelque chose afin d'obtenir de l'argent pour jouer.	98,8 % (97,4-99,5 %)	1,2 % (0,5-2,6 %) †
Avoir pensé que vous aviez peut-être un problème de jeu.	97,4 % (95,7-98,4 %)	2,6 % (1,6-4,3 %)
Avoir un problème de santé quelconque, y compris du stress ou de l'anxiété causé par le jeu.	98,5 % (97,1-99,2 %)	1,5 % (0,8-2,9 %)
Des personnes ont critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont dit que vous aviez un problème de jeu.	98,6 % (97,2-99,3 %)	1,4 % (0,7-2,8 %)
Les activités de jeu vous ont causé des problèmes financiers.	99,0 % (97,8-99,6 %)	1,0 % (0,4-2,2 %) †
Vous vous êtes senti(e) coupable à propos de la façon dont vous jouez ou à propos de ce qui se produit lorsque vous jouez.	97,2 % (95,6-98,2 %)	2,8 % (1,8-4,4 %)

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

§ « Oui » comprend les réponses « Parfois », « La plupart du temps » et « Presque toujours ».

L'IGJP combine les réponses à ces questions pour créer un score global qui permet de séparer les comportements de jeu selon les catégories de risque suivantes : non-joueurs/joueurs sans problème, joueurs à faible risque, joueur à risque modéré et joueurs pathologiques. Le jeu à risque modéré peut être associé au jeu compulsif, cependant, les joueurs à risque modéré peuvent avoir ou non subi les conséquences négatives des jeux de hasard. Les joueurs pathologiques comprennent les personnes ayant à la fois eu un comportement de jeu compulsif *et* subi les conséquences négatives des jeux de hasard (Cox et coll., 2005).

Selon les scores obtenus à l'IGJP, on peut conclure que la grande majorité des membres des FC sont des non-joueurs ou des joueurs sans problème. Le tableau 10.18 montre la répartition des comportements de jeu chez les militaires dans les quatre catégories de l'IGJP.

Tableau 10.18: Catégories de comportements de jeu à risque de l'Indice de gravité du jeu pathologique, SSSV 2008-2009.

Prévalence des problèmes de jeu au cours des 12 derniers mois (selon l'ICJP)	Prévalence (IC à 95 %)
Non-joueurs ou joueurs sans problème	93,9 % (91,6-95,6 %)
Joueurs à faible risque	3,8 % (2,5-5,7 %)
Joueurs à risque modéré	1,7 % (0,9-3,3 %)
Joueurs pathologiques	0,6 % (0,2-1,5 %) †

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 a utilisé l'ICJE pour évaluer la propension au jeu compulsif dans la population non militaire. La prévalence du jeu à risque modéré sur 12 mois à l'échelle nationale était de 1,5 %, et la prévalence du jeu pathologique était de 0,5 % (Marshall et coll., 2003). On a observé une variation dans la participation aux jeux de hasard entre les 10 provinces; les provinces ayant des casinos permanents et le plus grand nombre d'appareils de loterie vidéo par 1 000 habitants avaient des taux significativement supérieurs de joueurs à risque modéré et de joueurs pathologiques (Cox et coll., 2005). L'ESCC de 2008 a également utilisé l'ICJE, mais ce dernier constituait un module facultatif de l'enquête, qui n'a été utilisé que dans les régions sanitaires de seulement trois provinces et du Nunavut (ESCC, Guide de l'utilisateur, 2008). En 2008, le taux global sur 12 mois de jeu à risque modéré était de 0,9 % et le taux de jeu pathologique était de 0,3 % au sein de cette population non militaire (données de l'ESCC 2008, obtenues de Statistique Canada). Les caractéristiques démographiques des joueurs canadiens le plus susceptibles d'être des joueurs pathologiques étaient les suivantes : sexe masculin et faible niveau de scolarité (Marshall et coll., 2003).

Compte tenu de la petite taille des groupes de joueurs à faible risque, de joueurs à risque modéré et de joueurs pathologiques, ces trois catégories de risque ont été combinées pour créer un seul groupe composé de membres des FC à risque de problèmes de jeu. Ces personnes à risque ont été comparées à celles du groupe de non-joueurs/joueurs sans problème selon les variables démographiques. Il n'y avait pas de différences significatives entre les joueurs à risque par rapport aux non-joueurs/joueurs sans problème selon le grade, le commandement, le déploiement et la scolarité. Toutefois, il y avait des différences notables selon l'âge, le sexe et l'état matrimonial, comme le montre le tableau 10.19.

Tableau 10.19: Prévalence du jeu à risque par rapport aux non-joueurs ou aux joueurs sans problème, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Prévalence (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	6,5 % (4,5-9,1 %)	<i>p</i> = 0,019
	Femme	3,5 % (2,4-5,1 %)	
Âge	18 à 29	9,4 % (5,2-16,3 %)	Réf.
	30 à 39	7,6 % (4,5-12,5 %)	n.s.
	40 à 49	3,2 % (1,9-5,4 %)	<i>p</i> = 0,007
	50 à 60	1,8 % (0,6-5,1 %) †	<i>p</i> = 0,007
État matrimonial	Marié(e) / Conjoint(e) de fait	4,3 % (2,8-6,4 %)	Réf.
	Célibataire	12,4 % (6,9-21,2 %)	<i>p</i> = 0,004
	Veuf (veuve) / Séparé(e) / Divorcé(e)	6,8 % (2,4-17,8 %) †	n.s.

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Les membres des FC qui présentaient un certain niveau de risque de développer un problème de jeu ont également été comparés à ceux qui avaient déclaré avoir une bonne santé. Certaines observations donnent à penser que les joueurs excessifs sont deux fois plus susceptibles de déclarer une santé passable ou mauvaise par rapport aux non-joueurs et aux joueurs sans problème (Marshall et coll., 2003). Dans le SSSV 2008-2009, on n'a observé aucune différence significative entre les joueurs à risque et les non-joueurs/ joueurs sans problème en ce qui concerne la déclaration d'un état de santé passable ou mauvais. Cette absence de différence pourrait être attribuable au petit nombre de membres des FC qui sont des joueurs à risque résultant en une puissance insuffisante pour détecter des différences significatives au sein de ce groupe.

Références

- Aveyard P, Massey L, Parsons A, Manaseki S, & Griffin C. The effect of transtheoretical model based on interventions on smoking cessation. *Soc Sci Med* 2009; 68(3):404-406.
- Azmier JJ. *Gambling in Canada 2005: Statistics and context* (2005). Calgary (AB): Canada West Foundation.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, & Monteiro MG. (2001) AUDIT the alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care, (2nd Ed.) World Health Organization.
- Bondy SJ, Ashley MJ, Rehm J, Walsh G. Do Ontarians drink in moderation? A baseline assessment against Canadian low-risk drinking guidelines. *Can J Pub Hlth* 1999; 90(4):272-276.
- Bondy SJ, Rehm J, Ashley MJ, Walsh G, Single E, Room R. Low-risk drinking guidelines: The scientific evidence. *Can J Pub Hlth* 1999; 90(4):264-270.
- Cherpital CJ. Substance use, injury and risk taking dispositions in the general population. *Alcoh Clin Exp Res* 1999; 23(1):121-126.
- Cox BJ, Yu N, Afifi TO, Ladouceur R. A national survey of gambling problems in Canada. *Can J Psych* 2005; 50(4):213-217.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328 (7455):1519-1527.
- Etter J-F, Perneger TV, Ronchi A. Distributions of smokers by stage: International comparison and association with smoking prevalence. *Prev Med* 1997; 26:580-585.
- Haberstick BC, Timberlake D, Ehringer MA, Lessem JM, Hopfer CJ, Smolen A, et al. Genes, time to first cigarette and nicotine dependence in a general population sample of young adults. *Addiction* 2007; 102(4):655-665.
doi:[10.1111/j.1360-0443.2007.01746.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01746.x)
- Jason LA, Berk M, Schnopp-Wyatt DL, Talbot B. Effects of enforcement of youth access law on smoking prevalence. *Am J Comm Psych* 1999; 27:143-160.
- Jha P. Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. *Nat Rev Canc* 2009; 9(9):655-664.

- Korn DA. Expansion of gambling in Canada: Implications for health and social policy. *Can Med Assoc J* 2000; 163(1):61-64.
- Marshall, K., H. Wynne. « Contre vents et marées », *L'emploi et le revenu en perspective*, vol. 4, n° 12, Statistique Canada, 2003, n° 75-001-X1F au catalogue.
- Muscat JE, Stellman SD, Caraballo RS, Richie JP. Time to first cigarette after waking predicts cotinine levels. *Canc Epid, Biomarkers Prev* 2009; 18(12):3415-3420.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psych* 1992; 47(9):1102-1114.
- Rehm J, Ashley MJ, Dubois G. Alcohol and health: Individual and population perspectives. *Addiction* 1997; 92(S1):S109-S115.
- Research Triangle Institute (RTI International). (2009) 2008 Department of Defense survey of health related behaviors among active duty military personnel. (HRB Survey). North Carolina, United States of America.
- Santé Canada. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2008 : sommaire des résultats annuels*, Ottawa, Canada, Santé Canada, 2008.
- Santé Canada. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2003 : feuillet de renseignement*, Ottawa, Canada, Santé Canada, 2003.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : fichiers de microdonnées 2007 : guide de l'utilisateur*, Cycle 4.1, 2007-2008, Ottawa, Canada, Statistique Canada, 2008.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2008 (Composante annuelle) et 2007-2008 : spécifications des variables dérivées (VD) : fichiers maître et partagé et le fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD)*, Ottawa, Canada, Statistique Canada, 2008.



SONDAGE SUR LA SANTÉ ET LE STYLE DE VIE (SSSV) 2008-2009 RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE



CHAPITRE 11 ~ SANTÉ LORS DE DÉPLOIEMENTS

Lors des déploiements, les membres des FC participent aux combats, se trouvent dans des milieux étrangers et sont séparés de leur famille pendant de longues périodes. Bartone (1998) a montré que les facteurs de stress liés aux déploiements influent sur la santé physique et psychologique des militaires pendant le déploiement et après le retour au pays. Plus précisément, la participation aux combats est associée à des risques accrus de blessures physiques, de syndrome de stress post-traumatique (SSPT), de dépression majeure, de consommation abusive d'alcool et d'autres drogues et d'incapacités fonctionnelles sur les plans social et professionnel ainsi qu'à une plus grande utilisation des services de santé (Hoge, 2006). Cependant, les déploiements procurent des avantages mesurables tels qu'une satisfaction professionnelle accrue ainsi que le maintien en poste et le réenrôlement du personnel. De plus, certains militaires en service préfèrent les défis que comportent les déploiements aux tâches qu'ils exécutent lorsqu'ils ne sont pas déployés (Hosek, 2006).

Pour que l'on envisage de les déployer, les membres des FC doivent être aptes sur le plan physique et mental, ne pas être atteints d'une maladie chronique grave et avoir passé avec succès la sélection propre au déploiement. Le processus de sélection avant le déploiement des FC est constitué de deux volets (Vice-chef d'état-major de la Défense, 2005). Le volet I repose sur la Liste de vérification de l'état de préparation du personnel (VEPP), que tout le personnel des FC doit remplir chaque année. La VEPP inclut des exigences administratives et des qualifications de base ainsi que des facteurs démographiques et liés à la santé (Commandement de la Force expéditionnaire du Canada, 2009). Le volet II correspond à la sélection propre à une mission, qui n'est effectuée que lorsqu'un membre est appelé à être déployé. La sélection préalable au déploiement (dans le sondage : « dépistage de pré-déploiement ») est un processus du Groupe d'aide au départ (GAD) dans le cadre duquel on évalue une autre liste d'éléments pour lesquels on indique s'ils sont accordés (mention GAD vert), refusés (mention GAD rouge) ou entamés (mention GAD jaune). Le processus du GAD porte sur des éléments relatifs à la santé, aux dents, à l'instruction, à l'administration, aux fournitures, à la spiritualité et à la famille. Le militaire doit habituellement recevoir la mention GAD vert pour tous les éléments pour pouvoir être déployé; cependant, lorsque les exigences opérationnelles sont plus importantes que les risques potentiels associés à un processus incomplet lié au GAD, des exemptions peuvent être accordées.

Déploiements à l'étranger

Parmi les membres des FC interrogés, 24,1 % avaient été déployés à l'étranger au cours des deux dernières années. Comme le montre le tableau 11.1, la fréquence de déploiement était nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes et chez les MR que chez les officiers, et elle était plus élevée chez les membres des FC de 30 à 39 ans que chez le personnel du groupe le plus jeune. Le personnel des FC de l'Armée de terre a été déployé à l'étranger beaucoup plus souvent que le personnel de tous les autres commandements. La proportion la plus élevée de militaires ayant été

déployés a été observée dans les bases de l'Armée de terre, ce qui était prévisible étant donné la nature des opérations de combat en Afghanistan durant les dernières années. Près de la moitié de tous les répondants de Valcartier ont déclaré avoir été déployés à l'étranger au cours des deux dernières années.

Tableau 11.1: Proportion de membres des FC qui ont été déployés à l'étranger au cours des deux dernières années selon certaines caractéristiques, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Déployé (%)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	25,6 % (24,9-26,4 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	Femme	14,3 % (14,2-14,6 %)	
Grade	MR	25,9 % (25,1-26,7 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	Officier	18,1 % (17,3-18,8 %)	
Groupe d'âge	18 à 29	21,5 % (16,8-26,3 %)	Réf.
	30 à 39	29,6 % (25,6-33,4 %)	<i>p</i> = 0,025
	40 à 49	23,0 % (20,3-25,7 %)	ns
	50 à 64	17,9 % (11,6-24,3 %)	ns
Commandement	Armée de terre	32,2 % (29,0-35,3 %)	Réf.
	Force aérienne	17,9 % (14,2-22,2 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	Marine	22,5 % (17,0-28,4 %)	<i>p</i> = 0,02
	Autre	16,8 % (13,7-20,1 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
Base	Ottawa	23,7 % (18,6-29,6 %)	Réf.
	Gagetown	15,4 % (9,6-23,9 %)	n.s.
	Esquimalt	15,4 % (8,9-25,3 %)	n.s.
	Trenton	24,3 % (16,2-34,9 %)	n.s.
	Halifax	26,8 % (9,8-35,3 %)	n.s.
	Edmonton	29,0 % (19,6-40,6 %)	n.s.
	Petawawa	29,3 % (19,2- 42,0 %)	n.s.
	Valcartier	50,4 % (40,0-60,8 %)	<i>p</i> ≤ 0,001

Au total, 65,1 % des membres des FC ont déjà été déployés; de ce nombre, 24,2 % ont été déployés au cours des deux dernières années. Comme le montre le tableau 11.2, 15,0 % des militaires ont été déployés au cours de la dernière année, 9,2 % ont été déployés depuis un ou deux ans, 40,9 % ont été déployés il y a plus de deux ans et 34,9 % n'ont jamais été déployés.

Comme l'indique le tableau 11.3, parmi les militaires déployés au cours des deux dernières années, 76,1 %, 18,2 % et 20,4 % ont déclaré qu'ils avaient été déployés, respectivement, en Afghanistan, au Moyen-Orient et dans d'autres lieux¹. Le personnel de l'Armée de terre était le plus susceptible d'avoir été déployé en Afghanistan, tandis

¹ Veuillez noter que, puisque les répondants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient, la somme des pourcentages ne correspond pas à 100 %.

que le personnel de la Marine était le plus susceptible d'avoir été déployé au Moyen-Orient et dans d'autres lieux.

Le SSSV 2008-2009 a permis de recueillir des données sur l'intervalle entre les déploiements et la fréquence des déploiements au cours des deux dernières années. La tendance à déclarer une période de moins de 12 mois entre les déploiements diminuait avec l'âge. On a en effet observé une différence majeure à cet égard entre le groupe le plus âgé (3,3 %) et le groupe le plus jeune (18,9 %), bien qu'on n'ait pas noté une telle différence selon le sexe, le grade ou le commandement des FC (tableau 11.4).

Tableau 11.2: Temps écoulé, en mois, depuis le dernier déploiement, selon le commandement des FC

	Pourcentage selon le commandement des FC (IC à 95 %)				% total (IC à 95 %)
	Force aérienne	Armée de terre	Marine	Autre	
Moins de 12 mois	10,7 % (7,9-14,3 %)	20,7 % (17,9-23,8 %)	12,8 % (9,2-17,5 %)	9,9 % (7,8-12,7 %)	15,0 % (13,9-16,2 %)
12 à 24 mois	7,2 % (5,1-10,1 %)	11,3 % (9,2-17,5 %)	9,7 % (6,5-14,1 %)	6,8 % (5,1-9,1 %)	9,2 % (8,1-10,4 %)
Plus de 24 mois	39,0 % (31,4-47,2 %)	37,6 % (32,4-43,0 %)	36,4 % (27,8-45,9 %)	50,1 % (43,6-56,6 %)	40,9 % (38,0-43,8 %)
Jamais déployés	43,1 % (35,3-51,2 %)	30,4 % (25,4-35,8 %)	41,2 % (32,2-50,8 %)	33,1 % (26,9-40,0 %)	34,9 % (32,1-37,9 %)

Tableau 11.3: Lieux de déploiement au cours des deux dernières années selon le commandement des FC

	Pourcentage selon le commandement des FC (IC à 95 %)				% total (IC à 95 %)
	Force aérienne	Armée de terre	Marine	Autre	
Afghanistan	77,3 % (68,9-85,6 %)	94,1 % (91,2-97,1 %)	17,6 % (8,2-27,1%)	67,8 % (58,7-76,8 %)	76,1 % (72,3-79,9 %)
Moyen-Orient	42,8 % (31,8-53,9 %)	5,2 % (2,3-8,1 %)	46,0 % (33,8-58,2 %)	12,9 % (6,6-19,2 %)	18,2 % (14,9-21,5 %)
Autres lieux	17,5 % (8,5-26,4 %)	5,2 % (2,3-8,1 %)	51,0 % (38,6-63,4 %)	12,9 % (6,6-19,2 %)	20,4 % (16,7-24,1 %)

Remarque : Les participants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient, la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Le nombre moins élevé de militaires de l'Armée de terre ayant participé à de multiples déploiements au cours des deux dernières années peut s'expliquer par la durée des déploiements (six mois) de l'Armée de terre, tandis que les déploiements des autres commandements sont habituellement de plus courte durée.

Tableau 11.4: Nombre de déploiements au cours des deux dernières années selon le commandement des FC

	Pourcentage selon le commandement des FC (IC à 95 %)				% total (IC à 95 %)
	Force aérienne	Armée de terre	Marine	Autre	
Déployés une fois	63,2 % (51,4-73,7 %)	83,3 % (77,3-87,9 %)	64,4 % (51,9-75,2 %)	80,5 % (70,7-87,6 %)	76,8 % (72,4-80,7 %)
Déployés deux fois	18,5 % (11,0-29,5 %)	11,7 % (7,7-17,2 %)	24,3 % (15,1-36,8 %)	11,3 % (6,3-19,6 %)	14,6 % (11,4-18,5 %)
Déployés trois fois ou plus	18,3 % (10,6-29,7 %)	5,1 % (2,9-8,7 %)	11,3 % (5,8-20,9 %)	8,2 % (3,7-17,0 %)	8,6 % (6,3-11,6 %)
Moins de 12 mois entre les déploiements	24,3 % (14,2-34,4 %)	11,2 % (6,4-16,0 %)	17,4 % (8,4-26,4 %)	10,9 % (4,5-17,4 %)	14,2 % (10,7-17,7 %)

Restrictions au déploiement

Comme l'indique le tableau 11.5, 22,1 % des membres des FC ont déclaré qu'ils n'avaient pas été en mesure de participer à un déploiement à un certain moment au cours des deux dernières années. La durée moyenne de la période durant laquelle ces militaires n'avaient pas été en mesure de participer à un déploiement était de 11,4 mois. En ce qui concerne la proportion de militaires qui n'ont pas été en mesure de participer à un déploiement et la période (en mois) pendant laquelle ces militaires n'ont pas été en mesure de participer à un déploiement, on n'a constaté aucune différence statistiquement significative selon le commandement des FC.

Tableau 11.5: Proportion de membres des FC qui n'ont pas été en mesure de participer à un déploiement au cours des deux dernières années et nombre moyen de mois pendant lesquels ils n'ont pas été en mesure de participer à un déploiement, selon le commandement des FC, SSSV 2008-2009

	Pourcentage selon le commandement des FC (IC à 95 %)				Total
	Force aérienne	Armée de terre	Marine	Autre	
Proportion de militaires qui n'ont pas été en mesure de participer à un déploiement (IC à 95 %)	22,5 % (15,9-29,1 %)	21,3 % (16,6-25,9 %)	27,7 % (18,9-36,4 %)	19,5 % (14,6-24,4 %)	22,1 % (19,1-25,0 %)
Nombre moyen de mois d'incapacité de participer à un déploiement (IC à 95 %)	9,1 (7,2-11,1)	12,5 (10,1-14,8)	10,3 (6,7-13,8)	12,8 (10,3-15,2)	11,4 (10,0-12,7)

Comme le montre le tableau 11.6, la proportion de militaires ayant déclaré avoir été incapables de participer à un déploiement était beaucoup plus importante chez les femmes que chez les hommes, et la durée moyenne de cette incapacité était plus longue chez les femmes. L'incapacité de participer à un déploiement ainsi que le nombre moyen de mois d'incapacité à cet égard augmentait avec l'âge, bien qu'on n'ait constaté aucune différence statistiquement significative selon le grade ou la base.

Vérification de l'état de préparation du personnel (VEPP)

Parmi les participants au sondage, 61,4 % ont indiqué que leur unité effectuait tous les ans une VEPP (dans le sondage : revue annuelle des formulaires (PRV) sur la préparation personnelle »), 10,1 %, que leur unité n'effectuait pas une VEPP tous les ans et 28,5 %, qu'ils ne le savaient pas. Un peu plus de la moitié des participants au sondage ont déclaré que l'état de leur VEPP (dans le sondage : « statut actuel de préparation personnelle ») était à jour (57,5 %), 23,0 % ont répondu qu'il ne l'était pas et 19,6 % ont mentionné qu'ils ne le savaient pas.

Comme le montre le tableau 11.7, la tendance à déclarer qu'une VEPP était effectuée tous les ans par l'unité et que l'état de leur VEPP était à jour augmentait avec l'âge. Comparativement au personnel des FC de l'Armée de terre, les membres de la Force aérienne étaient moins susceptibles de déclarer que leur unité effectuait une VEPP tous les ans.

Les militaires en service à Gagetown et à Trenton étaient beaucoup plus nombreux que ceux d'Ottawa à indiquer que leur unité effectuait une VEPP tous les ans, tandis que les militaires de Valcartier étaient beaucoup moins nombreux que ceux d'Ottawa à faire une telle déclaration. Les militaires de Valcartier, d'Halifax et de Trenton étaient les seuls à déclarer beaucoup plus souvent que ceux d'Ottawa que l'état de leur VEPP était à jour. En ce qui concerne la proportion d'unités qui effectuent une VEPP tous les ans ou qui mettent à jour l'état de la VEPP des militaires, on n'a remarqué aucune différence selon le sexe ou le grade des répondants.

Tableau 11.6: Proportion de membres des FC qui n'ont pas été en mesure de participer à un déploiement au cours des deux dernières années et nombre moyen de mois pendant lesquels ils n'ont pas été en mesure de participer à un déploiement selon certaines caractéristiques, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Proportion de militaires incapables de participer à un déploiement (%)	Valeur <i>p</i>	Nombre moyen de mois d'incapacité de participer à un déploiement	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	19,7 % (16,6-23,2 %)	$p \leq 0,001$	10,8 (9,1-12,6)	$p = 0,02$
	Femme	37,2 % (33,8-40,7 %)		13,3 (12,3-14,3)	
Groupe d'âge	18 à 29	15,2 % (10,3-21,9 %)	Réf.	14,18 (10,3-18,1)	Réf.
	30 à 39	19,5 % (15,2-24,8 %)	n.s.	9,5 (7,5-11,4)	$p = 0,03$
	40 à 49s	28,7 % (24,0-34,0 %)	$p = 0,02$	10,6 (8,7-12,5)	n.s.
	50 à 64	23,2 % (15,6-33,1 %)	n.s.	17,1 (13,9-20,3)	n.s.
État matrimonial	Marié	21,7 % (18,5-25,4 %)	Réf.	10,2 (8,7-11,8)	Réf.
	S/V/D	35,6 % (25,5-47,3 %)	$p \leq 0,001$	14,8 (11,4-18,2)	$p = 0,015$
	Célibataire	17,0 % (11,7-24,0 %)	n.s.	14,1 (10,8-17,4)	$p = 0,04$
Base	Ottawa	23,3 % (16,7-31,4 %)	Réf.	14,0 (10,7-17,4)	Réf.
	Valcartier	13,7 % (7,6-23,3 %)	n.s.	10,3 (4,5-16,1)	n.s.
	Gagetown	14,4 % (7,0-27,2 %)	n.s.	14,1 (9,1-19,0)	n.s.
	Edmonton	21,1 % (11,3-36,0 %)	n.s.	11,6 (4,9-18,3)	n.s.
	Trenton	23,8 % (13,4-38,7 %)	n.s.	8,2 (5,5-10,9)	$p = 0,008$
	Halifax	27,1 % (17,7-39,1 %)	n.s.	12,6 (8,4-16,7)	n.s.
	Esquimalt	29,3 % (16,5-46,5 %)	n.s.	6,5 (3,3-9,8)	$p = 0,002$
	Petawawa	30,1 % (17,6-46,5 %)	n.s.	16,2 (11,5-21,0)	n.s.

S/V/D : Séparé, veuf ou divorcé

Tableau 11.7: Proportion de membres des FC ayant déclaré que leur unité effectuait une VEPP tous les ans et que l'état de leur VEPP était à jour, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	VEPP effectuée tous les ans par l'unité (%)	Valeur <i>p</i>	VEPP à jour (%)	Valeur <i>p</i>
Groupe d'âge	18 à 29	47,5 % (39,3-55,7 %)	Réf.	47,7 % (39,5-56,0 %)	Réf.
	30 à 39	59,8 % (53,8-65,6 %)	$p = 0,02$	61,1 % (54,7-67,1 %)	$p = 0,01$
	40 à 49	72,1 % (67,3-76,5 %)	$p \leq 0,001$	62,2 % (57,0-67,2 %)	$p = 0,004$
	50 à 64	66,7 % (55,3-76,5 %)	$p = 0,008$	55,6 % (44,3-66,4 %)	n.s.
Commandement	Armée de terre	74,5 % (66,7-81,0 %)	Réf.	63,7 % (55,3-71,3 %)	Réf.
	Force aérienne	57,1 % (51,4-62,6 %)	$p \leq 0,001$	56,2 % (50,3-61,8 %)	n.s.
	Marine	60,1 % (50,5-68,9 %)	n.s.	62,8 % (53,3-71,4 %)	n.s.
	Autre	58,9 % (52,0-65,4 %)	n.s.	51,1 % (44,4-57,8 %)	n.s.
Base	Ottawa	57,2 % (48,6-65,4 %)	Réf.	44,7 % (36,3-53,3 %)	Réf.
	Valcartier	35,2 % (26,1-45,6 %)	$p = 0,001$	65,7 % (54,1-75,7 %)	n.s.
	Petawawa	56,6 % (40,8-71,1 %)	n.s.	56,2 % (40,4-70,9 %)	n.s.
	Esquimalt	58,4 % (41,7-73,3 %)	n.s.	48,8 % (33,2-64,7 %)	n.s.
	Edmonton	61,8 % (46,5-75,0 %)	n.s.	54,8 % (40,0-68,9 %)	n.s.
	Halifax	62,9 % (51,2-73,2 %)	$p \leq 0,001$	71,1 % (60,0-80,1 %)	$p = 0,01$
	Gagetown	71,2 % (56,6-82,5 %)	n.s.	43,9 % (30,2-58,6 %)	n.s.
	Trenton	84,7 % (73,0-91,9 %)	$p = 0,005$	69,5 % (54,6-81,1 %)	n.s.

Sélection préalable au déploiement (GAD)

Dans le SSSV 2008-2009, 35,2 % des membres des FC ont indiqué qu'ils avaient été appelés pour la sélection préalable au déploiement (« dépistage de pré-déploiement ») à un certain moment au cours des deux dernières années; de ce nombre, 13,7 % ont mentionné qu'ils avaient été déclarés inaptes au déploiement par le GAD (mention GAD rouge). Il est à noter que les militaires ayant des problèmes de santé ou d'autres problèmes graves risquent moins d'être appelés pour la sélection préalable au déploiement, ce qui constitue un biais qui entraîne probablement une sous-estimation de l'inaptitude au déploiement.

Comme l'indique le tableau 11.8, les hommes étaient beaucoup plus susceptibles que les femmes d'être appelés pour la sélection préalable au déploiement, ce qui était également le cas des MR comparativement aux officiers. La probabilité d'être appelés pour ce processus diminuait également avec l'âge. Comparativement au personnel du commandement de l'Armée de terre, les répondants de la Force aérienne et d'autres commandements étaient beaucoup moins susceptibles d'être appelés pour la sélection préalable au déploiement. Les participants des bases d'Edmonton, de Petawawa et de Valcartier étaient beaucoup plus susceptibles d'être appelés pour un tel processus que ceux de la base d'Ottawa.

Comme le montre le tableau 11.8, les femmes, les MR et les membres âgés de 40 à 49 ans étaient beaucoup plus nombreux à avoir été déclarés inaptes au déploiement par le GAD par rapport, respectivement, aux hommes, aux officiers et aux militaires du groupe le plus jeune. Comparativement aux militaires de l'Armée de terre, les membres des FC de la catégorie « Autre » étaient nettement plus nombreux à avoir été déclarés inaptes au déploiement par le GAD. On n'a observé aucune différence majeure en ce qui concerne la tendance à avoir été déclarés inaptes au déploiement par le GAD (GAD rouge) selon la base.

Raisons de l'incapacité de participer à un déploiement

Les raisons mentionnées par les membres des FC expliquant leur incapacité de participer à un déploiement incluaient les blessures musculosquelettiques (31,9 %), la situation familiale (17,4 %), une maladie (17,4 %), la formation (12,1 %), un problème de santé mentale (11,5 %), une grossesse (8,7 %), un congé (dans le sondage : « départ ») (3,9 %) et un problème dentaire (1,0 %); les raisons « autres » comptaient pour 6 %.

Les blessures musculosquelettiques (33,1 %) et la situation familiale (18,6 %) étaient les deux raisons les plus fréquemment mentionnées par les participants qui avaient été appelés pour la sélection préalable au déploiement expliquant le fait qu'ils avaient été déclarés inaptes par le GAD. Les membres des FC ont attribué à d'« autres raisons », qui arrivaient au troisième rang (13 %), le fait d'avoir été déclarés inaptes au déploiement par le GAD; ces autres raisons incluaient notamment des renseignements médicaux ou une cote de sécurité non à jour. Les autres raisons mentionnées expliquant le fait d'avoir été déclarés inaptes au déploiement par le GAD lors de la sélection préalable au déploiement étaient les suivantes : un problème de santé mentale (12,5 %), une maladie (9,5 %), une

grossesse (4,5 %), un problème dentaire (3,4 %), la formation (3,2 %) et un congé (1,3 %). En résumé, les raisons mentionnées par les membres des FC expliquant leur incapacité de participer à un déploiement étaient très similaires à celles fournies par les militaires qui ont été déclarés inaptes au déploiement lors de la sélection préalable au déploiement. En ce qui concerne les situations, telles une grossesse ou la formation, dans lesquelles il est évident qu'un déploiement était impossible, les différences observées pourraient être attribuables au fait que les personnes concernées n'ont pas été orientées vers le processus du GAD.

Tableau 11.8: Proportion de membres des FC appelés pour la sélection préalable au déploiement et résultat de la sélection, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Sélection préalable au déploiement (%)	Valeur <i>p</i>	% appelés pour la sélection préalable au déploiement qui ont été déclarés inaptes au déploiement par le GAD	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	36,1 % (32,6-39,7 %)	<i>p</i> = 0,007	12,2 % (8,3-17,6%)	<i>p</i> = 0,001
	Femme	29,7 % (26,7-32,8 %)		25,7 % (20,2-32,2%)	
Grade	MR	37,3 % (33,5-41,3 %)	<i>p</i> = 0,001	15,5 % (11,1-21,1%)	<i>p</i> = 0,001
	Officier	28,1 % (24,6-31,8 %)		5,7 % (3,3-9,7%)	
Groupe d'âge	18 à 29	38,4 % (31,2-46,3 %)	Réf.	6,5 % (2,6-15,4%)	Réf.
	30 à 39	39,1 % (33,7-44,8 %)	n.s.	8,6 % (4,5-15,9 %)	n.s.
	40 à 49	32,1 % (27,8-36,6 %)	n.s.	24,3 % (16,7-33,9 %)	<i>p</i> = 0,005
	50 à 64	22,0 % (15,5-30,3 %)	<i>p</i> = 0,004	21,4 % (7,8-46,8 %)	n.s.
Commandement	Armée de terre	49,9 % (44,4-55,4 %)	Réf.	11,6 % (7,0-18,6 %)	Réf.
	Force aérienne	19,1 % (14,9-24,1 %)	<i>p</i> = 0,03	13,3 % (6,5-25,3 %)	n.s.
	Marine	14,9 % (11,2-19,7 %)	n.s.	8,1 % (2,9-20,6 %)	n.s.
	Autre	16,1 % (12,9-19,9 %)	<i>p</i> ≤ 0,001	26,3 % (15,7-40,6 %)	<i>p</i> = 0,02
Base	Ottawa	27,4 % (21,1-34,7 %)	Réf.	20,5 % (9,2-39,7 %)	Réf.
	Esquimalt	25,8 % (15,4-39,8 %)	<i>p</i> = 0,01	--	--
	Gagetown	27,8 % (17,0-42,0 %)	n.s.	--	--
	Halifax	39,2 % (28,4-51,1 %)	n.s.	9,6 % (3,0-26,6 %)	n.s.
	Trenton	41,6 % (27,2- 56,1 %)	n.s.	9,4 % (3,4-23,5 %)	n.s.
	Edmonton	43,8 % (30,1-58,6 %)	<i>p</i> = 0,04	19,6 % (7,7-41,8 %)	n.s.
	Petawawa	49,4 % (33,9-65,0 %)	<i>p</i> = 0,01	20,8 % (7,8-44,7 %)	n.s.
	Valcartier	63,8 % (52,1-74,1 %)	<i>p</i> ≤ 0,001	--	--

--- Données de la cellule supprimées en raison des nombres insuffisants.

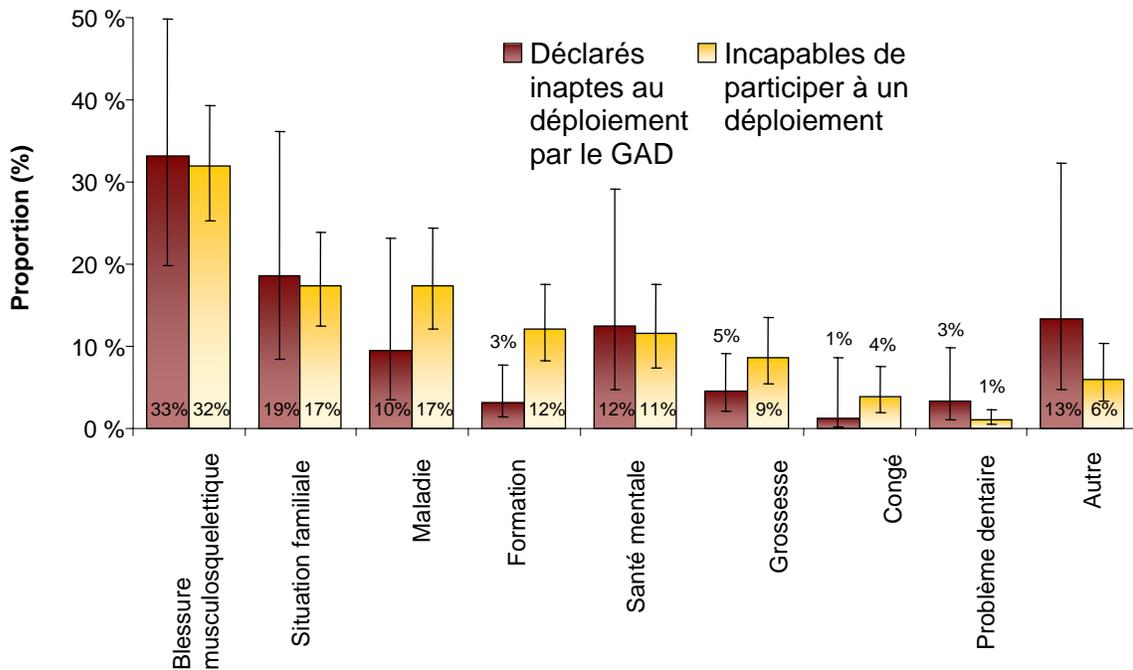


Figure 11.1: Raisons expliquant l'incapacité de participer à un déploiement ainsi que le fait d'avoir été déclarés inaptes au déploiement par le GAD, SSSV 2008-2009

Adaptation à la vie familiale après un déploiement

Parmi les 24,1 % des membres des FC qui ont été déployés à l'étranger au cours des deux dernières années, 48,8 % ont indiqué que l'adaptation à la vie familiale durant les trois mois suivant leur déploiement avait été facile (figure 11.2). De plus, 26,9 % ont déclaré que l'adaptation n'avait été « ni facile ni difficile », tandis que pour 24,3 %, l'adaptation avait été difficile. Les répondants qui étaient mariés (28,1 %) ainsi que ceux qui étaient divorcés, séparés ou veufs (35,3 %) étaient plus susceptibles que ceux qui étaient célibataires (12,7 %) de déclarer que l'adaptation à la vie familiale avait été plutôt difficile. En ce qui concerne l'adaptation à la vie familiale après un déploiement, on n'a constaté aucune différence statistiquement significative selon le sexe, le groupe d'âge, le grade, le commandement des FC et la base.

Adaptation à la vie professionnelle après un déploiement

On a aussi demandé aux participants de décrire leur adaptation à la vie professionnelle à la suite de leur déploiement à l'étranger. Parmi les répondants, 48,7 % ont dit que l'adaptation à la vie professionnelle durant les trois mois suivant leur déploiement avait été facile, 20,2 %, qu'elle avait été « ni facile ni difficile » et 31,1 %, qu'elle avait été difficile (figure 11.2).

Les femmes (42,4 %) étaient plus susceptibles que les hommes (29,3 %) de déclarer qu'elles avaient éprouvé une certaine difficulté à s'adapter à la vie professionnelle. Les répondants de la Marine (11,2 %) étaient les moins susceptibles parmi les militaires de tous les commandements des FC à mentionner qu'ils avaient eu de la difficulté à

s'adapter à la vie professionnelle à la suite de leur déploiement. Si l'on tient compte des bases, les répondants d'Edmonton et d'Halifax ont déclaré avoir eu moins de difficulté à s'adapter à la vie professionnelle que les participants d'Ottawa.

En ce qui concerne la difficulté à s'adapter à la vie professionnelle à la suite d'un déploiement à l'étranger, on n'a remarqué aucune différence notable selon le groupe d'âge, l'état matrimonial et le grade.

Les données portent à croire que l'adaptation à la vie professionnelle présente plus de difficultés que l'adaptation à la vie familiale. Des conclusions similaires ont été publiées dans le rapport de 2003 du Directeur général – Services de santé, dans lequel les aspects négatifs de la réintégration subséquente à un déploiement étaient souvent liés à des questions d'ordre professionnel. L'explication proposée pour cette observation réside dans le fait que les soldats qui reviennent d'un déploiement où l'action est intense sont moins stimulés par le travail qu'ils occupent après leur déploiement, ce qui se traduit par une diminution du sens et de la satisfaction associés au travail (Blais et coll., 2003).

L'adaptation à la vie familiale et professionnelle à la suite d'un déploiement à l'étranger présentait divers degrés de difficultés pour le personnel des FC, qui pouvaient refléter à la fois l'hétérogénéité de l'expérience du déploiement et les différences sur le plan familial, social et comportemental entre les membres des FC. Il serait utile de réaliser des méthodes d'analyse multivariées pour déterminer les combinaisons optimales de facteurs sociaux, démographiques et géographiques qui contribuent au succès de la transition subséquente au déploiement.

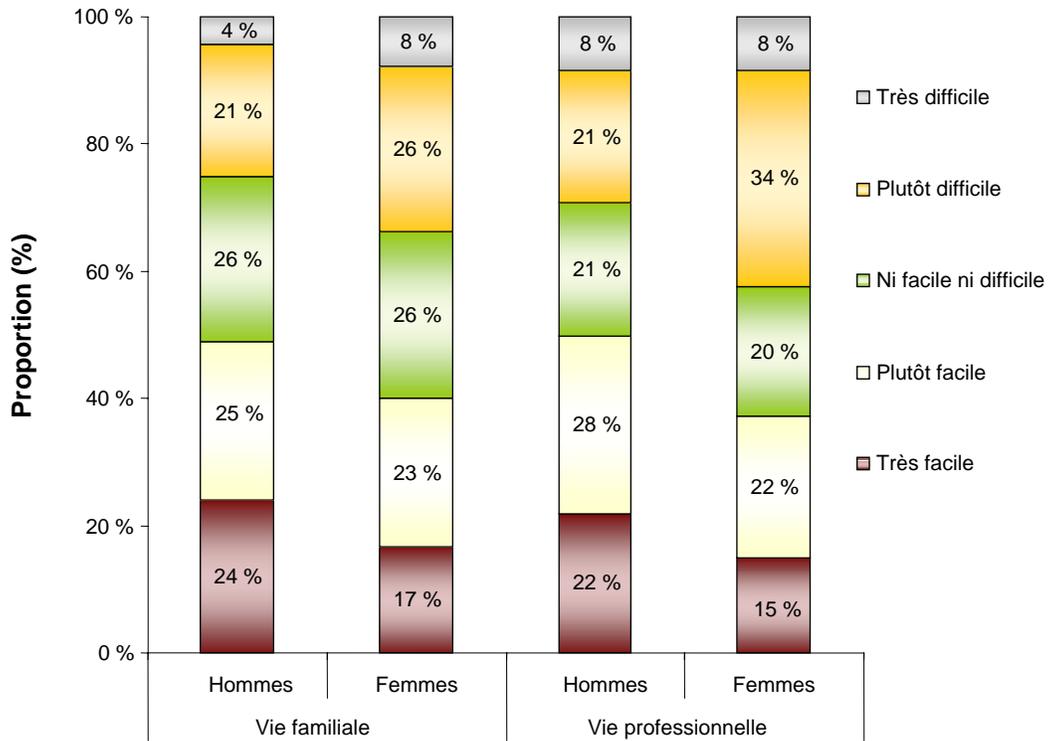


Figure 11.2: Adaptation à la vie familiale et professionnelle après un déploiement selon le sexe des répondants, SSSV 2008-2009

Références

Bartone PT. (1998). Dimensions of psychological stress in peacekeeping operations. *Military Medicine*, 163:587-593.

Blais AR, Thompson MM, Febbraro A, Pickering D, McCreary D. (2003). *The development of a multidimensional measure of post-deployment reintegration: Initial psychometric analyses & descriptive results* (Directeur général – Services de santé, Qualité de vie). Consulté sur le site de Recherche et développement pour la défense Canada :

<http://pubs-www.drenet.dnd.ca/BASIS/pcandid/www/engpub/DDW?W%3DAUTHOR+%3D+'McCreary%2C+D.%26M%3D1%26K%3D521639%26U%3D1>

Commandement des Forces expéditionnaires du Canada (COMFEC). *Directive pour les opérations internationales (DCOI)*, 2009. Consulté sur le site du COMFEC :

http://cefcom.mil.ca/sites/resources/CEFCOM/CDIO/1000_series_f.pdf

Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. (2006). Mental health problems, use of Mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 295(9):1023-1032.

Hosek J, Kavanagh J, Miller L. (2006). *How deployments affect service members*.

Consulté sur le site de RAND Corporation :

http://www.rand.org/pubs/monographs/2005/RAND_MG432.pdf

Vice-chef d'état-major de la Défense (VCEMDS). *Sélection et réintégration – Forces canadiennes* (CANFORGEN 118/05 ADM (HR-MIL) 052 042110Z JUL 05), Ottawa (Ont.), Canada, Ministère de la Défense nationale, 2005.



SONDAGE SUR LA SANTÉ ET LE STYLE DE VIE (SSSV) 2008-2009 RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE



CHAPITRE 12 ~ BLESSURES

BLESSURES ATTRIBUABLES À DES MICROTRAUMATISMES RÉPÉTÉS

Les microtraumatismes répétés (MTR) résultent des mouvements répétitifs ou énergiques mobilisant les muscles, les tendons et les nerfs durant une période prolongée, plutôt que d'une blessure unique (Yassi, 1997). Ce type de blessure est associé à une inflammation, à un engourdissement, à un dysfonctionnement et à une baisse de productivité. La tendinite, le syndrome du canal carpien et l'épicondylite latérale sont des exemples de MTR (O'Neil, Forsythe et Stanish, 2001). Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) révèlent que la prévalence globale des MTR chez les Canadiens de 18 à 59 ans est de 14 % (ensemble de données de l'ESCC pour 2008, obtenues de Statistique Canada). Chez la population civile canadienne, la prévalence des MTR augmente avec l'âge. Douze pour cent des Canadiens de 18 à 29 ans ont indiqué avoir subi une blessure attribuable à des MTR au cours des 12 derniers mois, alors que la prévalence était de 13 % chez les Canadiens de 30 à 39 ans. La prévalence des MTR est plus élevée chez les Canadiens de 40 à 49 ans (17 %) et de 50 à 59 ans (15 %) (ensemble de données de l'ESCC pour 2008, obtenues de Statistique Canada).

Blessures attribuables à des MTR dans les Forces canadiennes

Parmi les membres des FC, 22,7 % ont indiqué avoir subi, au cours des douze mois précédant le sondage de 2008-2009, une blessure attribuable à des MTR dont la gravité était suffisante pour limiter leurs activités normales. Ce pourcentage représente une diminution statistiquement significative du nombre de blessures attribuables à des MTR par rapport à celui de 2004 (26,7 %). Les estimations ont été standardisées pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008 afin de faciliter les comparaisons statistiques. Cette diminution importante du nombre de MTR au fil du temps pourrait correspondre à la réduction statistiquement significative du degré d'activité physique observée entre 2004 et 2008-2009 (Le chapitre 7 contient de plus amples détails à ce sujet.).

La proportion de membres des FC ayant subi une blessure attribuable à des MTR ne variait pas de façon marquée selon le sexe, le grade, le déploiement récent ou le commandement. Cependant, une proportion systématiquement beaucoup plus élevée de membres des FC dans les groupes plus âgés avaient subi une blessure attribuable à des MTR au cours des 12 derniers mois comparativement au personnel de 18 à 29 ans (tableau 12.1).

Tableau 12.1: Prévalence des blessures attribuables à des MTR selon le groupe d'âge, SSSV 2008-2009

Groupe d'âge	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
18 à 29 ans	14,4 % (9,5-21,3 %)	Réf.
30 à 39 ans	24,9 % (19,8-30,8 %)	<i>p</i> = 0,02
40 à 49 ans	27,3 % (22,8-32,5 %)	<i>p</i> = 0,003
50 à 60 ans	25,3 % (17,2-35,4 %)	<i>p</i> = 0,04

Activités durant lesquelles des MTR sont survenus

On a demandé aux membres des FC quelle était l'activité qu'ils pratiquaient lorsqu'ils ont subi une blessure attribuée à des MTR. Les activités les plus fréquemment mentionnées par le personnel des FC comme étant liées aux MTR étaient les sports, l'entraînement physique et la formation par l'aventure (53,1 %), les activités d'entraînement militaire (44,1 %), les autres tâches militaires rémunérées (24,9 %) et les activités de combat (8,2 %) (figure 12.1). Les estimations ont été standardisées pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008 pour permettre les comparaisons directes; par conséquent, les estimations figurant dans le présent chapitre peuvent diverger des résultats publiés du SSSV 2004. Les répondants avaient la possibilité de sélectionner toutes les activités qui s'appliquaient, par conséquent, la somme des pourcentages MTR liés aux activités pourrait dépasser 100 %.

On a noté une augmentation considérable entre 2004 (29,7 %) et 2008-2009 (44,1 %) du nombre de MTR liés à l'entraînement militaire. On a également constaté une diminution importante de 2004 (31,6 %) à 2008-2009 (24,9 %) du nombre de MTR liés aux autres tâches militaires rémunérées (figure 12.1).

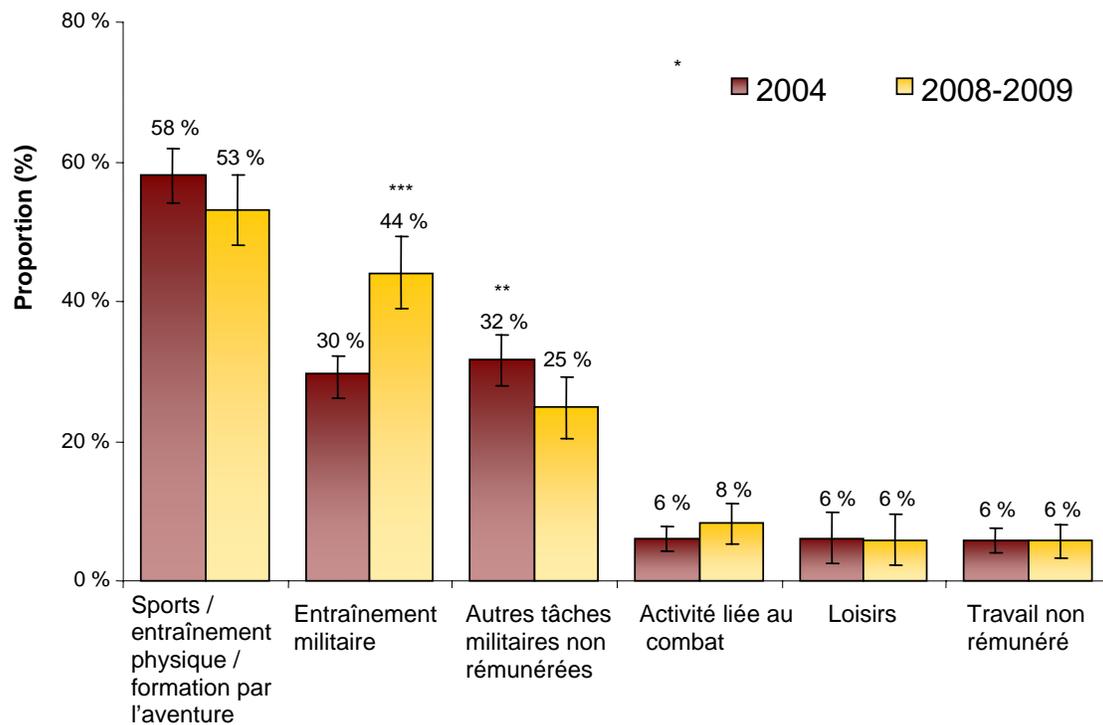


Figure 12.1: Activités les plus fréquemment associées aux MTR survenus au cours des 12 derniers mois, SSSV 2004 et de 2008-2009⁰

⁰ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008

** $p \leq 0,01$ par rapport au groupe de référence; *** $p \leq 0,001$ par rapport au groupe de référence.

Remarque : Puisque les répondants devaient sélectionner toutes les réponses qui s'appliquaient, la somme des pourcentages pourrait dépasser 100 %.

Remarque : Les activités qui ont été mentionnées par moins de 3 % du personnel des FC n'ont pas été indiquées, mais incluaient les déplacements, le travail civil rémunéré et d'autres activités.

Parmi la population civile canadienne âgée de 18 à 59 ans, l'activité la plus fréquemment liée aux MTR était le travail (48 %), suivi des sports et de l'activité physique (26 %), des tâches non rémunérées (11 %) et des loisirs (9 %) (ensemble de données de l'ESCC pour 2008, obtenues de Statistique Canada). Dans l'ESCC, on demandait aux répondants d'indiquer seulement *une* activité associée à leurs MTR. Cependant, dans le SSSV, on a demandé aux membres des FC de choisir *toutes* les activités qui étaient associées à leurs MTR. Malgré les différences entre ces questions, on a noté certaines divergences apparentes entre les résultats relatifs à la population canadienne et ceux ayant trait au personnel des FC. Trois des activités les plus fréquemment mentionnées par les membres des FC comme étant associées aux MTR (l'entraînement militaire, les autres tâches militaires rémunérées et les activités de combat) sont directement liées à leur travail dans les FC. De plus, la prévalence des MTR associés aux sports, à l'entraînement physique et à la formation par l'aventure était plus élevée chez le personnel des FC que dans la population canadienne. Cette augmentation de la prévalence des MTR liés aux sports pourrait être attribuable à la nature particulière de l'environnement de travail des

membres des FC, qui comprend l'entraînement physique obligatoire et une incitation générale à la pratique de sports et d'activités physiques.

On a examiné les six activités les plus fréquemment associées aux MTR pour déceler des différences selon le sexe, l'âge, le grade, le déploiement récent et le commandement des FC.

La prévalence des MTR associés aux sports, à l'entraînement physique et à la formation par l'aventure augmentait de façon marquée avec l'âge (tableau 12.2). Comparativement aux membres des FC âgés de 18 à 29 ans, ceux de tous les autres groupes d'âge étaient nettement plus susceptibles d'avoir subi une blessure attribuable à des MTR au cours des 12 derniers mois. Bien que les MTR causés par les sports, l'entraînement physique ou la formation par l'aventure aient été beaucoup plus fréquents chez les officiers que chez les militaires du rang (MR), on n'a toutefois remarqué aucune différence notable selon le sexe, le déploiement et le commandement.

Tableau 12.2: MTR attribuables aux sports, à l'entraînement physique ou à la formation par l'aventure selon le groupe d'âge et le grade, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Groupe d'âge	18 à 29 ans	29,2 % (14,7-49,8 %)	Réf.
	30 à 39 ans	60,9 % (48,2-72,2 %)	<i>p</i> = 0,01
	40 à 49 ans	60,7 % (50,1-70,4 %)	<i>p</i> = 0,01
	50 à 60 ans	72,2 % (50,8-86,7 %)	<i>p</i> = 0,01
Grade	Officier	67,5 % (56,7-76,8 %)	<i>p</i> = 0,04
	MR	52,8 % (43,9-61,5 %)	

On a cependant observé une tendance contraire selon laquelle les MTR attribuables à l'entraînement militaire étaient beaucoup moins fréquents chez les officiers que chez les MR (tableau 12.3). Le nombre de MTR causés par l'entraînement militaire diminuait avec l'âge. En ce qui concerne les MTR attribuables à l'entraînement militaire, on n'a constaté aucune différence importante selon le sexe, le déploiement ou le commandement (Force aérienne, Marine et Armée de terre).

Tableau 12.3: MTR attribuables à l'entraînement militaire selon le groupe d'âge et le grade, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Groupe d'âge	18 à 29 ans	57,5 % (37,3-75,5 %)	Réf.
	30 à 39 ans	48,7 % (36,2-61,4 %)	n.s.
	40 à 49 ans	30,9 % (21,9-41,7 %)	<i>p</i> = 0,01
	50 à 60 ans	28,3 % (13,4-50,1 %)†	<i>p</i> = 0,04
Grade	Officier	23,1 % (16,0-32,2 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	MR	45,8 % (37,1-54,8 %)	

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Dans l'ensemble, les MTR attribuables aux activités de combat étaient beaucoup plus fréquents chez les hommes, les MR et le personnel de l'Armée de terre; on n'a toutefois remarqué aucune différence majeure selon l'âge des répondants.

Tableau 12.4: MTR attribuables aux activités de combat selon le groupe d'âge, le grade et le commandement des FC, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	8,7 % (5,3-14,0 %)	<i>p</i> = 0,01
	Femme	3,2 % (1,7-5,9 %)†	
Grade	Officier	2,2 % (1,3-3,6 %)†	<i>p</i> ≤ 0,001
	MR	9,5 % (5,7-15,2 %)	
Commandement des FC	Armée de terre	15,3 % (8,8-25,3 %)	Réf.
	Marine	4,9 % (1,4-15,6 %)†	n.s.
	Force aérienne	1,9 % (0,5-7,7 %)†	<i>p</i> = 0,01
	Autre	2,4 % (0,8-7,1 %)†	<i>p</i> = 0,003

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

D'après les analyses descriptives, les MTR subis durant d'autres tâches militaires rémunérées, les loisirs ou les travaux non rémunérés ne variaient pas selon le sexe, l'âge, le grade, le déploiement récent ou le commandement des FC.

Parties du corps touchées par des MTR

On a demandé aux membres des FC ayant subi une blessure attribuable à des MTR d'indiquer la partie du corps qui avait été touchée. Le SSSV 2004 ne comportait pas cette question; il est donc impossible de faire des comparaisons au fil du temps. Les parties du corps les plus fréquemment touchées par des MTR étaient le bas du dos (36,2 %), la cuisse et le genou (31,7 %), l'épaule et le haut du dos (25,8 %), le bas de la jambe et la cheville (22,4 %) et le pied (18,4 %) (figure 12.2). Les MTR touchant un membre

inférieur semblent donc être le principal problème chez le personnel des FC, suivi des MTR au bas du dos.

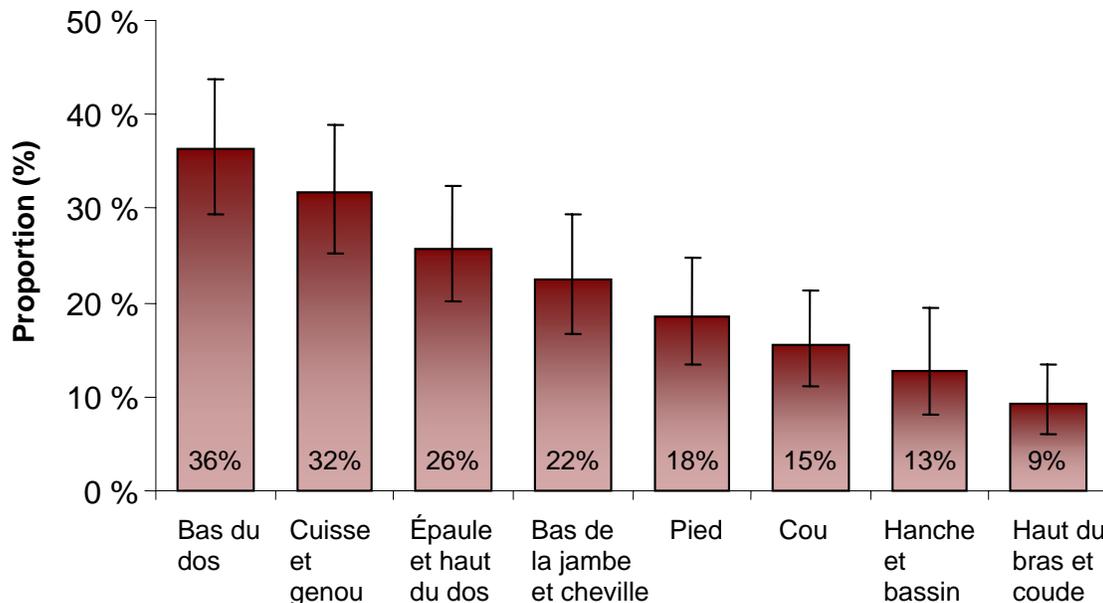


Figure 12.2: Parties du corps les plus fréquemment touchées par des MTR au cours des 12 derniers mois, SSSV 2008-2009

Remarque: Les parties du corps touchées par des MTR qui ont été mentionnées par moins de 7 % du personnel des FC n'ont pas été indiquées et comprenaient la main, la poitrine et l'abdomen et d'autres parties.

On a examiné les parties du corps touchées par des MTR en fonction de diverses variables démographiques. Les membres des FC qui avaient été déployés au cours des deux années précédentes étaient beaucoup plus susceptibles de déclarer qu'ils avaient subi une blessure attribuable à des MTR à l'épaule ou au haut du dos au cours des 12 derniers mois (35,4 %) que ceux qui n'avaient pas été déployés (23,0 %). Les hommes étaient beaucoup plus nombreux à déclarer qu'ils avaient subi une blessure attribuable à des MTR au bas de la jambe ou à la cheville (24,3 %) que les femmes (14,0 %). La prévalence des MTR touchant le bas du dos était nettement plus élevée chez les MR (39,9 %) que chez les officiers (23,0 %).

BLESSURES AIGUËS

Les blessures aiguës sont définies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme étant des lésions physiques résultant d'un transfert soudain d'énergie qui dépasse le seuil de tolérance de l'être humain ou d'une privation d'éléments vitaux (p. ex. oxygène ou chaleur) (Holder et coll., 2001). Chez les Canadiens de 18 à 59 ans, 14 % ont subi, au cours d'une période de 12 mois, une blessure aiguë suffisamment grave pour limiter leurs activités normales. Le fardeau associé aux blessures aiguës limitant les activités était plus

élevé chez les hommes (15 %) que chez les femmes (12 %). La prévalence des blessures aiguës limitant les activités diminuait avec l'âge. Parmi la population canadienne générale, 18 % des 18 à 29 ans, 13 % des 30 à 39 ans et des 40 à 49 ans ainsi que 11 % des 50 à 59 ans ont indiqué qu'ils avaient subi une blessure aiguë au cours des 12 derniers mois (ensemble de données de l'ESCC pour 2008, obtenues de Statistique Canada).

Blessures aiguës dans les FC

Parmi les membres des FC, 20,7 % ont déclaré avoir subi, au cours des 12 mois précédant le sondage de 2008-2009, une blessure aiguë suffisamment grave pour limiter leurs activités normales. Cette estimation représente une diminution statistiquement significative par rapport au pourcentage de blessures aiguës déclarées en 2004 (26,4 %). Cette diminution marquée du nombre de blessures aiguës au fil du temps pourrait correspondre à la réduction statistiquement significative du degré d'activité physique observée entre 2004 et 2008-2009 (Le chapitre 7 contient de plus amples détails à ce sujet.). La prévalence des blessures aiguës ne variait pas considérablement selon l'âge, le sexe, le grade, le déploiement récent ou le commandement.

Parmi les personnes ayant déclaré avoir subi une blessure aiguë au cours des 12 derniers mois, 60,5 % ont subi une seule blessure, 26,3 % ont subi deux blessures et 13,2 % ont subi trois blessures aiguës graves ou plus. Par contre, 80 % de la population canadienne générale âgée de 18 à 59 ans a indiqué n'avoir subi qu'une seule blessure aiguë limitant les activités au cours des 12 derniers mois, tandis que seulement 12 % ont subi deux blessures aiguës et 8 %, trois blessures aiguës ou plus (ensemble de données de l'ESCC pour 2008, obtenues de Statistique Canada). On n'a constaté aucune différence importante entre les membres des FC ayant subi une seule blessure aiguë et ceux ayant subi plus d'une blessure aiguë au cours des 12 derniers mois selon l'âge, le sexe, le grade, le déploiement ou le commandement.

Parties du corps touchées par des blessures aiguës

La figure 12.3 montre les blessures aiguës les plus fréquentes. On a demandé aux répondants d'indiquer toutes les blessures aiguës limitant les activités qu'ils avaient subies au cours des 12 derniers mois. Par conséquent, la somme des pourcentages pourrait dépasser 100 %. Puisque l'on sait que bon nombre des membres des FC ont subi plus d'une blessure aiguë limitant les activités au cours de la période de 12 mois, on leur a demandé de préciser la blessure aiguë la plus grave. La figure 12.3 présente également la répartition des types de blessures aiguës les plus graves qui ont été mentionnées.

L'entorse ou la foulure d'une hanche, d'un genou, d'une cheville ou d'un pied et une blessure au dos étaient les deux types de blessures aiguës les plus courantes. Ces deux types de blessures correspondaient également aux deux types de blessures aiguës les plus graves les plus fréquemment mentionnées (figure 12.3). En revanche, les écorchures, les bleus et les ampoules étaient un type fréquent de blessures aiguës, mais constituaient rarement le type de blessure aiguë la plus grave subie au cours de la période de 12 mois.

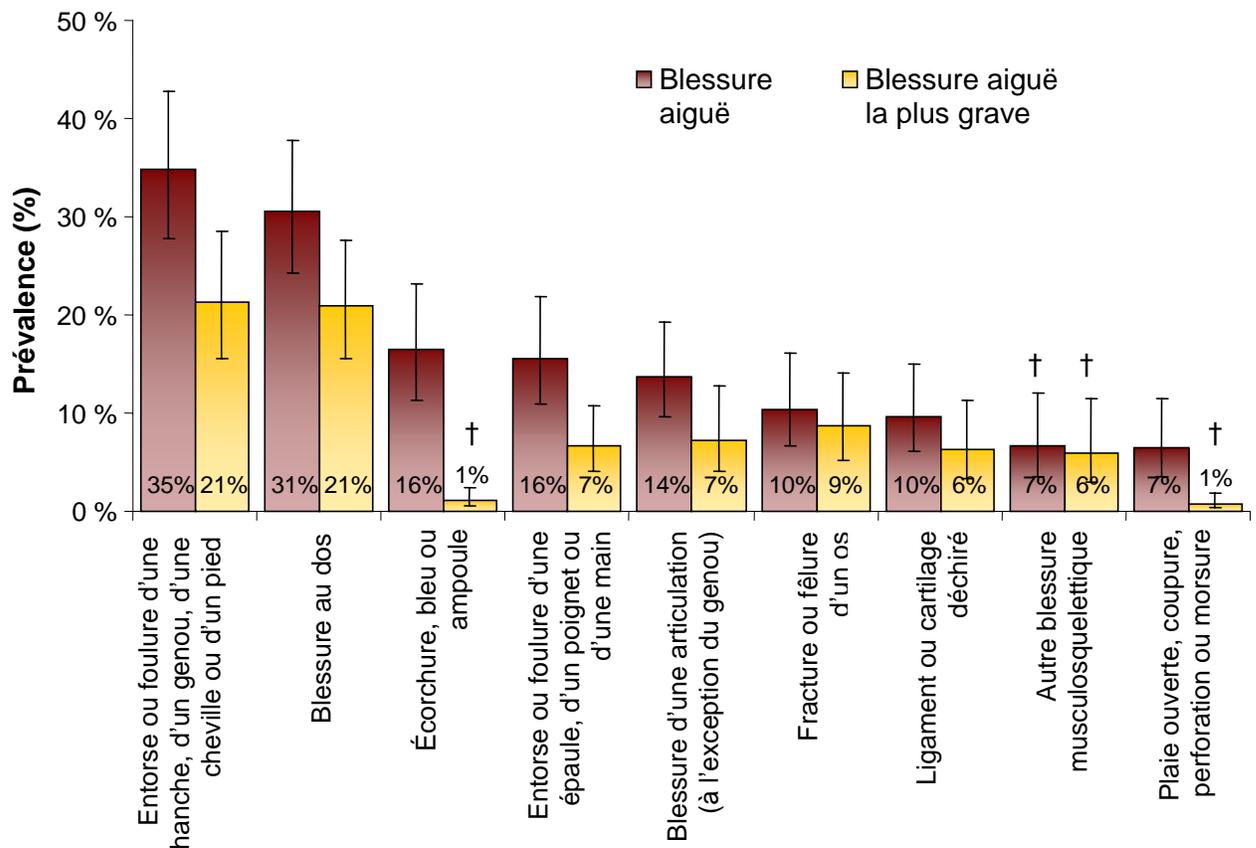


Figure 12.3: Types de blessures aiguës et de blessures aiguës les plus graves survenues au cours des 12 derniers mois, SSSV 2008-2009

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence. Les types de blessures les plus graves qui ont été mentionnées par moins de 5 % du personnel des FC n'ont pas été indiqués, mais incluaient : blessures multiples, commotion et autre lésion cérébrale, brûlures, ébouillement et brûlures chimiques, blessure à l'œil ou perte soudaine de vision, section ou lésion d'un nerf, dislocation de l'épaule, dislocation d'une autre articulation et d'autres blessures aiguës.

Activités durant lesquelles les blessures aiguës sont survenues

On a demandé aux membres des FC d'indiquer l'activité qu'ils pratiquaient lorsqu'ils ont subi leur blessure aiguë la plus grave. La figure 12.4 présente les activités les plus courantes. Les estimations ont été standardisées pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC pour faciliter les comparaisons entre 2004 et 2008-2009. Par conséquent, les estimations indiquées peuvent diverger de celles figurant dans les publications précédentes.

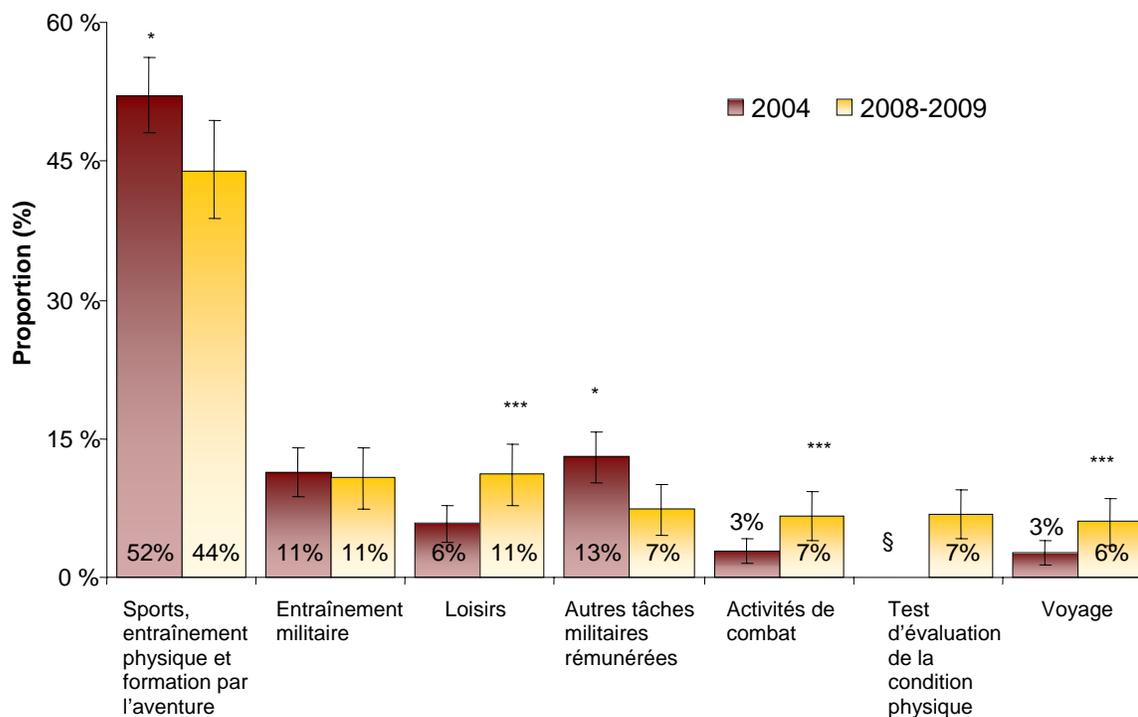


Figure 12.4: Activités associées aux blessures aiguës les plus graves survenues durant les 12 derniers mois, SSSV 2004 et de 2008-2009^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008

§ Ce choix de réponse ne figurait pas dans le SSSV 2004.

* $p \leq 0,05$ par rapport au groupe de référence; ** $p \leq 0,01$ par rapport au groupe de référence; *** $p \leq 0,001$ par rapport au groupe de référence.

Remarque : Les activités qui ont été mentionnées par moins de 6 % du personnel des FC n'ont pas été indiquées, mais incluaient : travail non rémunéré, travail de bureau, travail civil rémunéré, tâches quotidiennes et autres activités.

En 2004, plus de 50 % des blessures aiguës graves sont survenues durant la participation à des sports, à l'entraînement physique ou à la formation par l'aventure (52,1 %). Bien qu'on ait noté une diminution importante de la prévalence des blessures aiguës graves survenues durant la participation à des sports, l'entraînement physique ou la formation par l'aventure de 2004 à 2008-2009 (44,0 %), ces activités étaient encore celles qui étaient les plus susceptibles d'être mentionnées par le personnel des FC comme étant associées à leurs blessures aiguës.

On a également observé une diminution marquée du nombre de blessures aiguës graves attribuables aux autres tâches militaires rémunérées de 2004 (13,0 %) à 2008-2009 (7,3 %). À l'inverse, le nombre de blessures aiguës graves qui sont survenues durant les loisirs a augmenté considérablement, passant de 5,8 % en 2004 à 11,1 % en 2008-2009. On a également constaté une augmentation notable de la prévalence des blessures aiguës graves attribuables aux activités de combat, qui se situait à 2,9 % en 2004 et à 6,7 % en 2008-2009.

On a examiné les activités associées aux blessures aiguës les plus graves pour déceler des différences importantes selon le sexe, l'âge, le grade, le déploiement récent et le commandement. Comme le montre le tableau 12.5, les blessures aiguës attribuables aux sports, à l'entraînement physique et à la formation par l'aventure étaient beaucoup plus fréquentes chez les officiers et les membres des FC qui n'avaient pas été déployés au cours des deux années précédentes. On n'a remarqué aucune différence majeure quant aux blessures aiguës associées aux sports, à l'entraînement physique et à la formation par l'aventure selon l'âge, le sexe ou le commandement des FC.

Tableau 12.5: Blessures aiguës associées aux sports, à l'entraînement physique et à la formation par l'aventure selon le grade et l'état de déploiement, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Grade	Officier	57,7 % (47,5-67,3 %)	<i>p</i> = 0,01
	MR	38,9 % (30,0-48,5 %)	
Déploiement à l'étranger au cours des deux dernières années	Non	49,4 % (39,4-59,3 %)	<i>p</i> = 0,001
	Oui	27,3 % (18,8-35,7 %)	

Les blessures aiguës associées à l'entraînement militaire étaient beaucoup plus fréquentes chez les femmes (18,2 %) que chez les hommes (9,9 %). En ce qui concerne les blessures aiguës attribuables à l'entraînement militaire, on n'a noté aucune différence majeure selon l'âge, le déploiement ou le commandement. Les blessures aiguës associées aux autres tâches militaires rémunérées étaient plus courantes chez les MR (10,3 %) que chez les officiers (2,8 %). Ces estimations étaient toutefois fondées sur moins de 20 observations chez les officiers; par conséquent, les valeurs pourraient être instables.

Un nombre nettement plus élevé d'hommes, de MR et de militaires de l'Armée de terre ont déclaré avoir subi des blessures aiguës associées aux activités de combat (tableau 12.6). En ce qui concerne les blessures aiguës attribuables aux activités de combat, on n'a noté aucune différence importante selon le groupe d'âge des répondants.

Le nombre de blessures aiguës survenues durant les loisirs, les tests d'évaluation de la condition physique des militaires et les voyages ne variait pas beaucoup selon le sexe, l'âge, le grade, le déploiement récent ou le commandement.

Tableau 12.6: Blessures aiguës attribuables aux activités de combat selon le sexe, le grade et le commandement des FC, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	7,3 % (4,7-11,3 %)	<i>p</i> = 0,04
	Femme	2,7 % (1,1-6,7 %)†	
Grade	Officier	2,8 % (1,2-6,5 %)†	<i>p</i> ≤ 0,03
	MR	7,9 % (5,0-12,5 %)	
Commandement des FC	Armée de terre	14,4 % (9,0-22,2 %)	Réf.
	Marine	0,3 % (0,0-1,9 %)†	<i>p</i> ≤ 0,001
	Force aérienne	2,4 % (0,6-9,2 %)†	<i>p</i> = 0,015
	Autre	0,5 % (0,2-1,5 %)†	<i>p</i> ≤ 0,001

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Endroits où les blessures aiguës se sont produites

On a demandé aux membres des FC d'indiquer l'endroit où ils se trouvaient lorsqu'ils ont subi leur blessure aiguë la plus grave. La figure 12.5 regroupe les endroits les plus courants. Les résultats ont été standardisés pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008 pour permettre les comparaisons directes entre le sondage de 2004 et celui de 2008-2009. En raison de la procédure de standardisation, les estimations de 2004 peuvent diverger de celles figurant dans les publications précédentes. Les deux catégories de réponses dans le SSSV 2008-2009 (zone de travail militaire et bureau militaire) ont été combinées aux fins de la présente analyse pour former une nouvelle catégorie (aire de travail militaire) dans le but de faire des comparaisons avec la catégorie du SSSV 2004 (bureaux, logements et aires de service et de travail militaires).

On a observé une augmentation significative de la prévalence des blessures aiguës qui sont survenues dans une zone utilisée pour l'entraînement militaire ou l'entraînement physique en 2008-2009 (25,0 %) par rapport à 2004 (15,3 %). On a constaté une diminution statistiquement significative de la prévalence des blessures aiguës qui se sont produites dans des installations sportives et sur des terrains d'athlétisme, laquelle est passée de 36,1 % en 2004 à 24,5 % en 2008-2009.

Veillez noter que cette diminution du nombre de blessures survenues dans des installations sportives et sur des terrains d'athlétisme de 2004 à 2008-2009 concorde avec la plus faible dépense énergétique déclarée durant les activités physiques modérées et l'augmentation de l'inactivité physique durant la même période (chapitre 7). On a également constaté une augmentation marquée de la prévalence des blessures aiguës qui se sont produites sur une rue, une autoroute ou un trottoir en 2008-2009 (12,2 %) par rapport à 2004 (5,1 %).

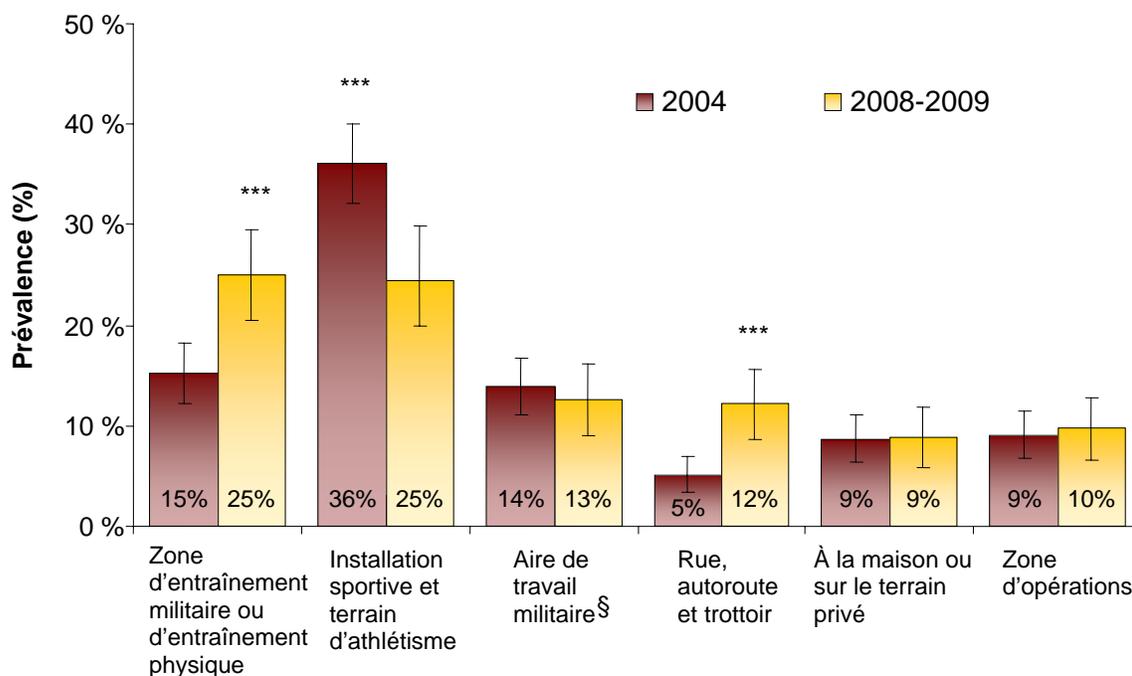


Figure 12.5: Endroits les plus courants où se sont produites les blessures aiguës les plus graves durant les 12 derniers mois, SSSV 2004 et 2008-2009^θ

^θ Standardisé pour l'âge et le sexe en fonction de l'effectif des FC de 2008

Remarque : Les endroits où se sont produites des blessures aiguës qui ont été mentionnés par moins de 5 % du personnel des FC n'ont pas été indiqués, mais incluaient : ferme ou terres agricoles, « en plein air », lieu civil et autres endroits.

§ Les catégories de réponses « zone de travail militaire » et « bureau militaire » du SSSV 2008-2009 ont été combinées pour faciliter les comparaisons avec le SSSV 2004.

*** $p \leq 0,001$ par rapport au groupe de référence.

Les trois endroits les plus courants où les membres des FC ont subi leur blessure aiguë la plus grave étaient les zones utilisées pour l'entraînement militaire et l'entraînement physique, les installations sportives et les terrains d'athlétisme ainsi que les aires de travail militaires. Il importe que les programmes de prévention des blessures tiennent compte du fait que les FC exercent un certain contrôle sur chacun de ces endroits.

On a examiné les endroits où se sont produites les blessures aiguës les plus graves pour déceler des différences selon le sexe, l'âge, le grade, le déploiement récent ou le commandement afin de mieux cerner les membres des FC qui présentent un risque accru de blessure à chacun de ces endroits. Comme le montre le tableau 12.7, la prévalence des blessures aiguës survenues dans une zone utilisée pour l'entraînement militaire ou l'entraînement physique était nettement inférieure chez le personnel des FC âgé de 30 à 39 ans par rapport à celle notée chez les militaires de 18 à 29 ans. Les membres des FC qui n'avaient pas été déployés au cours des deux dernières années ont déclaré avoir subi beaucoup plus de blessures aiguës dans une zone utilisée pour l'entraînement militaire ou l'entraînement physique que ceux qui avaient été déployés. Les blessures aiguës les plus graves survenues dans une zone utilisée pour l'entraînement militaire ou l'entraînement physique étaient moins fréquentes chez le personnel de la Marine que chez

celui de l'Armée de terre. En ce qui concerne les blessures aiguës qui se sont produites dans une zone utilisée pour l'entraînement militaire ou l'entraînement physique, on n'a relevé aucune différence notable selon le sexe et le grade.

Tableau 12.7: Blessures aiguës associées aux zones utilisées pour l'entraînement militaire ou l'entraînement physique selon le groupe d'âge, le déploiement et le commandement des FC, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Groupe d'âge	18 à 29 ans	38,5 % (22,2-57,9 %)	Réf.
	30 à 39 ans	14,8 % (9,7-22,0 %)	<i>p</i> = 0,01
	40 à 49 ans	25,5 % (16,1-37,8 %)	n.s.
	50 à 60 ans	20,0 % (9,3-37,9 %)	n.s.
Déploiement à l'étranger au cours des deux dernières années	Non	28,5 % (20,5-38,2 %)	<i>p</i> = 0,02
	Oui	15,5 % (9,7-23,8 %)	
Commandement des FC	Armée de terre	34,6 % (24,0-47,0 %)	Réf.
	Marine	7,7 % (3,0-18,2 %)†	<i>p</i> = 0,001
	Force aérienne	27,1 % (14,5-44,9 %)	n.s.
	Autre	14,3 % (6,9-27,0 %)	<i>p</i> = 0,02

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Pour ce qui est des blessures aiguës qui se sont produites dans les installations sportives et sur les terrains d'athlétisme, la prévalence était beaucoup plus élevée chez les hommes, mais elle était inférieure chez les membres des FC ayant été déployés au cours des deux années précédentes. On n'a remarqué aucune différence importante quant aux blessures aiguës associées aux installations sportives et aux terrains d'athlétisme selon l'âge, le grade ou le commandement des FC.

Tableau 12.8: Blessures aiguës associées aux installations sportives et aux terrains d'athlétisme selon le sexe et le déploiement, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	23,9 % (17,2-32,3 %)	<i>p</i> = 0,04
	Femme	14,5 % (10,1-20,5 %)	
Déploiement à l'étranger au cours des deux dernières années	Non	25,6 % (18,0-35,1 %)	<i>p</i> = 0,04
	Oui	14,3 % (8,8-22,4 %)	

Comme l'indique le tableau 12.9, les blessures aiguës qui se sont produites dans une zone de travail militaire étaient plus fréquentes chez les femmes, les MR et les membres plus âgés des FC. En ce qui a trait aux blessures aiguës survenues dans une aire de travail militaire, on n'a observé aucune différence marquée selon le déploiement ou le commandement.

Tableau 12.9: Blessures aiguës associées à une zone de travail militaire selon le sexe, le groupe d'âge et le grade, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	12,2 % (7,5-19,3 %)	<i>p</i> = 0,02
	Femme	23,1 % (16,9-30,7 %)	
Groupe d'âge	18 à 29 ans	4,9 % (2,5-9,6 %) †	Réf.
	30 à 39 ans	16,8 % (9,0-29,4 %)	<i>p</i> = 0,004
	40 à 49 ans	18,4 % (10,7-29,9 %)	<i>p</i> = 0,001
	50 à 60 ans	1,6 % (0,6-4,6 %) †	n.s.
Grade	Officier	5,2 % (2,9-9,3 %)	<i>p</i> = 0,001
	MR	16,4 % (10,8-24,2 %)	

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Un nombre beaucoup plus petit de femmes et d'officiers ont subi leur blessure aiguë la plus grave dans une zone d'opérations (tableau 12.10). Pour ce qui est des blessures aiguës survenues dans une zone d'opérations, on n'a noté aucune différence majeure selon l'âge ou le commandement (Armée de terre, Marine ou Force aérienne).

Tableau 12.10: Blessures aiguës associées à une zone d'opérations selon le sexe et le grade, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	10,7 % (7,6-15,0 %)	<i>p</i> ≤ 0,001
	Femme	2,3 % (1,3-4,1 %) †	
Grade	Officier	5,1 % (2,7-9,7 %)	<i>p</i> = 0,04
	MR	11,0 % (7,6-15,7 %)	

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

Les membres des FC âgés de 40 à 49 ans étaient plus susceptibles que ceux de 18 à 29 ans d'avoir subi une blessure aiguë à la maison ou sur leur terrain privé (tableau 12.11). En ce qui concerne les blessures aiguës survenues à la maison ou sur le terrain privé des militaires, on n'a relevé aucune différence notable selon le sexe, le grade, le déploiement et le commandement des FC.

Tableau 12.11: Blessures aiguës survenues à la maison ou sur le terrain privé des militaires selon le groupe d'âge, SSSV 2008-2009

Groupe d'âge	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
18 à 29 ans	2,8 % (0,6-12,8 %) †	Réf.
30 à 39 ans	8,7 % (4,7-15,6 %) †	n.s.
40 à 49 ans	15,6 % (8,3-27,4 %)	<i>p</i> = 0,04
50 à 60 ans	1,0 % (0,3-3,7 %) †	n.s.

† Moins de 20 observations; les valeurs pourraient être instables; interpréter avec prudence.

D'après la présente analyse descriptive, le nombre de blessures aiguës qui se sont produites sur une rue, une autoroute ou un trottoir ne variait pas beaucoup selon le sexe, le groupe d'âge, le grade, les antécédents de déploiement et le commandement des FC.

Prévention des blessures

On a demandé au personnel des FC ayant indiqué avoir subi une blessure aiguë limitant leurs activités au cours des 12 derniers mois ce qu'ils auraient pu faire pour prévenir leur blessure la plus grave. En répondant à cette question du sondage, les participants pouvaient indiquer tous les choix qui s'appliquaient à leur situation; par conséquent, la somme des pourcentages pourrait dépasser 100 %. Puisque le SSSV 2004 ne comportait pas cette question, il est impossible d'établir des comparaisons.

Les membres des FC ont répondu le plus souvent qu'ils croyaient qu'il aurait été impossible de prévenir la blessure la plus grave qu'ils avaient subie (61,2 %). Les militaires étaient aussi nombreux à répondre que leur blessure aurait pu être prévenue si la pression avait été moins forte pour qu'ils performant (11,8 %), s'ils avaient été moins fatigués (5,7 %), s'ils n'avaient pas dépassé leurs limites physiques (5,0 % [moins de 20 observations; par conséquent, l'estimation pourrait être instable]) ou s'ils avaient porté un équipement de protection approprié (4,5 % [moins de 20 observations; par conséquent, l'estimation pourrait être instable]). À l'inverse, moins de 4 % des membres des FC croyaient que la blessure la plus grave qu'ils avaient subie aurait pu être prévenue par l'un des moyens suivants : en obtenant de l'aide pour effectuer la tâche associée à cette blessure, par des changements aux politiques, en étant sobre, en faisant plus attention, en portant une ceinture de sécurité ou par un entretien plus adéquat. Ces réponses des membres des FC sont intéressantes et révélatrices, puisqu'il a été établi que l'on considère généralement que les blessures peuvent être prévenues (Francescutti, 2005; Tator 2008). Une étude est en cours pour évaluer de manière prospective la prévention des blessures chez le personnel des FC.

Lorsque les membres des FC ont été interrogés au sujet du port du casque de sécurité à vélo, 54,0 % de ceux qui faisaient du vélo ont déclaré qu'ils en portaient toujours un, tandis que 16,9 % ont indiqué qu'ils en portaient un la plupart du temps, 11,4 %, qu'ils en portaient rarement un et 17,7 %, qu'ils n'en portaient jamais.

La fréquence du port constant du casque de sécurité à vélo était nettement plus élevée chez les femmes, les officiers, les militaires n'ayant pas été déployés au cours des deux dernières années, le personnel de la Marine et le personnel âgé des FC. Il est à prévoir que les différences observées selon le commandement quant à la tendance relative au port du casque de sécurité à vélo peuvent refléter les différences sur le plan de la répartition des sexes entre les commandements ou les différences entre les lois provinciales relatives au port du casque de sécurité à vélo.

Tableau 12.12: Profil du personnel des FC qui porte toujours un casque de sécurité à vélo selon le sexe, le groupe d'âge, le grade, le déploiement et le commandement des FC, SSSV 2008-2009

Variable	Catégorie	Prévalence (%) (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Sexe	Homme	52,6 % (48,1-57,0 %)	$p \leq 0,001$
	Femme	63,6 % (59,7-67,2 %)	
Groupe d'âge	18 à 29 ans	42,0 % (33,3-51,2 %)	Réf.
	30 à 39 ans	50,3 % (43,6-57,0 %)	n.s.
	40 à 49 ans	63,7 % (58,0-69,0 %)	$p \leq 0,001$
	50 à 60 ans	62,5 % (49,2-74,2 %)	$p = 0,01$
Grade	Officier	62,3 % (57,4-66,9 %)	$p = 0,002$
	MR	51,4 % (46,5-56,2 %)	
Déploiement à l'étranger au cours des deux dernières années	Non	55,8 % (50,9-60,6 %)	$p = 0,04$
	Oui	48,4 % (43,4-53,5 %)	
Commandement des FC	Armée de terre	46,7 % (40,4-53,0 %)	Réf.
	Marine	76,6 % (66,6-84,4 %)	$p \leq 0,001$
	Force aérienne	42,7 % (40,2-57,6 %)	n.s.
	Autre	56,8 % (49,5-63,9 %)	$p = 0,04$

Références

Francescutti LH, Bailey T, Strome T. (2005). Injuries: public health's greatest neglected epidemic, In: *Public health and law*. Editors: Caulfield T, Ries NM, Bailey TM. Lexis-Nexis Butterworths, 219-272.

Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, & Kobusingye O. (Eds.). (2001). *Injury surveillance guidelines*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

O'Neil BB, Forsythe ME, Stanish WD. (2001). Chronic occupational repetitive strain injury. *Canadian Family Physician*, 47:311-316.

Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2008 (Composante annuelle) et 2007-2008 : spécifications des variables dérivées (VD) : fichiers maître et partagé et le fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD)*, Ottawa, Canada, Statistique Canada, 2008.

Tator CH. (2008). *Catastrophic injuries in sports and recreation: causes and prevention - a Canadian study*. University of Toronto Press.

Yassi A.(1997). Repetitive strain injuries. *Lancet*, 349(9056): 943-947.