Santé Canada Health Canada

Maladies chroniques au Canada

Volume 18, nº 3
1997

Dans ce numéro

121 **Évaluation pratique de la Forme abrégée pour la dépression majeure du *Composite International Diagnostic Interview* auprès d'échantillons de sujets communautaires et de sujets cliniques**
Scott B. Patten

125 **Utilité et limites des dossiers d'hospitalisation courants pour la surveillance périnatale**
Shi Wu Wen, Shiliang Liu, Sylvie Marcoux et Dawn Fowler

133 **Enquête sur la formation dispensée aux professionnels de la santé canadiens en matière de counselling antitabac**
Roger Thomas

145 **L'utilisation combinée des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives pour améliorer l'étude des maladies chroniques**
Ann L. Casebeer et Marja J. Verhoef

152 **Recension de livre**
Topics in Environmental Epidemiology
Bernard Choi [a fait la recension)

153 **Réimpression de résumés**

158 **Calendrier des événements**

Information à l'intention des auteurs
(sur la couverture intérieure de derrière)

Canada

Évaluation pratique de la Forme abrégée pour la dépression majeure du Composite International Diagnostic Interview *auprès d'échantillons de sujets communautaires et de sujets cliniques*

Scott B. Patten

Résumé

La Forme abrégée du CIDI est un court questionnaire d'enquête conçu pour déceler les épisodes de dépression majeure. Mis au point dans le cadre d'une enquête effectuée aux États-Unis, la US National Health Interview Survey, *le CIDI a également été utilisé lors de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) au Canada. Dans la présente étude, les auteurs comparent les données recueillies à l'aide de la Forme abrégée du CIDI dans le cadre de l'ENSP aux données publiées du Supplément santé mentale de l'Enquête sur la santé en Ontario, dans lequel on s'est servi d'un questionnaire d'entrevue dirigée dûment validé : le* Composite International Diagnostic Interview *(CIDI). Dans une analyse additionnelle, l'auteur de l'étude a évalué la sensibilité et la spécificité de la Forme abrégée du CIDI, à la lumière des résultats obtenus en posant toutes les questions de la section du CIDI portant sur les troubles de l'humeur à 122 sujets hospitalisés en psychiatrie. Par rapport aux données publiées de l'Enquête sur la santé en Ontario, l'utilisation de la Forme abrégée du CIDI dans l'ENSP a entraîné une surestimation d'environ 50 % de la prévalence de la dépression majeure. Employé auprès de l'échantillon de sujets hospitalisés, la Forme abrégée du CIDI s'est avérée très sensible (98,4 %), mais non très spécifique (72,7 %). On a souvent observé des maladies en phase active, des troubles liés à la toxicomanie et une dysthymie chez les sujets qui ont obtenu des résultats faussement positifs à la Forme abrégée du CIDI. Ce questionnaire semble surestimer la prévalence de la dépression majeure pendant une période de 12 mois lorsqu'il est utilisé auprès de sujets dans une communauté. Comme la Forme abrégée du CIDI n'exclut pas les symptômes d'origine organique, il est probable que certains sujets qui présentent des symptômes dépressifs secondaires à des maladies physiques ou à la consommation de drogues obtiennent des résultats au-dessus du seuil établi par le questionnaire, ce qui pourrait expliquer le gonflement des taux de prévalence de période.*

Mots clés : Depressive disorder; diagnostic instruments; epidemiologic methods; major depression; prevalence

Introduction

Au cours des 15 ou 20 dernières années, les recherches sur l'épidémiologie des troubles psychiatriques ont évolué; alors que les chercheurs s'intéressaient essentiellement par le passé aux symptômes psychiatriques et au bien-être général, à présent, ils concentrent de plus en plus leur attention sur la répartition des troubles mentaux et sur leurs facteurs déterminants. La mise au point de questionnaires d'entretien diagnostique dirigé pouvant être utilisés par des profanes a facilité cette évolution. Ces questionnaires permettent à des non-cliniciens de recueillir de l'information, ce qui réduit considérablement les coûts de la collecte de données. Malheureusement, les questionnaires d'entretien diagnostique dirigé qui sont employés en psychiatrie sont généralement assez longs; ils ne peuvent donc pas être inclus dans des enquêtes à grande échelle comme l'*US National Health Interview Survey* et

Référence de l'auteur

Scott B. Patten, Chercheur sur la santé de la population, Alberta Heritage Foundation for Medical Research; *et* Associé en recherche, The Calgary World Health Organization Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health; *et* Professeur adjoint, Departments of Community Health Sciences and Psychiatry, The University of Calgary, Faculty of Medicine, 3330 Hospital Drive NW, Calgary (Alberta) T2N 4N1;
Courrier électronique : patten@acs.ucalgary.ca; Site Web : http://www.ucalgary.ca/~patten

l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) au Canada.

Kessler et Mroczek ont récemment mis au point un court questionnaire conçu pour prévoir la survenue de la dépression majeure (*Survey Research Center, University of Michigan*, observations non publiées). Ce questionnaire contient un sous-ensemble de questions tirées du *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), un questionnaire d'entretien diagnostique dirigé qui a été validé[1–3]. Le court questionnaire a été mis au point en plusieurs étapes : on a d'abord effectué des analyses de régression exploratoires des données d'enquête au moyen du CIDI; ensuite, on a procédé à d'autres études de validation et à modifier la formulation des questions (Kessler et Mroczek, observations non publiées). Ces opérations ont donné finalement naissance à un questionnaire abrégé connu sous le nom de *Forme abrégée pour la dépression majeure du CIDI*. Il est possible de réaliser un entretien à l'aide de ce questionnaire en moins d'une minute, en moyenne.

Dans les éditions récentes du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IIIR et DSM-IV), la dépression majeure est définie comme une période d'au moins deux semaines, caractérisée par au moins cinq symptômes dépressifs sévères et persistants. Les symptômes ne doivent pas constituer une réaction normale à la mort d'un être cher et ne doivent pas non plus être imputables à un facteur organique identifiable comme, par exemple, une maladie physique ou la consommation d'une drogue[4,5]. Dans la Forme abrégée du CIDI, on demande au sujet s'il a éprouvé différents symptômes dépressifs pendant une période de deux semaines consécutives au cours des 12 derniers mois. L'inclusion de la Forme abrégée du CIDI dans une enquête épidémiologique permet donc d'estimer la prévalence de la dépression majeure, au cours d'une période de 12 mois, chez la population étudiée.

Dans l'ENSP, on a utilisé un algorithme proposé par Kessler et Mroczek (observations non publiées) pour coter les résultats de la Forme abrégée du CIDI. Selon les statistiques de validation de ces auteurs, la probabilité de dépression majeure (au cours des 12 mois précédents) serait de l'ordre de 90 % chez les sujets qui font état d'au moins cinq symptômes dépressifs dans leurs réponses aux questions de la Forme abrégée du CIDI. Ainsi, on peut utiliser une valeur-seuil de cinq pour répartir les répondants en deux catégories : ceux qui souffrent et ceux qui ne souffrent pas de dépression majeure. Beaudet a utilisé cette méthode pour analyser les données de l'ENSP sur la dépression majeure[6].

Évaluation pratique de la Forme abrégée du CIDI à la lumière des résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population

La présente étude avait pour objectif premier de comparer la prévalence de la dépression majeure sur une période de 12 mois, d'après les données de l'ENSP recueillies à l'aide de la Forme abrégée du CIDI, avec la prévalence de cette maladie d'après le Supplément santé mentale de l'Enquête sur la santé en Ontario. Beaudet a déjà estimé la prévalence de la dépression majeure, sur une période de 12 mois, à partir des données de l'ENSP[6] : elle s'établirait à 5,6 %. Cependant, l'estimation de Beaudet s'applique aux sujets de 18 ans et plus, tandis que les données de l'enquête effectuées en Ontario se rapportent à des sujets de 15 à 64 ans. Par conséquent, pour faciliter la comparaison, on a recalculé la prévalence de la dépression majeure pour une période de 12 mois en se fondant sur l'ensemble des données relatives aux sujets de 15 à 64 ans.

L'Enquête nationale sur la santé de la population faisait appel à une méthode complexe d'échantillonnage stratifié à plusieurs degrés. Dans le fichier de microdonnées accessibles au public de l'ENSP[7], on a tenu compte de cette méthode d'échantillonnage complexe en calculant des poids; pour cette raison, toutes les estimations dérivées de cet ensemble de données sont pondérées. Dans cette étude, on a calculé l'intervalle de confiance de ces estimations pondérées à l'aide de la méthode d'approximation décrite dans la documentation relative au fichier de microdonnées de l'ENSP. D'après les données de l'ENSP, la prévalence de la dépression majeure chez les sujets âgés de 15 à 64 ans pour une période de 12 mois s'établit à 6,3 %, avec des limites de confiance à 95 % de 5,7 % et 6,8 %.

Offord et ses collaborateurs ont analysé des données du Supplément santé mentale de l'Enquête sur la santé en Ontario[8]. Cette enquête s'est fondée sur un échantillon aléatoire de la population ontarienne âgée de 15 à 64 ans. On a posé à chaque sujet toutes les questions de la version intégrale du CIDI; d'après les réponses obtenues, la prévalence de la dépression majeure pour une période de 12 mois s'élevait à 4,1 % (l'erreur type associée à cette estimation étant de 0,4 %, ce qui permet d'établir de façon approximative les limites de confiance [LC] à 95 % de 3,3 % et 4,9 %. Cet intervalle de confiance ne recoupe pas celui qu'on a pu dériver des données de l'ENSP).

L'écart entre les résultats de ces deux enquêtes pourrait s'expliquer par le fait que l'ENSP repose sur un échantillon national, tandis que l'Enquête sur la santé en Ontario était limitée à une province canadienne. Cependant, si on ne considère que les données de l'ENSP correspondant à l'Ontario, la prévalence pour une période de 12 mois est comparable à celle qu'on avait calculé pour l'ensemble du Canada : 6,5 % (LC à 95 % = 5,6 %; 7,4 %). Comparer cette prévalence à celle dont font état Offord et ses collaborateurs[8] revient essentiellement à comparer les résultats de la Forme abrégée du CIDI à ceux du questionnaire intégral du CIDI auprès d'échantillons indépendants. En comparant ces deux résultats, on constate que la Forme abrégée du CIDI entraîne une surestimation d'environ 50 % de la prévalence de la dépression majeure pour une période de 12 mois.

Une explication plausible de la surestimation apparente de la prévalence par la Forme abrégée du CIDI tient au manque de spécificité de ce questionnaire. On peut obtenir des résultats faussement positifs pour plusieurs raisons.

Premièrement, les symptômes dépressifs causés par une consommation excessive d'alcool, par l'usage abusif de drogues, par la prise de médicaments ou par des maladies physiques sont exclus par le DSM-IIIR ou le DSM-IV aux fins de l'établissement d'un diagnostic de dépression majeure. Or, si la version intégrale du CIDI exclut tous ces facteurs d'origine organique, la Forme abrégée du CIDI ne le fait pas. Deuxièmement, le deuil non compliqué (affliction normale) n'est pas considéré comme un trouble mental dans les DSM, même s'il s'accompagne de symptômes dépressifs sévères et persistants. Contrairement à la version intégrale de ce questionnaire, la Forme abrégée du CIDI ne fait aucune distinction entre les troubles dépressifs et le deuil.

Bien entendu, il se pourrait que la Forme abrégée du CIDI soit moins sensible que la version intégrale parce qu'elle contient moins de questions sur des symptômes dépressifs précis. Par exemple, la version intégrale du CIDI contient plusieurs questions sur différentes manifestations de troubles du sommeil; ces questions portent notamment sur l'insomnie d'endormissement, l'insomnie du milieu de la nuit et l'insomnie du matin, de même que sur l'hypersomnie. N'importe lequel de ces troubles, pourvu qu'il soit assez intense et persistant, satisfait au critère diagnostique de trouble du sommeil du DSM, critère qui est pris en compte pour l'établissement d'un diagnostic de dépression majeure. En revanche, la Forme abrégée du CIDI ne contient qu'une question sur les troubles du sommeil, qui porte sur l'insomnie d'endormissement. Or, comme la dépression est parfois caractérisée par une insomnie du matin ou du milieu de la nuit, ou encore par une hypersomnie, la Forme abrégée du CIDI ne relève pas toujours certaines manifestations importantes de troubles du sommeil.

Vu que la Forme abrégée du CIDI semble aboutir à une surestimation de la prévalence de période de la dépression majeure, le nombre de cas faussement positifs (résultant d'un manque de spécificité) semble l'emporter sur le nombre des faux négatifs (attribuables à un manque de sensibilité). Ce n'est guère surprenant, pour deux raisons. Premièrement, puisqu'environ 95 % des sujets de l'échantillon ne présentent pas de dépression majeure, même de faibles taux de faux positifs augmentent la fréquence observée. Par exemple, si on applique les modèles classiques d'évaluation du biais attribuable aux erreurs de classification[9], en posant comme hypothèse que la véritable prévalence est de 4,1 %, un degré de sensibilité de 95 % (en supposant une spécificité parfaite) sous-estimerait la prévalence à 3,9 %, tandis qu'une spécificité de 95 % (en supposant une sensibilité parfaite) la surestimerait à 8,9 %, le biais étant dans ce cas beaucoup plus important.

Utilisation de la Forme abrégée du CIDI auprès d'un échantillon de sujets cliniques

Comme nous l'avons expliqué dans la section qui précède, il est plausible qu'un manque de spécificité de ce questionnaire, pour ce qui est des sujets qui présentent des syndromes dépressifs attribuables à des facteurs organiques ou à un deuil, ait faussé les résultats obtenus à l'aide de la Forme abrégée du CIDI auprès d'échantillons de sujets sélectionnés dans l'ensemble de la population. Pour pouvoir évaluer cette possibilité, on a posé à 122 malades consentants hospitalisés en milieu psychiatrique les questions qui figuraient dans les sections sur les troubles de l'humeur du CIDI-Auto (version informatisée du CIDI intégral) et la Forme abrégée du CIDI.

Les sujets étaient des participants consentants à une étude cas-témoins menée à l'Hôpital général de Calgary et portant sur les facteurs de risque de dépression majeure. L'échantillon comprenait 58 hommes et 64 femmes dont l'âge variait de 18 à 75 ans (âge médian : 33 ans). Les 62 sujets qui, d'après les résultats du CIDI-Auto, avaient souffert d'une dépression majeure (296.2x — épisode isolé, 296.3x — récurrent, 296.5x — trouble bipolaire, dépressif) au cours des 12 mois précédents ont été comparés aux 60 autres sujets, qui avaient répondu à la Forme abrégée du CIDI.

La Forme abrégée s'est avérée extrêmement sensible auprès de cet échantillon : 61 des 62 sujets (98,4 %) dont l'épisode de dépression majeure avait été confirmé par les résultats de la version intégrale du CIDI ont obtenu des scores d'au moins cinq avec la Forme abrégée du CIDI. Il est possible que cette grande sensibilité du questionnaire s'explique par deux aspects de l'échantillon de malades hospitalisés : la gravité des troubles et leur stade d'évolution au moment du test. Des 62 sujets qui avaient présenté un épisode de dépression majeure au cours de l'année précédente, 52 (83,9 %) ont été classés dans la catégorie des personnes souffrant de troubles graves d'après leurs résultats au CIDI-Auto (296.23, 296.33, 296.53). La seule personne chez qui on a obtenu un résultat faussement négatif à la Forme abrégée du CIDI avait cependant fait l'objet d'un diagnostic de dépression majeure, épisode isolé, grave (296.23). La plupart des troubles étaient en phase active et les sujets étaient actuellement hospitalisés pour cette raison, ce qui a pu aussi aider les sujets à se souvenir de leurs symptômes. Il se peut que la Forme abrégée soit moins sensible lorsqu'elle est utilisée auprès d'échantillons de sujets sélectionnés dans l'ensemble de la population, car les troubles en question peuvent avoir disparu plusieurs mois avant l'entretien d'évaluation.

Des 60 sujets qui n'avaient pas présenté d'épisode dépressif majeur au cours de l'année précédente, 27 souffraient d'un trouble bipolaire codé comme maniaque, mixte ou non spécifié au moment de l'entretien. Bon nombre de ces sujets ont obtenu des résultats égaux ou supérieurs à cinq avec la Forme abrégée du CIDI. Cependant, on n'a pu interpréter leurs résultats comme de faux positifs, puisque le CIDI-Auto ne pouvait confirmer l'absence d'épisode de dépression majeure au cours de l'année précédente (le questionnaire permet de coder le trouble et la nature de l'épisode le plus récent). Parmi les 33 autres sujets, on a relevé neuf faux positifs; soit un taux de

27,3 % (spécificité = 72,7 %). Quatre de ces neuf sujets présentaient au moins un état pathologique en phase active, et trois avaient fait l'objet d'un diagnostic de troubles liés à l'usage d'une substance. Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de facteurs ayant pu entraîner des résultats faussement positifs, comme nous l'avons expliqué plus haut. En outre, quatre des sujets souffraient de dysthymie, trouble dépressif chronique qui se caractérise généralement par des symptômes moins nombreux et moins marqués que ceux de la dépression majeure. La distinction entre ces différentes catégories de troubles dépressifs peut nécessiter une évaluation plus approfondie de la fréquence et de la gravité des symptômes, que celle que permet la Forme abrégée du CIDI.

Sommaire

Si on compare les résultats de l'ENSP et de l'Enquête sur la santé en Ontario, il semble que la Forme abrégée du CIDI aboutisse à une surestimation de la prévalence de période de la dépression majeure. Cette tendance à surestimer la prévalence n'est pas étonnante, puisque les questions de la Forme abrégée portent exclusivement sur les symptômes dépressifs. Le questionnaire n'exclut pas les symptômes dépressifs attribuables à des maladies physiques ou à la consommation de drogues, pas plus qu'il ne classe à part les circonstances, comme le deuil, où des symptômes dépressifs sévères ne sont pas pathologiques. Cette possibilité théorique est dans une certaine mesure confirmée par la fréquence de maladies physiques actives et de troubles liés à la consommation de certaines substances, observée dans cette étude chez les sujets hospitalisés ne présentant pas de dépression majeure et ayant obtenu des résultats faussement positifs.

La brièveté de la Forme abrégée rend possible son inclusion dans des enquêtes de grande envergure auprès de l'ensemble de la population. Les enquêtes nationales à grande échelle comme l'ENSP reposant sur le prélèvement d'un échantillon au hasard et comportant un grand nombre de mesures très variées d'évaluation des déterminants de l'état de santé, l'inclusion de la Forme abrégée du CIDI dans l'ENSP et dans d'autres études pourrait faire avancer l'épidémiologie des troubles de l'humeur.

Cependant, d'après les données présentées ici, la Forme abrégée du CIDI peut donner lieu à des erreurs de classification des diagnostics. Dans des recherches épidémiologiques analytiques, cette lacune peut entraîner une erreur systématique dans l'estimation de certains paramètres de la population, notamment le risque relatif. Le sens du biais peut entraîner la dilution de l'effet observé (si le taux de classification erronée ne dépend pas de l'exposition aux facteurs de risque en question : biais non différentiel attribuable à une erreur de classification) ou la surestimation ou sous-estimation de l'effet observé (si la fréquence des erreurs de classification diffère chez les groupes exposés à différents facteurs de risque : biais différentiel attribuable à une erreur de classification)[10].

Tant qu'on ne disposera pas d'autres données de validation pour la Forme abrégée du CIDI, il faut garder à l'esprit que les estimations fondées sur cet instrument risquent d'être entachées d'un biais lié à une erreur de classification. Dans les études où il est possible de réaliser intégralement une entrevue diagnostique dirigée, celle-ci doit être considérée comme la méthode privilégiée de détection de la dépression majeure. Cependant, s'il est impossible de réaliser des entrevues diagnostiques dirigées, l'utilisation de la Forme abrégée du CIDI peut être une solution de rechange. Les chercheurs qui choisissent d'utiliser la Forme abrégée du CIDI doivent toutefois envisager sérieusement d'employer un plan d'étude qui puisse tenir compte des risques de biais attribuables à des erreurs de classification. Cela suppose généralement l'inclusion d'une étude de validation, de préférence interne, dans les méthodes de collecte de données, de manière qu'on puisse estimer le taux d'erreur associé à la mesure imparfaite et en tenir compte au moment d'analyser les résultats[11].

Références

1. World Health Organization. *The Composite International Diagnostic Interview, Version 1.1. Researcher's manual*. Genève: WHO, 1994.
2. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiat Res* 1994;28:57–84.
3. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069–77.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4e éd. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1994.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3e éd. Révisé. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1987.
6. Beaudet MP. Dépression. *Rapports sur la santé* 1996;7(4):11–25. (Statistique Canada Cat. 82-003.)
7. Statistique Canada (Division des statistiques sur la santé). *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995. Fichiers de microdonnées à grande diffusion*. Ottawa, 1997.
8. Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, et al. One year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Can J Psychiatry* 1996;41:559–63.
9. Rogan WJ, Gladen B. Estimating prevalence from the results of a screening test. *Am J Epidemiol* 1978;107:71–6.
10. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Chapter 12: "Information bias." Dans: *Epidemiologic research*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1982:220–41.
11. Greenland S. Variance estimation for epidemiologic effect estimates under misclassification. *Stat Med* 1989;8:1031–40. ■

Utilité et limites des dossiers d'hospitalisation courants pour la surveillance périnatale

Shi Wu Wen, Shiliang Liu, Sylvie Marcoux et Dawn Fowler

Résumé

Cette étude porte sur la qualité des données sur les parturientes et sur leurs bébés (1er avril 1984 au 31 mars 1995), recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les auteurs ont observé peu de valeurs illogiques ou aberrantes dans les données de l'ICIS. L'incidence des maladies chez la mère et le nouveau-né, établie d'après les données de l'ICIS, ressemblait à celle dont fait état la littérature, et les principales complications médicales et obstétriques signalées dans les données de l'ICIS étaient, de manière générale, d'importants prédicteurs des issues défavorables de la grossesse. Les auteurs en concluent que les données de l'ICIS renferment certains éléments d'information utiles à la surveillance périnatale, qui pourraient servir à suivre la santé de la mère et de l'enfant et à évaluer les soins intrapartum et l'utilisation des ressources hospitalières. Si l'on veut bien surveiller et analyser les tendances relatives aux déterminants de la santé et aux issues de la grossesse chez toutes les femmes enceintes et leurs bébés au Canada, on devra faire appel à d'autres mécanismes qui permettront de recueillir des données sur toutes les grossesses recensées, sur les périodes prénatale et postnatale, ainsi que des renseignements plus détaillés sur les soins intrapartum.

Mots clés : Canada; data collection; epidemiologic methods; infant, newborn; mothers; pregnancy outcome

Contexte et introduction

Le Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, du Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, est responsable de l'élaboration du Système canadien de surveillance périnatale (SCSP). Ce nouveau mécanisme de surveillance suivra et analysera les tendances relatives aux déterminants de la santé et aux issues de la grossesse chez toutes les femmes enceintes et leurs bébés au Canada, dans le but d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins cliniques périnatals, de l'organisation sanitaire et de l'élaboration de politiques en santé. Le Bureau a étudié et évalué les bases de données existantes afin de déterminer si elles pouvaient répondre aux besoins d'un système national de surveillance périnatale.

Dans cette évaluation, les données d'hospitalisation recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) [anciennement le *Hospital Medical Records Institute (HMRI)*] semblait une source de données intéressante pour la surveillance périnatale parce que, de nos jours, la plupart des naissances au Canada ont lieu dans les hôpitaux. Toutefois, comme les autres ensembles de données courants, les éléments d'information de l'ICIS n'ont pas été spécifiquement choisis et recueillis pour les besoins de la surveillance périnatale. En conséquence, il est normal que les gens se demandent dans quelle mesure la qualité et la nature des données de l'ICIS conviennent à la surveillance périnatale.

Une des raisons pour lesquelles on s'interroge sur la pertinence des données pour la surveillance périnatale est que, pour l'instant, seuls certains hôpitaux canadiens (environ 78 %) prennent part au projet de l'ICIS. Si les femmes qui accouchent dans ces établissements participants et leurs bébés présentent un profil différent de celui des sujets qui sont pris en charge par les hôpitaux non participants, il est possible que les résultats et les

Références des auteurs

Shi Wu Wen, *Shiliang Liu et Dawn Fowler*, Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, Pré Tunney, Indice de l'adresse : 0601E2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Sylvie Marcoux, Unité de l'épidémiologie, Université Laval, Québec (Québec)

Le document a été présenté en partie à la réunion annuelle de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, tenue à Halifax (Nouvelle-Écosse) le 23 au 25 juin 1997.

conclusions d'analyses de données saisies par l'ICIS soient biaisés.

C'est pourquoi nous avons décidé d'entreprendre une étude en vue d'évaluer la qualité et la pertinence des données de l'ICIS dans l'optique de la surveillance périnatale. Nous avons extrait de la base de données de l'ICIS tous les éléments d'information pertinents concernant les parturientes et leurs bébés, pour la période allant du 1er avril 1984 au 31 mars 1995, et évalué systématiquement l'utilité et les limites de ces données pour la surveillance périnatale.

Sujets

Afin d'établir s'il convient de se servir des données de l'ICIS pour suivre les tendances temporelles, on a utilisé les éléments d'information recueillis par l'ICIS sur une période de 11 ans (années financières de 1984-1985 à 1994-1995). Les données présentées ici s'appliquent uniquement à une année sur deux. Nous avons extrait de l'ensemble des données de l'ICIS des éléments d'information sur les nouveau-nés selon le champ «unité d'âge», en utilisant un code «NB» (qui renvoyait aux naissances vivantes) ou «SB» (qui désignait les mortinaissances), et nous avons extrait des données sur les mères ayant accouché, selon des codes appropriés applicables aux «groupes clients». Le tableau 1 indique les codes «groupes clients», utilisés par l'ICIS pour désigner les accouchements en milieu hospitalier, observés au cours de la période de 11 ans.

Méthodes

Les variables qu'on a choisi d'évaluer sont celles dont se sert l'ICIS. Il s'agit, pour le SCSP, d'indicateurs ou de variables explicatives importants. Les variables démographiques et administratives, notamment le sexe du nouveau-né, l'âge de la mère (calculé d'après la date de naissance et la date de l'hospitalisation), le groupe client, le décès du nouveau-né en milieu hospitalier, la durée du séjour à l'hôpital de la mère et du nouveau-né, ont été codées d'après le guide de l'ICIS. Les variables concernant les diagnostics ont été codées d'après la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9)[1], et certains des codes de diagnostic ont été regroupés pour les besoins de la surveillance périnatale. Les actes ont été codés d'après la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCP)[2].

Deux aspects des variables de l'étude ont été évalués :

- Dans quelle mesure l'échantillon de l'ICIS est-il représentatif de l'ensemble de la population canadienne?
- Les données de l'ICIS peuvent-elles nous fournir les variables dont nous avons besoin?

Pour réaliser la première partie de l'évaluation, nous avons comparé les chiffres obtenus de l'ICIS à ceux qui ont été signalés par Statistique Canada (à la lumière des actes de naissance) pour les mêmes années. Cette comparaison a porté sur la période de 11 ans, l'idée étant de déterminer la constance des données de l'ICIS, dans le temps.

TABLEAU 1

Codes relatifs aux groupes clients utilisés par l'ICIS pour définir les accouchements en milieu hospitalier

Période visée	Groupe client	Description
1984-1985 à 1989-1990	502	Césarienne avec complications
	503	Césarienne sans complications
	504	Accouchement vaginal avec complications
	505	Accouchement vaginal sans complications
	506	Accouchement vaginal avec stérilisation
	507	Accouchement vaginal avec d'autres interventions
1990-1991 à 1993-1994	600	Accouchement vaginal sans complications
	601	Accouchement vaginal avec complications
	602	Accouchement vaginal avec stérilisation
	603	Accouchement vaginal avec d'autres interventions
	604	Césarienne
1994-1995	601	Nouvelle césarienne avec complications
	602	Césarienne avec complications
	603	Nouvelle césarienne
	604	Césarienne sans complications
	606	Accouchement vaginal avec stérilisation
	607	Accouchement vaginal avec d'autres interventions
	608	Accouchement vaginal après césarienne avec complications
	609	Accouchement vaginal avec complications
	610	Accouchement vaginal après césarienne
	611	Accouchement vaginal sans complications

Pour la seconde partie de l'évaluation, nous avons eu recours à plusieurs techniques. Premièrement, nous avons soumis certaines variables à des vérifications de la logique interne. Par exemple, nous avons recherché des erreurs évidentes comme l'attribution du sexe masculin à une

parturiente, la durée du séjour à l'hôpital d'un bébé mort-né qui était différente de 0, l'attribution, à une parturiente, d'un code «groupe client» indiquant qu'elle a subi une césarienne, alors que le code de l'acte renvoit à un accouchement vaginal, ou encore, l'attribution à une parturiente d'un code «groupe client» indiquant qu'elle a subi une césarienne lors d'une précédente grossesse, alors qu'il n'existe aucun code de diagnostic correspondant.

Deuxièmement, nous avons évalué l'intervalle des valeurs et les valeurs extrêmes des variables continues afin de déterminer si l'étendue était raisonnable. On aurait pu, en raison d'erreurs humaines, se retrouver avec des valeurs illogiques et aberrantes. Il était important de connaître la fréquence de ces erreurs dans les données de l'ICIS et d'établir ensuite si les mesures de ces variables étaient passablement valides.

Troisièmement, nous avons comparé la fréquence de diagnostics pertinents avec celle dont fait état la littérature. Les variations de l'incidence de la maladie d'une population à l'autre étant inévitables, nous ne pouvions nous attendre à ce que les taux calculés à la lumière des données de l'ICIS soient exactement les mêmes que ceux dont rend compte la littérature. Si, toutefois, l'écart était trop important, l'incidence de la maladie en cause pourrait ne pas être exacte, et il faudrait sans doute faire preuve de prudence dans l'utilisation et l'interprétation des données de l'ICIS pour la surveillance périnatale.

Enfin, nous avons calculé le risque relatif des principales complications médicales et obstétriques liées à certaines issues défavorables. Si les mesures de ces complications médicales et obstétriques étaient valides, elles devraient permettre de prédire le risque de certaines issues défavorables pour lesquelles des relations causales ont été bien établies. Nous avons retenu la césarienne comme issue défavorable servant à établir la validité de l'évaluation des complications subies par la mère, et la mortalité néonatale en milieu hospitalier et le séjour prolongé à l'hôpital comme issues défavorables servant à établir la validité de l'évaluation du poids de naissance. Non seulement ces issues défavorables se sont-elle révélées des mesures relativement «solides» et leurs relations causales avec les complications subies par la mère et le nouveau-né ont-elles été établies[3–5], mais leur validité a aussi été confirmée par notre vérification logique et notre analyse de concordance.

Résultats

Les variables étudiées, leurs définitions et les techniques d'évaluation utilisées pour chaque variable de l'étude sont indiquées au tableau 2.

Environ 72 % de tous les accouchements au Canada ont été enregistrés par l'ICIS au cours de l'année financière 1994-1995. La proportion de cas signalée par l'ICIS était moins élevée au cours des années précédentes, et les taux de participation variaient considérablement d'une province à l'autre (tableau 3).

Les statistiques clés obtenues de l'ICIS, à savoir l'âge de la mère, le ratio garçons : filles chez les nouveau-nés, le ratio naissances vivantes : cas de mortinatalité, la fréquence des grossesses multiples, le taux de césariennes et le taux d'insuffisance pondérale à la naissance, correspondaient assez bien aux chiffres signalés par Statistique Canada, selon lesquels les cas dont rend compte l'ICIS forment un échantillon passablement représentatif de l'ensemble de la population canadienne (tableau 4). Notre évaluation repose sur l'importance clinique et la constance des différences plutôt que sur leur signification statistique, puisque des différences négligeables peuvent être statistiquement significatives en raison de la taille importante de l'échantillon.

Nous avons trouvé dans les données de l'ICIS des valeurs illogiques ou aberrantes (tous les codes inhabituels, comme un espace ou un caractère au lieu d'un code numérique). Toutefois, leur fréquence était extrêmement faible (tableau 5).

En ce qui concerne la plupart des problèmes liés à la grossesse et des issues défavorables de la grossesse, surtout ceux dont la définition ou le diagnostic sont moins controversés, nous avons trouvé que les taux étaient assez proches de ceux signalés dans la littérature (tableau 6).

D'après nos calculs du risque relatif, les principales complications et indications chez la mère, codées par l'ICIS, étaient d'excellents prédicteurs de la césarienne, et le faible poids à la naissance relevé par l'ICIS était un important prédicteur du décès néonatal en milieu hospitalier et d'un séjour prolongé à l'hôpital (tableaux 7A et 7B).

Discussion

L'utilité et la valeur d'un ensemble de données courant pour la surveillance de la maladie dépend de l'accessibilité des sujets d'étude et de la pertinence des variables pour un projet de surveillance donné, ainsi que de la validité de la mesure des variables retenues dans l'ensemble de données en question. Nous nous proposons, dans les paragraphes qui suivent, d'étudier l'utilité possible et la pertinence de l'utilisation des données de l'ICIS pour la surveillance périnatale en analysant notre évaluation de ces données sur ces trois plans.

Accessibilité de sujets d'étude pour la surveillance périnatale

Les responsables de nombreux projets de surveillance ont de la difficulté à définir clairement leurs sujets d'étude, toutefois ce problème est plus rare lorsqu'il s'agit de surveillance périnatale. Si nos efforts de surveillance portent sur les naissances, nous pouvons, sans trop de difficulté, définir les sujets de notre étude. Les dossiers hospitaliers courants, comme ceux de l'ICIS, deviennent ainsi une source d'information précieuse pour la surveillance périnatale parce que, jusqu'ici, la plupart des naissances au Canada ont lieu à l'hôpital. Bien que l'ICIS n'ait enregistré qu'environ 72 % de tous les accouchements

TABLEAU 2

Codage, définition et technique d'évaluation utilisés pour les variables choisies pour la présente étude

Nom de la variable	Codage et définition	Vérification logistique	Intervalle et valeurs extrêmes	Chiffres fournis par la littérature	Validité prédictive
Variables relatives à la mère					
Âge	Guide de l'ICIS : date de l'hospitalisation — date de la naissance		Oui	Oui	Oui
Durée du séjour à l'hôpital de la mère	Guide de l'ICIS	Oui	Oui	Oui	Oui
Groupe client	Guide de l'ICIS	Oui			
Césarienne	CCP[a] : 86	Oui		Oui	
Antécédents de césarienne	CIM-9 : 6542, 6606	Oui		Oui	Oui
Présentation du siège	CIM-9 : 6522, 6696			Oui	Oui
Dystocie	CIM-9 : Multiple[b]			Oui	Oui
Souffrance foetale	CIM-9 : 6563			Oui	Oui
Prééclampsie sévère et éclampsie	CIM-9 : 6425, 6426, 6427			Oui	Oui
Diabète gestationnel	CIM-9 : 6488			Oui	Oui
Placenta praevia	CIM-9 : 6410, 6411			Oui	Oui
Décollement prématuré du placenta	CIM-9 : 6412			Oui	Oui
Polyhydramnios	CIM-9 : 657			Oui	Oui
Grossesse multiple	CIM-9 : 651			Oui	
Variables relatives au nouveau-né					
Sexe	Guide de l'ICIS	Oui		Oui	
Décès néonatal à l'hôpital	Guide de l'ICIS			Oui	
Durée du séjour à l'hôpital	Guide de l'ICIS		Oui	Oui	
Mortinaissance	Guide de l'ICIS	Oui		Oui	
Poids de naissance	Guide de l'ICIS	Oui	Oui	Oui	Oui
Détresse respiratoire du nouveau-né	CIM-9 : 769			Oui	

[a] CCP : Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques, et chirurgicaux
[b] 6600, 6601, 6602, 6603, 6604, 6608, 6609, 6610, 6611, 6612, 6614, 6619, 6620, 6621, 6622

et malgré des variations dans les taux de participation observées d'une province à l'autre et dans le temps, nous estimons que cet échantillon demeure assez représentatif de toutes les naissances survenues au Canada, d'après notre comparaison des principales statistiques fournies par l'ICIS et des chiffres obtenus de Statistique Canada (qui reposent sur toutes les naissances au Canada).

Par ailleurs, il peut être difficile de bien identifier les parturientes et leurs bébés à partir des données de l'ICIS. En effet, comme le système mis en place par l'ICIS vise à recueillir des données sur toutes les hospitalisations et tous les départs de l'hôpital, et comme il n'existe pas de champ spécialement réservé aux naissances, il faut se montrer prudent dans le choix de la variable ou des variables servant à définir les parturientes et leurs bébés.

On a souvent eu recours au code de diagnostic et au code de l'acte pour sélectionner des sujets d'études épidémiologiques[7–9] à partir des données de l'ICIS, puisqu'une hospitalisation est généralement motivée uniquement par la recherche d'un traitement (médical ou chirurgical) pour une maladie particulière. Ces codes ne conviennent cependant pas à la sélection des sujets pour la surveillance périnatale. La grossesse étant normalement un état physiologique et non pas pathologique, la plupart des parturientes et leurs bébés ne souffrent d'aucune maladie et n'ont besoin d'aucun traitement. En conséquence, ils ne se voient attribuer aucun code de l'acte ou de diagnostic et ne peuvent, par le fait même, être identifiés à l'aide d'un code de la CIM-9 ou du CCP.

Il semble que les codes que nous avons utilisés pour choisir les sujets de l'étude, à savoir les codes «unité d'âge» («NB» et «SB» pour les nouveau-nés) et les codes

TABLEAU 3

Nombre d'accouchements consignés par l'ICIS (exprimé sous forme de pourcentage) par rapport à tous les accouchements enregistrés par Statistique Canada[a], par province, 1984-1985 à 1994-1995

Province	1984-1985	1986-1987	1988-1989	1990-1991	1992-1993	1994-1995
Terre-Neuve	98,6	99,7	95,4	100,0	93,4	93,0
Île-du-Prince-Édouard	82,3	81,5	84,9	88,9	93,1	92,7
Nouvelle-Écosse	13,0	1,5	4,7	4,5	5,3	14,6
Nouveau-Brunswick	0,0	0,0	99,6	98,9	100,0	100,0
Québec	0,0	12,3	15,3	14,6	12,4	0,0
Ontario	99,4	100,0	81,5	100,0	100,0	100,0
Manitoba	0,0	0,0	0,0	48,1	71,6	70,7
Saskatchewan	83,0	84,9	0,0	88,7	92,3	94,4
Alberta	0,0	0,0	40,8	98,4	97,7	99,3
Colombie-Britannique	75,2	56,0	86,2	97,5	98,9	99,3
Territoires du Nord-Ouest et Yukon	0,0	0,0	61,7	76,8	71,8	81,6
CANADA	51,8	53,0	54,3	74,9	73,9	72,5

[a] Source : Division des statistiques sur la santé. Naissances et décès, 1982–1994. Ottawa : Statistique Canada.

TABLEAU 4

Comparaison entre les principales statistiques obtenues de l'ICIS et celles enregistrées par Statistique Canada[a]

Statistique	Source de données	1984[b]	1986[b]	1988[b]	1990[b]	1992[b]	1994[b]
Âge de la mère (%<18 ans)	ICIS	2,1	1,9	1,9	2,2	2,3	2,4
	Statistique Canada	2,1	2,0	1,8	1,9	2,1	2,1
Âge de la mère (%<20 ans)	ICIS	6,6	5,7	5,9	6,4	6,4	6,8
	Statistique Canada	6,4	5,9	5,8	5,9	6,1	6,2
Âge de la mère (% >35 ans)	ICIS	4,6	5,7	6,3	6,7	5,2	8,5
	Statistique Canada	4,1	4,7	5,5	6,1	6,9	8,1
Ratio garçons : filles (% des garçons)	ICIS	51,4	51,1	51,4	51,2	51,1	51,4
	Statistique Canada	51,4	51,2	51,2	51,4	51,3	51,5
Grossesse multiple (%)	ICIS	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
	Statistique Canada	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1
Mortinaissance (%)	ICIS	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7
	Statistique Canada	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Faible poids de naissance (%)	ICIS	5,4	5,4	5,3	5,6	5,5	5,8
	Statistique Canada	5,7	5,7	5,7	5,5	5,5	6,0
Accouchement par césarienne (%)	ICIS	19,9	20,4	20,3	19,3	18,3	17,7
	Statistique Canada	18,9	19,2	19,6	19,1	17,7	ND

[a] Sources : Pour les césariennes : Millar WJ, Nair C, Wadhera S. Diminution du taux de césarienne : la tendance va-t-elle se poursuivre? *Rapports sur la santé* 1996;8:17–24.
Pour les autres : Division des statistiques sur la santé. Naissances et décès, 1982–1994. Ottawa : Statistique Canada.

[b] Les données de l'ICIS sont fondées sur les exercices financiers, c.-à-d., de 1984-1985 à 1994-1995.

ND : Non disponible

«groupe client» pour les femmes qui accouchent, conviennent aux besoins de la surveillance périnatale. Par exemple, le choix d'un nouveau-né serait incorrect si la date de l'hospitalisation du bébé était antérieure à sa date de naissance, et le choix d'une parturiente serait également incorrect si le sexe qui lui était attribué était masculin ou si elle était trop âgée ou trop jeune. Nous n'avons observé aucun cas de ce genre d'après nos critères de sélection.

Accessibilité des variables pour la surveillance périnatale

Le comité directeur du SCSP a dressé une liste préliminaire d'indicateurs et de variables explicatives qui devraient être recueillis et analysés pour les besoins du Système canadien de surveillance périnatale[10]. Les données de l'ICIS renferment quelques-uns de ces indicateurs et variables explicatives, surtout des variables administratives et des diagnostics. (Il importe de souligner que la liste qui figure au tableau 2 n'est pas exhaustive.)

Certaines variables ne sont pas enregistrées explicitement par l'ICIS, mais elles peuvent être obtenues à l'aide de diverses techniques. Par exemple, lorsqu'on apparie les informations sur les parturientes aux données sur les mêmes femmes qui figurent dans d'autres ensembles de données de l'ICIS (recueillies après le départ de l'hôpital de celles-ci), on peut calculer les taux de réadmission et les analyser par période, par région ou selon la raison motivant la réadmission. Une des particularités des données de l'ICIS est qu'elles permettent de vérifier la réadmission. Après leur

départ de l'hôpital, les parturientes ne sont plus considérées comme des clientes du service d'obstétrique et, en cas de réadmission, peuvent être assimilées à toute autre catégorie de patients, notamment comme des patients ayant besoin de services médicaux, chirurgicaux ou psychiatriques. Tout mécanisme qui ne couvre pas l'ensemble des divers services hospitaliers ou qui n'assure pas un suivi individuel complet ne permettrait pas de rendre compte d'une forte proportion de cas de réadmission.

Il importe de noter qu'il existe des écarts importants entre les exigences du SCSP et les données de l'ICIS en ce qui concerne l'accessibilité des variables nécessaires à la surveillance périnatale. Premièrement, la banque de l'ICIS ne renferme pas de données sur la période prénatale, notamment les soins prénatals et l'exposition prénatale de la mère. Deuxièmement, l'ICIS ne recueille aucun élément d'information sur les patients après leur départ de l'hôpital. Troisièmement, les données de l'ICIS (du moins la copie que reçoit Santé Canada) ne rendent pas compte de nombreux actes opératoires ou anesthésiques ou du recours à certains anesthésiques (p. ex., utilisation de forceps, induction du travail, anesthésie résidurale). Quatrièmement, les données sur la mère et le bébé sont enregistrées séparément par l'ICIS, d'où la difficulté d'analyser le lien entre les caractéristiques de la mère et celles du bébé.

Un travail plus intensif de collecte de données permettrait de résoudre certains problèmes posés par les données de l'ICIS. Par exemple, les données sur la durée

TABLEAU 5

Définition et fréquence des valeurs illogiques ou aberrantes pour certaines variables de l'étude, données de l'ICIS, 1994-1995[a]

Nom de la variable	Définition donnée aux valeurs illogiques ou aberrantes	Fréquence (pour 100 000 dossiers)
Sexe de la mère	Pas féminin	0,0
Sexe du nouveau-né	Ni garçon ni fille	14,3
Mortinaissance (dossier du nouveau-né)	DSH[b] n'équivalant pas à 0 jour	0,0
Durée du séjour du nouveau-né à l'hôpital (naissances vivantes)	<1 ou >365 jours	1,0
Poids de naissance	<250 or >6000 grammes	23,0
Âge de la mère	<13 or >50 ans	1,0
Durée du séjour de la mère à l'hôpital	<1 ou >365 jours	1,0
Césarienne	Incompatibilité des codes du CCP[c] et du code GC[d]	4,8
Antécédents de césarienne	Incompatibilité des codes du CIM-9 et du GC	13,6

[a] Tous les codes inhabituels, comme un espace ou un caractère au lieu d'un code numérique, ont été considérés comme des valeurs illogiques ou aberrantes.
[b] DSH : Durée du séjour à l'hôpital
[c] CCP : Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques, et chirurgicaux
[d] GC : Groupe client

TABLEAU 6

Comparaison de la prévalence des principaux problèmes liés à la grossesse et des issues défavorables de la grossesse, calculée d'après les données (de 1994-1995) de l'ICIS et signalée dans la littérature

Problème/issue défavorable	% calculé d'après les données de l'ICIS	% signalé dans la littérature	Référence
Âge de la mère <18 ans	2,4	2,1	Statistique Canada[a]
Âge de la mère >35 ans	8,5	8,1	Statistique Canada[a]
Antécédents de césarienne	10,1	7,2[b]	Référence 6
Présentation du siège	3,9	3,0–4,0	Référence 3
Dystocie	17,5	12,0	Référence 3
Souffrance foetale	10,6	Ouvert[c]	Référence 3
Prééclampsie et éclampsie	0,6	0,1–5,0[d]	Référence 3
Diabète gestationnel	2,9	1,0–3,0	Référence 3
Placenta praevia	0,4	0,3–0,5	Référence 3
Décollement prématuré du placenta	1,2	0,7	Référence 3
Polyhydramnios	0,4	0,1–1,7	Référence 3
Grossesse multiple	1,0	1,0	Statistique Canada[a]
Mort foetale	0,7	0,6	Statistique Canada[a]
Poids de naissance <2500 g	5,8	6,0	Statistique Canada[a]
Poids de naissance >4000 g	12,7	12,2	Statistique Canada[a]
Détresse respiratoire	1,2	1,2	Référence 3

[a] Division des statistiques sur la santé. Naissances et deces, 1994. Ottawa : Statistique Canada.
[b] Chiffre pour 1982, qui devrait être inférieur au chiffre actuel.
[c] Référence n° 3 décrit les diverses difficultés posées par le diagnostic de cette affection, mais n'indique pas de pourcentage de référence.
[d] Les pourcentages obtenus de l'ICIS ne s'appliquaient qu'à la prééclampsie sévère et à l'éclampsie, (CIM-9 : 6425, 6426, 6427), alors que ceux cités dans la référence n° 3 ne comportent aucune restriction.

de la grossesse, les actes anesthésiques, le recours au forceps et l'induction du travail (bientôt, sur le rang des naissances) sont systématiquement enregistrées par Med-Echo, une base de données hospitalières québécoise, analogue à celle de l'ICIS. Le couplage de données peut aussi apporter des réponses aux problèmes posés par l'ICIS. Par exemple, l'appariement des données sur les femmes qui accouchent et leur propre bébé permettrait peut-être de déterminer le lien entre les caractéristiques de la mère et celles du bébé. On n'a cependant aucune garantie d'un appariement parfait. Certains problèmes ne peuvent cependant pas être réglés si l'on ne procède pas à la collecte de données supplémentaires.

Validité des variables consignées par l'ICIS

Si la mesure d'une variable de l'étude n'est pas valide, les résultats et les conclusions de l'étude peuvent être gravement compromis. En conséquence, notre évaluation de la qualité des données de l'ICIS porte essentiellement sur la validité de la mesure des variables enregistrées par l'ICIS.

Dans le cas de certaines variables diagnostiques «subjectives», on s'attend à des écarts considérables. Ainsi, la quantité de liquide qui devrait servir de critère pour le diagnostic de l'«oligoamnios» ou du «polyhydramnios», ou les critères qui devraient servir à distinguer la prééclampsie «sévère» de la prééclampsie «bénigne», sont des questions qui ont toujours soulevé et soulèveront encore des controverses[3]. Si elle est causée par des erreurs aléatoires, la grande variabilité de ces variables diagnostiques «subjectives» peut entraîner des erreurs de classification non différentielles.

Il est aussi possible d'introduire du biais systématique lorsqu'on compare des taux fondés sur ces diagnostics pour différents groupes de femmes enceintes (p. ex., d'une période et d'une région géographique à l'autre). Ainsi, si la surveillance de la glycémie chez les femmes enceintes est plus intensive et si les critères diagnostiques du diabète gestationnel sont moins rigoureux depuis quelques années, ou si le dépistage est plus intensif et les critères diagnostiques moins rigoureux dans certaines provinces, les tendances temporelles et les variations interprovinciales apparentes en ce qui concerne les cas diagnostiqués de diabète gestationnel pourraient davantage rendre compte de différences sur les plans des modalités du dépistage et des critères diagnostiques que d'une réelle évolution de l'incidence. D'où la nécessité de se montrer prudent lorsqu'on interprète les tendances temporelles et les variations géographiques des taux et les distributions de ces variables, et de ne pas perdre de vue la variabilité des critères et l'intensité du diagnostic.

En ce qui concerne la plupart des variables démographiques et administratives et certaines variables diagnostiques «objectives» (notamment l'âge de la mère, le sexe du nouveau-né, le poids de naissance, la durée du séjour à l'hôpital, le groupe client, les accouchements par césarienne et les antécédents de césarienne), il semble que les données enregistrées par l'ICIS soient assez valides. Comme le montre le tableau 6, on a obtenu très peu de valeurs illogiques ou aberrantes pour ces variables. Les valeurs logiques et raisonnables peuvent, elles-aussi, être invalides. Ainsi, un bébé fille à qui on attribuerait le sexe masculin, une hospitalisation de 1 jour qui serait inscrite comme une hospitalisation de 10 jours ou un poids de naissance de 500 grammes qui serait indiqué comme étant de 5 000 grammes, sont autant de renseignements qui seraient «logiques» (en ce sens que la réponse cadrerait bien avec le champ de données), mais peu valides. Toutefois, de manière générale, on observe moins de valeurs illogiques ou aberrantes dans les ensembles de données de qualité.

La validité des variables étudiées dans les données de l'ICIS se juge aussi d'après la similarité des taux et des distributions avec ceux dont fait état la littérature et d'après leur forte capacité de prédiction des issues défavorables. Les tableaux 7A et 7B montrent que les antécédents de césarienne et de présentation du siège constituent d'excellents prédicteurs d'un accouchement par césarienne alors que la dystocie et la souffrance foetale ne sont pas des prédicteurs fiables d'un accouchement par césarienne, et le très faible poids de naissance et le faible poids de naissance sont d'importants prédicteurs de la morbidité et de la mortalité néonatales (mesurées par un séjour prolongé à l'hôpital). Ces constatations concordent parfaitement avec celles qui ressortent de la littérature sur la question[3–6].

TABLEAU 7A

Risques relatifs de la présence de diverses complications/indications chez la mère (par rapport à leur absence) avec un accouchement par césarienne, d'après les données de 1994-1995 de l'ICIS

Complication/indication	Risque relatif	(Intervalle de confiance de 95 %)
Antécédents de césarienne	5,67	(5,59–5,75)
Antécédents de présentation du siège	5,09	(5,02–5,16)
Antécédents de dystocie	1,98	(1,95–2,02)
Antécédents de souffrance foetale	2,19	(2,15–2,23)
Antécédents de prééclampsie/éclampsie sévère	3,26	(3,12–3,40)
Antécédents de diabète gestationnel	1,61	(1,56–1,67)
Antécédents de placenta praevia/décollement prématuré du placenta	3,04	(2,95–3,13)
Antécédents de polyhydramnios	2,37	(2,21–2,54)
Âge de la mère >35 ans	1,46	(1,43–1,50)

TABLEAU 7B

Le poids de naissance comme prédicteur du décès néonatal à l'hôpital et de la durée du séjour à l'hôpital (DSH) d'après les données de 1994-1995 de l'ICIS

Poids de naissance	Décès néonatal à l'hôpital (%)[a]	Durée moyenne de séjour a l'hôpital (ÉT)[b]	DSH <2 jours (%)[b]	DSH >4 jours (ÉT)[b]
500– <1500 g	15,17	18,0 (5,5)	4,7	90,5
1500– <2500 g	0,71	7,8 (6,3)	6,1	55,6
2500–4000 g	0,05	2,6 (1,6)	19,0	8,6
>4000 g	0,05	2,8 (1,6)	14,9	11,0

[a] Comprend uniquement les naissances vivantes.
[b] Comprend uniquement les nouveau-nés vivants qui étaient en vie lorsqu'ils ont quitté l'hôpital où ils sont nés et qui n'ont pas été transférés dans un autre établissement.
ÉT : Écart-type

Conclusion

Les données de l'ICIS renferment certains éléments d'information utiles à la surveillance périnatale, surtout les variables administratives et les diagnostics. En soumettant ces données à une analyse méticuleuse, on obtiendrait peut-être des résultats qui pourraient servir à améliorer les soins intrapartum, l'utilisation des ressources hospitalières et la santé de la mère et du nouveau-né. Si l'on veut atteindre l'objectif du Système canadien de surveillance périnatale, soit suivre et analyser les tendances relatives aux déterminants de la santé et leurs effets sur toutes les femmes enceintes et leurs bébés au Canada, il faudra faire appel à d'autres mécanismes de collecte de données qui rendront compte de toutes les grossesses recensées et recueillir de l'information sur les périodes prénatale et postnatale, ainsi que des renseignements plus détaillés sur les soins intrapartum. Il faudra également mettre au point des mécanismes efficaces de couplage des données.

Remerciements

Cette étude a été réalisée sous les auspices du Système canadien de surveillance périnatale. La D^re^ Sylvie Marcoux a reçu de Santé Canada une bourse nationale de recherche.

Références

1. Commission on Professional and Hospital Activities. *International classification of diseases, 9th revision, clinical modification*. Ann Arbor (MI): Commission on Professional and Hospital Activities, 1992.
2. Statistique Canada. *Classification canadienne des actes diagnostiques, therapeutiques, et chirurgicaux*. Ottawa, 1986.
3. Cunningham FG, MacDonald PC, Leveno KJ, Gant NF, Gilstrap III LC, rédacteurs. *Williams obstetrics.* 19^e^ éd. Norwalk: Appleton & Lange, 1993.
4. Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J, rédacteurs. *The Cochrane collaboration: pregnancy and childbirth database, 1994, Disk Issue I.*
5. Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 1987;65:663–737.
6. Anderson GM, Lomas J. Determinants of the increasing cesarean birth rate: Ontario data 1979 to 1982. *N Engl J Med* 1984;311:887–92.
7. Wen SW, Naylor CD. Diagnostic accuracy and short-term surgical outcomes in cases of suspected acute appendicitis. *Can Med Assoc J* 1995;152:1617–26.
8. Wen SW, Hernandez R, Naylor CD. Pitfalls in nonrandomized outcomes studies: the case of incidental appendectomy with open cholecystectomy. *JAMA* 1995;274:1687–91.
9. Wen SW, Simunovic M, Williams JI, Johnston KW, Naylor CD. Hospital volume, calendar age, and short term outcomes in patients undergoing repair of abdominal aortic aneurysms: the Ontario experience, 1988–1992. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:207–13.
10. Santé Canada (Laboratoire de lutte contre la maladie, Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant). *Rapport d'étape : Système canadien de surveillance périnatale*. Ottawa, 1995. ■

Enquête sur la formation dispensée aux professionnels de la santé canadiens en matière de counselling antitabac

Roger Thomas

Résumé

On a demandé aux écoles canadiennes qui forment les professionnels de la santé d'évaluer dans quelle mesure elles favorisent l'acquisition, par leurs étudiants, des compétences en counselling qui leur permettront d'aider leurs clients à ne pas commencer à fumer ou à renoncer au tabac. On leur a également demandé de préciser les sujets abordés ainsi que le degré de connaissances et de compétences en counselling de leurs diplômés, et de déterminer s'il convenait de mettre sur pied, dans leur établissement, un programme intégré de formation en counselling antitabac. Un questionnaire a été expédié à 283 écoles ou départements d'enseignement professionnel, dont 165 ont répondu (taux de réponse de 58 %). Ce sont les vice-doyens aux études de premier cycle, les vice-doyens aux études supérieures ou les directeurs de programmes d'études supérieures qui ont répondu au questionnaire. Dans les écoles qui ont dit enseigner le counselling antitabac, on consacrait un plus grand nombre d'heures d'enseignement (entre 1 et 11 heures) aux maladies causées par le tabagisme qu'au counselling visant à décourager l'usage du tabac chez les enfants ou les adultes ou à aider les fumeurs à renoncer à cette habitude. Les écoles de sciences infirmières avaient généralement des programmes intégrés d'éducation à la santé et pouvaient difficilement déterminer le nombre d'heures consacrées exclusivement au counselling antitabac. Dans toutes les écoles professionnelles, peu de vice-doyens ou de directeurs de programmes jugeaient supérieures les connaissances ou les compétences en counselling de leurs diplômés; la majorité des répondants estimaient qu'il serait bon de mettre sur pied, dans leur établissement, un programme intégré de formation en counselling antitabac.

Mots clés : Canada; counselling; education, professional; smoking; tobacco

Introduction

Le tabagisme demeure un important risque pour la santé au Canada. L'Enquête sur le tabagisme au Canada[1], effectuée en 1994 par Santé Canada, a révélé que 30 % de la population canadienne de plus de 15 ans fumait régulièrement (31 % des hommes et 29 % des femmes). Vingt-huit pour cent des personnes âgées de 15 à 19 ans fumaient; c'était le cas également de 38 % de celles de 20 à 24 ans; de 33 % de celles de 25 à 64 ans; et de 15 % de celles de 65 ans et plus. Les femmes consommaient en moyenne 17 cigarettes par jour, et les hommes, 20.

À l'âge de 10 ans, entre 30 % et 50 % des enfants auront fumé au moins une cigarette et, par la suite, les taux d'initiation au tabac grimpent rapidement[2]. En moyenne, entre 1 % et 3 % des enfants de 10 ans fument une cigarette par semaine[3], et ce taux s'élève, pour s'établir entre 20 % et 24 % à l'âge de 15 ans[4]. Les enfants qui commencent à fumer à l'âge de 12 ans ou avant cet âge sont plus nombreux à devenir des fumeurs réguliers ou de gros fumeurs.

Objectif et méthodologie de l'enquête

Comme les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer dans les habitudes de tabagisme de leurs clients, on a conçu une enquête pour déterminer dans quelle mesure ils sont bien préparés à dispenser des conseils contre la cigarette. L'enquête visait à déterminer de façon précise, si la formation en matière de counselling antitabac etait offerte dans les écoles professionnelles canadiennes; combien d'heures y étaient consacrées; quels étaient les sujets abordés; si un programme précis de counselling, «Guidez vos patients vers un avenir sans tabac», était utilisé. On souhaitait en outre évaluer les connaissances et

Référence de l'auteur

Roger Thomas, Professeur de Médecine familiale, Université d'Ottawa, 75, rue Bruyère, Ottawa (Ontario) K1N 5C8; Télécopieur : (613) 241-1971; Courrier électronique : rthomas@uottawa.ca

les compétences en counselling des diplômés et déterminer si les répondants seraient favorables à la mise sur pied, dans leur établissement, d'un programme intégré de formation en counselling antitabac.

En raison de contraintes financières, on ne pouvait avoir recours qu'à un questionnaire adressé. Étant donné que l'enquête s'étendait à toutes les provinces, le coût aurait grimpé considérablement si l'on s'était rendu en personne dans toutes les écoles professionnelles. Afin d'encourager les gens à répondre, on a conçu un questionnaire d'une seule page (voir annexe), qui pouvait être rempli en quelques minutes.

Après un premier envoi postal et deux autres communications (en janvier et février 1997), soit par téléphone, soit par la poste, 165 des 283 écoles professionnelles qui avaient reçu le questionnaire y ont répondu (taux de réponse de 58 %). Neuf écoles de médecine de premier cycle, 30 départements d'études supérieures en médecine, 93 écoles de sciences infirmières, 9 écoles de pharmacie et 24 départements de psychologie ont répondu. Signe de la difficile situation financière vécue dans le monde de l'enseignement professionnel, 15 écoles de sciences infirmières ont écrit qu'elles ne répondraient pas officiellement au questionnaire, parce qu'elles fermaient leurs portes ou prévoyaient le faire d'ici peu. Les démarches administratives entreprises afin de communiquer avec les écoles d'art dentaire n'ont pas été terminées à temps pour l'enquête, aussi ce volet sera-t-il intégré à une étude ultérieure.

Résultats

Formation en matière de counselling dans les écoles professionnelles canadiennes

Cinquante-cinq pour cent des écoles de médecine de premier cycle, 22 % des départements de psychologie et 11 % des écoles de pharmacie (relativement à certains aspects du counselling) n'étaient pas en mesure d'indiquer si le counselling était intégré à leur programme d'enseignement (tableau 1).

Dans les écoles professionnelles qui avaient répondu au questionnaire, on consacrait entre une heure et onze heures pendant l'ensemble du programme aux maladies causées par le tabagisme. Toutefois, bon nombre d'écoles n'avaient aucun programme d'enseignement du counselling antitabac, et on ne consacrait que deux heures en moyenne au counselling dans les écoles qui avaient répondu et indiqué un nombre d'heures précis.

TABLEAU 1

Prestation de counselling antitabac dans les écoles professionnelles au Canada

Vice-doyens ou directeurs de programmes		Médecine, premier cycle	Médecine, études supérieures	Sciences infirmières		Pharmacie	Psychologie
Nombre de sujets qui ont reçu le questionnaire		16	52	162		9	44
Nombre de sujets qui y ont répondu		9	30	93		9	24
Question	Type de réponse			Français	Anglais		
Sensibilisation aux maladies dues au tabagisme	JNSP (%)	55	40	18	18	22	13
	Heures[a]	6	4	11	8	4	1
Counselling antitabac adressé aux enfants	JNSP (%)	55	43	44	41	22	21
	Heures[a]	0,25	0,9	1,4	0,7	0,25	0,5
Counselling antitabac adressé aux adultes	JNSP (%)	55	40	43	32	11	20
	Heures[a]	1	1,2	2	2,7	1,1	0,7
Aide aux fumeurs à cesser le tabagisme	JNSP (%)	55	40	43	50	11	20
	Heures[a]	0,75	1,8	1,6	0,5	1,2	1,7

[a] Les heures indiquent les heures d'apprentissage dans l'ensemble du programme professionnel, la moyenne n'étant calculée que pour les écoles qui ont indiqué un nombre d'heures précis.
JNSP = «Je ne sais pas»

De nombreuses écoles de sciences infirmières avaient des programmes intégrés d'éducation à la santé et pouvaient difficilement déterminer le nombre d'heures consacrées exclusivement au counselling antitabac. Les répondants ont formulé des commentaires concernant cette intégration à plusieurs cours, souvent axés sur un problème de santé précis, où l'on abordait l'éducation à la santé et le counselling en général et discutait des nombreux problèmes de santé dont le lien avec le tabagisme était établi ou soupçonné. Néanmoins, six écoles de sciences infirmières ont dit que plus de 20 heures de leur programme d'études étaient consacrées au counselling intégré, comprenant le tabagisme; dans deux autres écoles, on consacrait entre 20 et 30 heures au counselling; dans trois écoles, entre 40 et 50 heures; et dans une école, 80 heures.

Dans certaines écoles de sciences infirmières, le counselling antitabac était abordé dans le cadre de cours à option, par exemple, «15 heures la première et la deuxième années, dans le cadre d'un cours à option sur la thérapeutique (45 heures), si l'étudiante s'intéresse à la question» [traduction].

Une école de sciences infirmières a indiqué que l'enseignement du point de vue des opposants au tabac pourrait poser des problèmes éthiques.

> *Le tabagisme est cité comme facteur de pathologie. On recommande des habitudes saines, mais il n'y a pas d'approches spécifiques. L'intervention comme vous semblez la voir entre en conflit avec les valeurs et peut être perçue comme une intervention totale. Le dilemme entre former et endoctriner.*

Une seule école de sciences infirmières a fait allusion au taux de tabagisme des étudiants.

> *De nombreux étudiants en sciences infirmières continuent de fumer. Nous offrons beaucoup de cours portant sur le counselling en général, qui peuvent s'appliquer au tabagisme. [traduction]*

Certaines écoles de sciences infirmières préféraient offrir des outils conceptuels plutôt que de favoriser l'acquisition de compétences précises en matière de counselling.

> *La formation en sciences infirmières n'est pas axée sur des maladies spécifiques, mais plutôt sur des concepts, p. ex., les aberrations chromosomiques, le manque d'oxygène, l'ischémie, etc. De même, lorsqu'on aborde le générique tabagisme/ antitabagisme, le counselling n'est pas axé sur des aspects spécifiques. [traduction]*

> *Nous croyons qu'il est préférable d'enseigner des concepts, plutôt que d'inculquer un grand nombre de faits. Le tabagisme est intégré en même temps que d'autres maladies/habitudes à certains cours en promotion de la santé et à certains principes d'enseignement. Je suis convaincu que notre programme intègre tous les principes et toutes les connaissances de base. [traduction]*

Approches spécifiques en matière de counselling

Le counselling antitabac ne peut être efficace que dans la mesure où l'on intègre au moins des éléments adaptés à la culture et au sexe de la clientèle, de manière à intéresser celle-ci. Dans les écoles où il existait un programme d'enseignement du counselling antitabac, le pourcentage d'établissements proposant une approche adaptée au sexe s'échelonnait entre 44 % dans les écoles de médecine de premier cycle et 0 % dans les écoles de pharmacie (tableau 2). Dans le questionnaire, on demandait aux établissements s'ils utilisaient le programme de counselling «Guidez vos patients vers un avenir sans tabac» (du Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, du Collège des médecins de famille du Canada et de l'Association médicale canadienne) : ce programme n'était utilisé que par moins de 10 % des écoles professionnelles.

Opinions concernant les compétences des élèves en matière de counselling

Le tiers des vice-doyens des écoles de médecine n'étaient pas en mesure d'évaluer les compétences de leurs étudiants dans ce domaine (tableau 3). Environ la moitié des vice-doyens estimaient que leurs étudiants avaient des compétences de base minimales ou élémentaires. Aucun des vice-doyens des écoles de médecine, des écoles francophones de sciences infirmières ou des écoles de pharmacie n'estimait que ses étudiants avaient des compétences supérieures dans ce domaine, et seulement 6 % des écoles anglophones de sciences infirmières et 8 %

TABLEAU 2

Prestation des approches spécifiques en matière de counselling

Question	Réponse	Méd. 1er cycle	Méd. études supr.	Sciences infirmières		Pharm.	Psych.
				Fr.	Ang.		
Nous utilisons des approches adaptées au sexe	Oui	44	27	9	32	0	8
Nous utilisons «Guidez vos patients vers un avenir sans tabac»	Oui	11	13	5	3	0	4

TABLEAU 3

Opinions concernant les compétences des étudiants en matière de counselling

Question		Médecine, premier cycle	Médecine, études supérieures	Sciences infirmières		Pharmacie	Psychologie
Compétences des étudiants en matière de counselling antitabac à la fin du programme				Français	Anglais		
	Réponse	%	%	%	%	%	%
Connaissances	Aucune réponse	22	30	6	9	0	21
	Minimes	11	3	10	45	44	50
	Élémentaires	44	30	34	18	22	17
	Satisfaisantes	11	30	40	23	33	8
	Supérieures	11	7	9	5	0	4
Counselling pratique	Aucune réponse	33	33	7	27	0	25
	Minimes	33	7	30	55	44	38
	Élémentaires	33	23	35	0	22	25
	Satisfaisantes	0	37	21	18	33	4
	Supérieures	0	0	6	0	0	8

des départements de psychologie jugeaient supérieures les compétences pratiques de leurs étudiants.

Opinions concernant la nécessité de mettre sur pied des programmes intégrés de formation en counselling

Le pourcentage de vice-doyens qui ont exprimé leur opinion concernant la nécessité de mettre sur pied un programme intégré de formation en counselling oscillait entre 78 % chez les doyens des écoles de médecine de premier cycle, et 100 % chez les vice-doyens des écoles de pharmacie (tableau 4).

En général, les vice-doyens de toutes les écoles reconnaissaient la nécessité d'un programme intégré de formation en counselling (les scores s'échelonnaient entre 1,9 et 2,6, sachant que 1 = tout à fait d'accord, 3 = ni d'accord, ni en désaccord et 5 = fortement en désaccord), mais les opinions divergeaient considérablement d'une discipline à l'autre.

Les vice-doyens de deux écoles de médecine de premier cycle se sont attachés au fonctionnement des programmes intégrés de médecine.

> *Je ne suis pas certain que le programme intégré doive porter expressément sur la consommation de tabac, mais nous devons améliorer l'enseignement dispensé en matière de counselling et de modification du comportement dans le domaine des toxicomanies, du tabac et des autres drogues. [traduction]*

> *Nous avons un programme axé sur des problèmes particuliers, où des groupes de sept étudiants abordent des questions précises. Le temps consacré à chaque classe dirigée peut varier considérablement. [traduction]*

Certains vice-doyens aux études supérieures de médecine estimaient que le counselling était très probablement intégré aux disciplines touchant les soins primaires.

> *La psychiatrie s'attache à des maladies et syndromes graves; il serait sans doute plus indiqué d'aborder la question dans les milieux de soins primaires. [traduction]*

> *Le niveau de formation dans ce domaine varie selon le programme — les étudiants en médecine familiale ont une solide formation, alors que les étudiants en chirurgie sont moins bien préparés, étant donné qu'ils n'ont généralement pas à dispenser de counselling. [traduction]*

Les vice-doyens des écoles de pharmacie ont souligné le fait que leurs programmes s'attachaient à des aspects spécifiques et qu'il serait préférable d'adopter une approche plus intégrée.

> *Nous utilisons actuellement le «Butting Out for Life Program». Nous «enseignons» comment aider les fumeurs à abandonner la cigarette, mais notre enseignement est très axé sur les produits (p. ex., nicoderm, etc.) et non sur les patients. Il serait bon*

de disposer de ressources pour appuyer le counselling motivationnel. [traduction]

Jusqu'ici, nous avons surtout mis l'accent sur les auxiliaires antitabagiques, leur mode de fonctionnement, le counselling et le suivi des patients. Un programme intégré serait très utile, en particulier s'il aborde l'aide individualisée et la pratique du counselling auprès des patients. [traduction]

Les vice-doyens des départements de psychologie ont noté que l'importance de la formation en counselling variait selon le champ d'études.

Les internes qui font un stage en psychologie de la santé ou dans le domaine des soins périnatals reçoivent davantage de formation sur l'abandon du tabac que ceux qui travaillent dans d'autres domaines (p. ex., clinique auprès des adultes, neuropsychologie). [traduction]

Nous sommes un milieu d'internat et nous travaillons principalement auprès des enfants. Certains étudiants qui le souhaitent peuvent recevoir une formation spécialisée dans ce domaine. La psychologie a davantage pour objet de concevoir des programmes de prévention et de traitement. [traduction]

Les vice-doyens des écoles de psychologie ont également manifesté leur intérêt pour des programmes intégrés.

Si vous avez de la documentation à ce sujet, veuillez nous la faire parvenir. J'aimerais aborder la question avec les chargés de cours, et faire en sorte que ces modules soient au moins disponibles dans nos cliniques de formation. [traduction]

On enseigne des stratégies et des interventions plus générales, comme l'approche cognitivo-comportementale, qui pourraient s'appliquer aisément au problème du tabagisme. [traduction]

On pourrait intégrer un atelier sur ce sujet à notre série de séminaires cliniques. [traduction]

Nos patients sont des patients psychiatriques chroniques et de très gros fumeurs. [traduction]

Un seul vice-doyen (d'un département de psychologie) a indiqué qu'une recherche était en cours à ce sujet.

Nous disposons actuellement d'un protocole acceptable permettant d'évaluer un programme de renoncement au tabac faisant appel à un manuel et à une approche cognitivo-comportementale. Le programme devrait se révéler efficace. [traduction]

Les commentaires formulés par les répondants donnent à penser que les écoles (comme les écoles de médecine et de

TABLEAU 4

Opinions concernant la nécessité de mettre sur pied un programme intégré d'enseignement en matière de counselling

Question	Médecine, premier cycle	Médecine, études supérieures	Sciences infirmières		Pharmacie	Psychologie
Notre programme exige un programme intégré sur les sujets suivants			Français	Anglais		
	(1 = tout à fait d'accord, 5 = fortement en désaccord)[a]					
Maladies dues au tabagisme	2,6	2,6	1,9	2,2	2,2	2,6
Counselling antitabac adressé aux enfants	2,0	2,3	1,9	2,4	1,9	2,4
Counselling antitabac adressé aux adultes	2,0	2,3	2,0	2,2	2,1	2,6
Aide aux fumeurs à cesser le tabagisme	2,1	2,3	2,0	2,2	2,4	2,0
Aucune réponse	22 %	18 %	12 %	9 %	0 %	16 %

[a] Les moyennes ne sont calculées que pour les personnes qui ont répondu. Le choix du chiffre 1 indique que le répondant est fortement en faveur d'un programme de counselling intégré, celui du chiffre 5, qu'il n'en voit pas la nécessité.

sciences infirmières) qui se sont tournées vers des programmes d'enseignement axés sur des problèmes particuliers offrent à leurs étudiants la possibilité d'explorer plus librement les sujets qui les intéressent; toutefois, les vice-doyens ont alors plus de difficulté à déterminer quels sont les sujets abordés dans chaque classe dirigée. Les disciplines (comme la psychologie) où il existe une structure composée de cours auxquels les étudiants s'inscrivent sont mieux en mesure d'intégrer une matière nouvelle au programme d'enseignement en proposant des cours ou des modules.

Recension de la littérature

Efficacité des interventions des médecins

Il a été établi que les interventions des médecins peuvent effectivement aider les patients à renoncer au tabac. L'*American Guide to Clinical Preventive Services*[5] et le *Guide canadien de médecine clinique préventive*[6] ont évalué la qualité des preuves en faveur du counselling antitabac et concluent qu'elle était excellente («A»).

Dans une méta-analyse, on a examiné les essais comparatifs randomisés portant sur les thérapies de substitution de la nicotine (TSN)[7]. Les résultats obtenus auprès de 18 000 patients indiquent que pour la plus longue période de suivi disponible (en général 12 mois), 19 % des patients ayant bénéficié d'une TSN et 11 % des témoins étaient abstinents. Les probabilités d'abstinence augmentaient donc de 71 % (intervalle de confiance [IC] à 95 % = 56–87 %) avec les TSN. Dans les essais où les sujets avaient bénéficié d'un appui très intensif, la probabilité d'abstinence après 6 à 12 mois était de 19,7 % (IC à 95 % = 18,7–20, 6 %), comparativement à 10,5 % (IC à 95 % = 9,9–11, 1 %) dans les groupes ayant reçu un appui peu intensif. Toutefois, dans les essais où l'on avait eu recours à un système transdermique de patchs à la nicotine, on n'a observé aucune différence significative dans les taux d'abstinence lorsqu'un appui très intensif était offert.

Dans une méta-analyse de 94 essais comparatifs randomisés portant sur des programmes visant à prévenir l'usage du tabac chez les adolescents ou à encourager le renoncement au tabac, on a relevé 48 études dont la qualité était acceptable sur le plan méthodologique[8]. Les programmes misant sur le renforcement social et les normes sociales, et orientés vers le développement avaient des effets positifs significatifs, mais ce n'était pas le cas de ceux qui avaient une orientation rationnelle (factuelle). Le nombre de séances de counselling était relié aux effets plus importants.

Repérer les fumeurs en cabinet

Les études ont montré que le counselling n'est efficace que dans la mesure où plusieurs éléments sont présents. Les médecins doivent recevoir de la formation pour demander à leurs patients s'ils fument et s'enquérir de leur exposition à la fumée ambiante; leur demander s'ils envisagent de renoncer au tabac et ont déjà fait des tentatives en ce sens; s'enquérir de leurs antécédents en matière de tabagisme et évaluer leur dépendance à la nicotine au moyen du test de Fagerström[9,10]; encourager les fumeurs à fixer la date à laquelle ils renonceront au tabac; leur offrir du counselling, de la documentation favorisant l'effort individuel et une thérapie de substitution de la nicotine; consigner les conseils dispensés et le plan de renoncement au tabac dans le dossier du patient; fixer des rendez-vous de suivi; et faire en sorte que l'organisation du travail au cabinet et l'effectif leur permettent d'offrir aux patients un programme complet.

Il faut offrir de la formation aux professionnels de la santé afin de les aider à repérer régulièrement les fumeurs parmi leur clientèle. Une étude menée auprès des médecins de famille du Nouveau-Brunswick a révélé que ces derniers n'avaient repéré que 20 % des fumeurs adultes faisant partie de leur clientèle[11].

Les auteurs d'une étude menée en 1992 au Connecticut ont estimé que 48 % des médecins de famille, 38 % des pédiatres et 26 % des dentistes étaient en mesure d'estimer la prévalence du tabagisme parmi leurs patients âgés de 12 à 18 ans[12]. Leurs estimations étaient de 30 à 50 % inférieures aux taux nationaux. En outre, 24 % des médecins de famille, 20 % des pédiatres et 8 % des dentistes ont indiqué offrir «toujours» du counselling concernant le tabagisme aux jeunes de 10 à 12 ans; ces pourcentages s'élevaient à 51 %, 48 % et 9 %, respectivement, chez les 16 à 18 ans.

Dans le cadre d'une enquête, 2 095 médecins de famille de l'Indiana ont répondu à un questionnaire; 86 % d'entre eux avaient demandé à leurs nouveaux patients s'ils fumaient, et 23 % s'étaient enquis de leur exposition à la fumée ambiante[13]. Vingt-huit pour cent avaient recours à un programme antitabac structuré, mais seulement 11 % estimaient que leurs compétences en matière de counselling antitabac étaient excellentes.

Dans une clinique de médecine familiale de l'Université d'Ottawa, le fait que le patient fumait ou non n'était indiqué que dans 12 % seulement des dossiers des patients âgés de 15 à 65 ans. Une étude a révélé que le taux de consignation au dossier pouvait être accru de 26 % (à un coût moyen de 7,37 $ CAN par point de pourcentage gagné) au moyen d'une demande de 15 secondes adressée par un médecin, de 37 %, au moyen d'une lettre expédiée par la poste (61,80 $) et de 44 %, au moyen d'un appel téléphonique de la part d'une infirmière (22,03 $)[14].

Offre de counselling en matière de tabagisme

Il faut également offrir de la formation aux professionels de la santé afin qu'ils soient en mesure de demander de façon régulière aux fumeurs s'ils désirent renoncer au tabac et de leur proposer une thérapie. Les médecins posent généralement davantage de questions à ce sujet aux patients qui fument un plus grand nombre de cigarettes par jour ou à ceux qui ont de graves problèmes de santé ou dans les cas où le tabagisme a une incidence sur la prescription (p. ex., pour les contraceptifs).

Les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis ont effectué en 1991 la *National Health Interview Survey—Health Promotion and Disease Prevention Survey* auprès de personnes âgées de 18 ans et plus[15]. On a estimé qu'il y avait 51 millions de fumeurs. De ce nombre, 36 millions ont signalé avoir consulté un médecin au moins une fois au cours de l'année écoulée, et 13 millions (37 % des fumeurs) avaient reçu certains conseils au cours de cette consultation relativement à l'abandon du tabac. Ce sont les personnes qui fumaient le plus et avaient le plus souvent consulté un médecin qui étaient les plus nombreuses à avoir reçu ce type de conseils : on avait recommandé de cesser de fumer à 45 % des personnes qui avaient consulté un médecin à 4 reprises ou plus et à 41 % de celles qui fumaient entre 15 et 24 cigarettes par jour. Soixante et un pour cent des fumeurs ont affirmé qu'on leur avait déjà conseillé de renoncer à la cigarette. Les médecins estimaient avoir donné ce conseil dans une plus forte proportion (entre 52 % et 97 %) que ne le révélait l'enquête. Cet écart pourrait être attribuable à une surestimation de la part des médecins ou à l'oubli des conseils qui leur avaient été dispensés, de la part des répondants.

Dans le *Stanford Five-City Project*, 51 % des personnes qui fumaient en 1989-1990 ont affirmé que jamais un médecin ne leur avait recommandé de renoncer au tabac; et seulement 3,6 % des ex-fumeurs ont affirmé qu'un médecin les avait aidés en ce sens[16]. On avait recommandé de renoncer au tabac à 13 % des fumeurs âgés de 13 à 17 ans et à 69 % des fumeurs âgés de 50 à 74 ans. Trente-cinq pour cent des personnes qui avaient consulté un médecin une fois au cours de l'année, et 60 % de celles qui avaient consulté un médecin à plus de 6 reprises ont dit qu'on leur avait recommandé de cesser de fumer.

Dans un échantillon composé de résidents du Michigan de plus de 18 ans, 44 % des répondants ont affirmé qu'un médecin leur avait déjà conseillé de renoncer à la cigarette (30 % des hommes et 46 % des femmes âgés de 18 à 34 ans). Quatre-vingts pour cent des hommes et 60 % des femmes qui avaient déjà fait une crise cardiaque avaient reçu le même conseil[17].

Une enquête téléphonique effectuée auprès des étudiants de 1ère année des collèges de l'Arizona a révélé que 89 % d'entre eux avaient consulté un médecin au cours de l'année écoulée[18]. De ce nombre, 31 % des femmes et 21 % des hommes se rappelaient qu'on leur avaient demandé s'ils fumaient (17 % des femmes et 19 % des hommes fumaient).

En Californie, une enquête téléphonique effectuée auprès de 24 296 patients a montré que les médecins dispensaient généralement des conseils aux fumeurs qui étaient plus âgés, fumaient davantage et étaient apparemment en moins bonne santé[19].

Dans une étude effectuée auprès des médecins de famille du Nebraska, on a utilisé la liste de membres de la *Nebraska Academy of Family Physicians* (sur laquelle figurent 90 % des médecins qui exercent au Nebraska) comme base de sondage. Les auteurs de l'étude prévoyaient choisir un cabinet dans chacune des 12 catégories, en se fondant sur le type de pratique (exercice de la médecine seul ou en groupe), le sexe du médecin et le lieu (région excentrique, rurale, urbaine)[20]. Après avoir effectué une visite sur place de 2 à 3 jours dans 11 cabinets, les auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes : on dispensait peu de conseils pour prévenir l'usage du tabac chez les adolescents; il incombait exclusivement aux médecins de repérer les fumeurs, de consigner les données relativement au tabagisme, d'offrir du counselling et du suivi aux fumeurs; le counselling était élémentaire et consistait à recommander au patient de renoncer au tabac, à lui offrir une TSN et des conseils pour modifier ses habitudes; on n'utilisait aucune trousse, telle que la trousse de renoncement au tabac de l'*American Academy of Family Physicians*; aucun des médecins n'était optimiste quant à la possibilité d'un changement.

Formation des médecins afin de les aider à offrir du counselling et à organiser le travail au cabinet de manière à mettre en oeuvre un programme complet

Dans le cadre d'un essai comparatif randomisé, on a offert un enseignement théorique personnel ou un exposé d'une heure à 97 résidents en médecine interne et à 15 internistes faisant partie du personnel enseignant. Cette formation portait sur les conséquences du tabagisme et les avantages du renoncement au tabac; on y présentait en outre des données indiquant que les TSN et les conseils des médecins peuvent se révéler utiles à cet égard. Les personnes qui avaient rempli un questionnaire et bénéficié d'un exposé d'une heure sur le renoncement au tabac ont demandé à 41 % de leurs patients s'ils fumaient; lorsqu'un autocollant fluorescent offrant 10 paquets gratuits de gomme à mâcher à la nicotine était apposé sur le dossier, ils posaient cette question à 84 % de leurs patients; en présence de deux autocollants fluorescents demandant si le patient fumait et à quelle date il comptait renoncer au tabac, ils interrogeaient 75 % de leurs patients; lorsque les trois autocollants étaient présents, ce pourcentage grimpait à 95 %[21]. Après un an, 2,7 % des patients du groupe témoin avaient renoncé au tabac; c'était le cas de 8,8 % des patients qui avaient reçu de la gomme à mâcher à la nicotine, de 15 % de ceux à qui on avait adressé des rappels et de 9,6 % de ceux qui avaient reçu à la fois des rappels et de la gomme à mâcher. Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les trois groupes d'intervention, mais les différences observées entre le groupe témoin et les trois groupes expérimentaux étaient significatives ($p < 0,05$)[22]. Les médecins des groupes d'intervention avaient consacré nettement plus de temps au counselling antitabac.

Dans le cadre d'un essai non randomisé effectué dans 10 cliniques aux environs de Minneapolis (Minnesota), des infirmières-enseignantes ont effectué en moyenne 6 visites sur place, 24 appels téléphoniques et 6 envois postaux par clinique afin d'offrir de la formation sur le renoncement au

tabac ainsi que de l'aide au personnel en exercice. Un membre du personnel par clinique a participé à un atelier, et 13 des 142 médecins de soins primaires ont participé à un atelier. Dans ces 10 cliniques, le pourcentage de patients qui avaient été interrogés relativement à l'usage du tabac est passé de 23 % à 40 %, alors que, dans 8 cliniques témoins du Wisconsin, il est passé de 22 % à 26 % ($p < 0,05$)[23]. Après l'intervention, 41 % des médecins des cliniques expérimentales avaient demandé aux fumeurs de renoncer au tabac, contre 26 % des médecins des cliniques témoins.

Dans une autre étude, on a offert un séminaire de 2 heures à des pédiatres (39 % des 28 pédiatres y ont participé) et un rappel ainsi qu'un système de consignation au dossier des données relatives à l'exposition à la fumée ambiante. Les entrevues menées auprès des parents et l'examen des dossiers ont révélé que le dépistage de l'exposition à la fumée ambiante avait passé de 17 % à 32 % ($p < 0,03$), alors que le counselling visant à dissuader les parents de fumer était passé de 19 % à 46 % ($p < 0,03$)[24]. Toutefois, la consignation au dossier des résultats de l'interrogatoire et le counselling n'avaient que légèrement augmenté, passant, respectivement, de 2 % à 6 % et de 4 % à 6 %.

En 1995, dans le cadre du *Doctors' Stop Smoking Program* de la C.-B., on a recruté 655 omnipraticiens afin de mettre en place une approche systématique d'intervention en matière de tabagisme. Quatre-vingt-dix pour cent des médecins participants ont affirmé demander régulièrement à leurs patients qui fumaient s'ils étaient prêts à renoncer à cette habitude. On a estimé que ces médecins et d'autres médecins qui avaient mis partiellement en oeuvre le programme avaient aidé 4 700 fumeurs à renoncer à la cigarette et offert du counselling et du suivi à 135 000 autres fumeurs[25]. Les fumeurs qui ont participé à une enquête effectuée en Colombie-Britannique ont affirmé que s'ils désiraient obtenir de l'aide pour cesser de fumer (les répondants pouvaient choisir plus d'une méthode), ils opteraient pour un thérapie de substitution de la nicotine (44 %); un programme offert par leur médecin (33 %); un programme offert par un autre professionnel de la santé (20 %); des brochures ou des bandes-vidéo (15 %). Toutefois, 23 % des répondants ont dit ne vouloir utiliser aucune des méthodes susmentionnées[25].

Au Kansas, on a demandé à des orthodontistes de remettre à leurs patients âgés de 10 à 18 ans des recommandations écrites leur recommandant de ne pas fumer. Au cours de la première année, le taux moyen de recommandation était de 66 %, et une analyse de régression multiple a révélé que 20 % de la variance dans le taux de recommandation était imputable au fait de recevoir des commentaires positifs des patients et de savoir que les recommandations faisaient l'objet d'un suivi. Au cours de la deuxième période, le taux de recommandation s'établissait à 73 %, et 23 % de la variance était liée au fait de recevoir des commentaires positifs et d'avoir reçu un enseignement théorique sur l'application de la théorie de l'apprentissage opérant au counselling dispensé aux patients[26].

Parmi les études sur la formation dispensée aux professionnels de la santé en matière de counselling antitabac qui ont été recensées aux fins du présent article, une seule comporte un calcul de la puissance visant à déterminer quelle doit être la taille de l'échantillon pour réduire la probabilité d'une erreur de deuxième espèce. Dans cette étude, des cabinets d'orthodontie de la Californie ont été choisis au hasard pour recevoir 1,5 heure de formation sur les ateliers de renoncement au tabac du *National Cancer Institute*. L'effet de cette intervention sur l'initiation au tabac dans les 30 jours suivants n'était pas significatif[27]. Toutefois, lorsque les adolescents avaient reçu entre 4 et 6 recommandations écrites contre l'usage du tabac, le rapport de cotes (RC) concernant l'initiation au tabac dans les 30 jours suivants était de 0,76 (IC à 95 % = 0,62–0,94), et chez les sujets qui avaient reçu 7 recommandations ou plus, le RC s'établissait à 0,75 (IC à 95 % = 0,59–0,95).

Dans le cadre d'une enquête menée auprès de 30 cabinets de médecins choisis au hasard dans chacune des 11 collectivités, les répondants (taux de réponse de 48 %) ont indiqué proposer une intervention aux fumeurs dans 70 % des cas[28]. Toutefois, peu de cabinets avaient fait le nécessaire pour que leur personnel soit en mesure de coordonner le programme de renoncement au tabac et d'expédier des rappels.

Les médecins de l'organisation de soins de santé intégrés Kaiser-Permanente, en Californie, ont reçu la formation voulue pour dispenser un message de 1 à 2 minutes sur le renoncement au tabac; quant aux infirmières, elles avaient reçu la formation voulue pour offrir une séance de counselling de 30 minutes axée sur la modification du comportement et quatre appels téléphoniques de suivi de 10 minutes aux patients qui étaient hospitalisés[29]. Après 12 mois, on observait des taux de renoncement au tabac plus élevés (RC = 1,4, IC à 95 % = 1,1–1,8) chez les patients qui avaient été choisis au hasard pour bénéficier de la thérapie intensive que chez ceux qui avaient bénéficié des soins courants.

Formation dispensée aux étudiants en médecine et aux résidents pour les préparer à offrir du counselling antitabac

En 1985, une étude a été effectuée dans le monde entier auprès des étudiants en médecine. Les étudiants de sexe masculin ont affirmé qu'ils fumaient dans les proportions suivantes : 41 % en l'ancienne URSS, 35 % au Japon, 19 % en Europe et 0 % aux États-Unis (les plus forts pourcentages de femmes qui fumaient ont été observés au Chili (15 %) ainsi qu'en l'ancienne URSS et en Europe (12 % dans les deux cas)[30]. En dernière année de médecine, voici quels étaient les pourcentages d'étudiants qui ont affirmé qu'ils recommanderaient «souvent» l'abandon du tabac à un patient ne présentant pas de maladie ni de problème lié au tabagisme et n'ayant pas abordé le sujet :

entre 19 et 43 %, en l'ancienne URSS; entre 15 et 60 %, en Europe et en Asie; entre 20 et 41 % en Afrique et au Moyen-Orient et entre 2 et 9 % au Japon.

La formation en matière de counselling antitabac offerte aux étudiants et aux médecins résidents doit être analogue à celle destinée aux cliniciens chevronnés en exercice; elle doit insister sur la nécessité de demander au patient s'il fume, de lui proposer un traitement, de veiller aux rappels et d'organiser le travail au cabinet en conséquence.

En Australie, les auteurs d'un essai comparatif randomisé ont évalué, au moyen d'une échelle de notation de 82 points, le rendement des étudiants en médecine de cinquième année qui avaient bénéficié d'une formation en matière de counselling antitabac. On observait une amélioration marquée des conseils dispensés ainsi que des stratégies comportementales utilisées chez ceux qui avaient bénéficié d'une rétroaction audio, d'une rétroaction par les pairs et d'une rétroaction vidéo, comparativement aux sujets d'un groupe témoin[31]. On n'a pas évalué l'influence des conseils sur le comportement des patients en matière de tabagisme.

Un atelier de trois jours visant à améliorer les comportements préventifs en matière de santé chez des omnipraticiens stagiaires en Australie a montré qu'avant l'atelier, des questions étaient posées relativement au tabagisme dans 22 % des consultations[32]. Si le groupe expérimental posait davantage de questions à ce sujet après l'atelier ($p < 0,01$), il reste que les deux tiers des fumeurs n'étaient pas repérés et que moins de un fumeur sur cinq était invité à cesser de fumer. Les auteurs ont conclu qu'il fallait renforcer l'acquisition de nouvelles compétences dans la pratique clinique.

Les auteurs d'une étude ont tenté de déterminer s'il était possible d'intégrer au programme de formation en pédiatrie le *Guide to Preventing Tobacco Use During Childhood and Adolescence* du *National Cancer Institute* (NCI) des États-Unis. Ils ont observé que, selon les parents, 37 % des résidents qui avaient reçu la formation en classe concernant le tabagisme posaient des questions à ce sujet, contre 17 % de ceux qui n'avaient pas reçu la formation[33]. Parmi les résidents à qui on avait remis le guide du NCI, 12 % ne se rappelaient pas l'avoir reçu, et seulement 38 % affirmaient l'avoir lu.

Une étude effectuée à Lausanne auprès de 15 résidents en médecine interne a évalué l'influence d'un programme de formation. Après le programme, les questions concernant l'usage du tabac ont augmenté de 68 % à 77 %; les recommandations de cesser de fumer, de 28 % à 43 %; et le counselling concernant le renoncement au tabac, de 10 % à 25 %. Toutefois, la fourniture de documentation encourageant l'effort autonome n'a que légèrement augmenté (passant de 1 % à 7 %), et il en est de même de la planification de rendez-vous de suivi (qui est passée de 1 % à 5 %)[34]. S'il est vrai que l'intérêt des patients envers l'abandon du tabac a bel et bien augmenté, il n'y a pas eu de véritable augmentation du nombre de patients qui ont cessé de fumer au cours des 12 mois suivants.

Trente-cinq résidents en obstétrique et en médecine familiale de l'université du Vermont ont reçu la formation voulue pour offrir un bref counselling antitabac à des patientes recevant des soins prénatals; cette intervention était suivie par du counselling dispensé par un conseiller dans ce domaine[35]. Les résidents du groupe témoin n'ont pas reçu de messages-guides à inscrire au dossier ayant pour objet de les inciter à offrir du counselling. Au cours de la première visite postnatale, 96 % des résidents du groupe d'intervention ont recommandé à leurs patientes de renoncer au tabac, et 94 % des résidents du groupe témoin en ont fait autant. À la deuxième visite posnatale, ces pourcentages s'élevaient, respectivement, à 91 % et 52 % ($p < 0,0001$).

Des examens de santé pratiqués par des infirmières dans quatre cabinets de médecine générale de la région d'Oxford n'ont été associés à aucune modification du comportement sur le plan du tabagisme[36].

Les envois postaux de documents favorisant l'effort personnel en matière de tabagisme et de brèves interventions téléphoniques ne permettent pas d'aider les patients à cesser de fumer. La *Preventive Health Behavior Study*, effectuée à l'université de la Californie, à Los Angeles, portait sur 2 786 fumeurs, parmi les 15 004 femmes membres d'une association de soins de santé intégrés. Les auteurs ont observé que l'envoi de programmes favorisant le renoncement au tabac par l'effort autonome n'avait eu aucun effet après 1, 6, 12 ou 18 mois[37]. Dans une étude, on a eu recours à des appels téléphoniques de 15 minutes pour recommander l'abandon du tabac. L'intervention a entraîné une réduction du tabagisme déclaré par l'intéressé et validé par le dosage de la cotinine après six mois, mais l'effet s'était estompé après 18 mois[38]. Il y a donc lieu de former les professionnels de la santé afin qu'ils demandent à leurs patients s'ils fument, repèrent ceux qui désirent cesser de fumer, offrent une TSN et du counselling et organisent le travail au cabinet de manière à offrir de la documentation, du suivi et des rappels dans un cadre structuré de manière à favoriser au maximum l'abandon du tabac.

Conclusions de l'enquête à la lumière de la recension de la littérature

De nombreux vice-doyens ne sont pas en mesure d'indiquer combien d'heures sont consacrées expressément au counselling antitabac dans le cadre de leur programme d'enseignement. Lorsqu'ils peuvent le faire, le nombre d'heures indiqué oscille entre 1 et 11 heures, et la moyenne est d'environ 2 heures, pour la totalité du programme de formation professionnelle. Étant donné que de nombreuses écoles de sciences infirmières ont des programmes intégrés de counselling en matière de santé, bon nombre d'entre elles ne peuvent déterminer combien de temps est consacré expressément au counselling antitabac.

Parmi les vice-doyens qui ont exprimé leur avis concernant le degré de compétence de leurs étudiants en matière de counselling, environ la moitié ont indiqué que ces compétences étaient minimales ou élémentaires. Ces compétences n'ont été jugées supérieures que dans deux types d'écoles (6 % des écoles anglophones de sciences infirmières et 8 % des départements de psychologie).

La prévention du tabagisme n'est efficace que dans la mesure où elle est adaptée au sexe et à la culture. Dans la présente enquête, nous n'avons posé des questions que relativement au counselling adapté au sexe, dont l'importance s'échelonnait entre 0 % dans les programmes de pharmacie et 44 % dans les programmes de médecine de premier cycle.

Les vice-doyens et les directeurs de programmes qui ont répondu au questionnaire ont reconnu la nécessité d'un programme intégré de counselling antitabac.

Bien que cette enquête ait été limitée — on a fait en sorte que le questionnaire compte une seule page et puisse être rempli rapidement, pour ne pas décourager les répondants — il est manifeste que les personnes responsables des programmes d'enseignement dans les écoles professionnelles n'ont pas conçu un programme intégré d'enseignement qui permettrait à tous les diplômés d'offrir un programme complet et efficace d'abandon du tabac lorsqu'ils seront en exercice. Un tel programme de formation permettrait de s'assurer que tous les diplômés en exercice agissent de la façon suivante : demander à tous leurs clients s'ils fument ou sont exposés à la fumée ambiante; leur demander s'ils ont déjà fumé et déterminer leur niveau de dépendance selon le test de Fagerström[9,10]; leur demander s'ils désirent cesser de fumer et ont déjà fait des tentatives en ce sens; fixer une date de renoncement au tabac; offrir de la documentation favorisant l'effort autonome, une TSN et du counselling; planifier les visites de suivi et les rappels; consigner au dossier le counselling et le plan thérapeutique; et organiser le travail au cabinet et l'effectif de manière à offrir un programme complet de renoncement au tabac à tous les patients.

Remerciements

Source de financement : Bureau des programmes de lutte contre le tabagisme, Division des questions relatifs à la santé, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Santé Canada

Bureau parrain et responsable de la coordination de l'enquête : Les médecins pour un Canada sans fumée

Références

1. Santé Canada. *Enquête sur le tabagisme au Canada.* Ottawa, 1995 févr.
2. Tucker AW. Elementary school children and cigarette smoking: a review of the literature. *Health Education* 1987;18(3):18–27.
3. Escobedo LG, Marcus SE, Holtzman D, Giovino GA. Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. *JAMA* 1993;269(11):1391–5.
4. Morgan M, Eiser JR, Budd RJ, Gammage P, Gray E. Patterns of cigarette smoking among Bristol schoolchildren: implications for educational intervention. *Health Educ Res* 1986;1(2):95–100.
5. US Preventive Services Task Force. Counselling to prevent tobacco use. Dans: *Guide to clinical preventive services: report of the US Preventive Services Task Force.* 2e éd. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.
6. Groupe d'étude canadien sur le'examen médical périodique. Prévention des maladies causées par le tabac. Dans: *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa, 1994; Santé Canada Cat. H21-117/1994F: 570–84.
7. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994;343:139–42.
8. Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health* 1993;83(6):872–80.
9. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978;3-4;235–41.
10. Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86(9):1119–27.
11. Battista RN, Palmer CS, Marchand BM, Spitzer WO. Patterns of preventive practice in New Brunswick. *Can Med Assoc J* 1986;132:1013–5.
12. Gregorio DI. Counselling adolescents for smoking prevention: a survey of primary care physicians and dentists. *Am J Public Health* 1994;84(7):1151–3.
13. Saywell RM, Jay SJ, Lukas PJ, Casebeer LL, Mybeck KC, Parchman ML, et al. Indiana family physician attitudes and practices concerning smoking cessation. *Indiana Med* 1996;89(2):149–56.
14. Rosser W, McDowell I, Newell C. Documenting smoking status. *Can Fam Physician* 1992;38:1623–8.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Physician and other health-care professional counseling of smokers to quit—United States, 1991. *MMWR* 1993;42(44);854–7.
16. Frank E, Winkleby MA, Altman DG, Rockhill B, Fortmann SP. Predictors of physicians' smoking cessation advice. *JAMA* 1991;266(22):3139–44.
17. Anda RF, Remington PL, Sienko DG, Davis RM. Are physicians advising smokers to quit? *JAMA* 1987;257(14):1916–9.
18. Foote JA, Harris RB, Gilles ME, Ahner H, Roice D, Becksted T, et al. Physician advice and tobacco use: a survey of 1st-year college students. *J Am Coll Health* 1996;45(3):129–32.
19. Gilpin EA, Pierce JP, Johnson M, Bal D. Physician advice to quit smoking: results from the 1990 California Tobacco Survey. *J Gen Intern Med* 1993;8(10):549–53.
20. McIlvain HE, Crabtree BF, Gilbert C, Havranek R, Backer EL. Current trends in tobacco prevention and cessation in Nebraska physicians' offices. *J Fam Pract* 1997;44:193–202.
21. Cohen SJ, Christen AG, Katz BP, Drook CA, Davis BJ, Smith DM, et al. Counseling medical and dental patients about cigarette smoking: the impact of nicotine gum and chart reminders. *Am J Public Health* 1987;77(3):313–6.
22. Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, Drook CA, Smith DM. Encouraging primary care physicians to help smokers quit. A ran-

domized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1989;110(8):648–52.

23. Kottke TE, Solberg LI, Brekke ML, Conn SA, Maxwell P, Brekke MJ. A controlled trial to integrate smoking cessation advice into primary care practice: doctors helping smokers, round III. *J Fam Pract* 1992;34(6):701–8.
24. Narce-Valente S, Kligman EW. Increasing physician screening and counseling for passive smoking. *J Fam Pract* 1992;34(6):722–8.
25. Bass F. Mobilizing physicians to conduct clinical intervention in tobacco use through a medical-association program: 5 years' experience in British Columbia. *Can Med Assoc J* 1996;154(2):159–64.
26. Russos S, Hovell MF, Keating K, Jones JA, Burkham SM, Slymen DJ, et al. Clinician compliance with primary prevention of tobacco use: the impact of social contingencies. *Prev Med* 1997;26(1):44–52.
27. Hovell MF, Slymen DJ, Jones JA, Hofstetter CR, Burkham-Kreitner S, Conway TL, et al. An adolescent tobacco-use prevention trial in orthodontic offices. *Am J Public Health* 1996;86(12):1760–6.
28. Lindsay EA, Ockene JK, Hymowitz N, Giffen C, Berger L, Pomrehn P. Physicians and smoking cessation. A survey of office procedures and practices in the Community Intervention Trial for Smoking Cessation. *Arch Fam Med* 1994;3(4):341–8.
29. Miller NH, Smith PM, DeBush RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients: results of a randomized trial. *Arch Intern Med* 1997;157:409–15.
30. Crofton JW, Freour PP, Tessier JF. Medical education on tobacco: implications of a worldwide survey. *Med Educ* 1994;28:187–96.
31. Roche AM, Eccleston P, Sanson-Fisher R. Teaching smoking cessation skills to senior medical students: a block-randomized controlled trial of four different approaches. *Prev Med* 1996;25:251–8.
32. Ward J, Sanson-Fisher R. Does a 3-day workshop for family medicine trainees improve preventive care? A randomized control trial. *Prev Med* 1996;25(6):741–7.
33. Klein JD, Portilla A, Goldstein A, Leininger L. Training pediatric residents to prevent tobacco use. *Pediatrics* 1995;96(2 Pt 1):326–30.
34. Cornuz J, Zellweger JP, Mounoud C, Decrey H, Pecoud A, Burnand B. Smoking cessation counseling by residents in an outpatient clinic. *Prev Med* 1997;26(3):292–6.
35. Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, LePage SS, Crammond JE, Worden JK, et al. Training obstetric and family practice residents to give smoking cessation advice during prenatal care. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1356–63.
36. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. *Br Med J* 1995;310:1099–1104.
37. Gritz ER, Berman BA, Bastiani R, Wu M. A randomized trial of a self-help smoking cessation intervention in a nonvolunteer female population: testing the limits of the public health model. *Health Psychol* 1992;11(5):280–9.
38. Lando HA, Hellerstedt WL, Pirie PL, McGovern PG. Brief supportive telephone outreach as a recruitment and intervention strategy for smoking cessation. *Am J Public Health* 1992;82(1):41–6.

ANNEXE

QUESTIONNAIRE

L'enseignement des connaissances pour le conseil contre le tabagisme

Pendant leurs études de premier cycle les étudiants reçoivent des heures d'enseignement sur les sujets suivants :
(___ = SVP indiquez le nombre; JNSP = je ne sais pas)

1. Maladies dues au tabagisme : JNSP 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ___
2. Counselling antitabac adressé aux enfants : JNSP 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ___
3. Counselling antitabac adressé aux adultes : JNSP 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ___
4. Aide aux fumeurs à cesser le tabagisme : JNSP 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ___
5. Nous utilisons le programme de conseil :

   «Guidez vos patients vers un avenir sans tabac» ☐ OUI ☐ NON

   Nous utilisons des approches adaptées au sexe : ☐ OUI ☐ NON

---

6. Après que les étudiant(e)s ont complété(e)s leurs études de premier cycle, leurs habiletés à fournir des conseils sur le tabagisme sont :

Connaissances	Dans la pratique
___ minimes	___ minimes
___ élémentaires	___ élémentaires
___ satisfaisantes	___ satisfaisantes
___ supérieures	___ supérieures

Notre programme exige un programme intégré sur les sujets suivants :
(Tout à fait d'accord = TAFD; Accord = A; Ni un ni l'autre = NUNL; En désaccord = ED; Fortement en désaccord = FD)

7. Maladies dues au tabagisme TAFD A NUNL ED FD
8. Counselling antitabac adressé aux enfants TAFD A NUNL ED FD
9. Counselling antitabac adressé aux adultes TAFD A NUNL ED FD
10. Aide aux fumeurs à cesser le tabagisme TAFD A NUNL ED FD

L'utilisation combinée des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives pour améliorer l'étude des maladies chroniques

Ann L. Casebeer et Marja J. Verhoef

Résumé

Cette étude tente d'expliquer pourquoi les chercheurs en santé ont toujours eu de la difficulté à collaborer au-delà des parti pris qualitatif ou quantitatif, et pourquoi il est essentiel qu'ils ne se contentent plus d'adhérer à des méthodes d'enquête spécifiques, comme ils l'ont fait jusqu'ici. Les maladies chroniques sont le parfait exemple du type d'affections qui, par leur nature même, doivent être étudiées dans une double perspective, qui combine les méthodes tant qualitatives que quantitatives. Selon nous, si l'on veut que les recherches sur la gestion de ces maladies donnent les résultats escomptés, il faudra appliquer des perspectives, des méthodes et des instruments tant qualitatifs que quantitatifs. En outre, nous sommes d'avis que l'efficacité de la recherche sur les maladies chroniques de longue durée passe non seulement par la mise en commun des efforts chez les chercheurs, mais aussi par des programmes de recherches longitudinales, qui permettront d'observer dans le temps l'expérience de la gestion des affections chroniques.

Mots clés : Chronic disease; combined methods; longitudinal studies; qualitative research; quantitative research; research design

Introduction

Les personnes qui souffrent des symptômes de maladies chroniques doivent, dans bien des cas, lutter pour accepter de vivre avec une maladie donnée bien avant que la maladie ne soit diagnostiquée et avant de chercher à se faire soigner. En règle générale, les maladies chroniques sont diagnostiquées et nommées par les médecins, de sorte que, souvent, divers cliniciens et autres soignants qui prennent en charge ce type d'affections interviennent dans le traitement de longue durée et la surveillance des activités. Afin de bien comprendre et gérer les maladies chroniques de longue durée, aux effets sans cesse plus débilitants, il faut regrouper les connaissances diverses accumulées au fil du temps pour améliorer, sur les plans aussi bien qualitatif que quantitatif, le temps qui reste à vivre à la personne atteinte.

Plus particulièrement, les recherches qui contribuent à mieux nous faire comprendre comment gérer au mieux ces maladies chroniques et les expériences qui s'y rattachent doivent faire appel à des démarches et à des compétences très diverses. Holman[1] fait clairement ressortir la nécessité d'intégrer une approche qualitative aux recherches médicales en citant le cas des maladies chroniques. Il conclut que toute recherche médicale sérieuse reconnaît la complémentarité des méthodes d'enquête quantitatives et qualitatives et leur interprétation.

Malheureusement, dans bien des cas, il est impossible de combiner les compétences en recherche au-delà des frontières méthodologiques traditionnelles. Les chercheurs qui souscrivent à un modèle qualitatif et ceux qui épousent une démarche quantitative ont des façons très différentes d'appréhender et de comprendre le monde. Ces conceptions peuvent sembler irréconciliables. Souvent, les chercheurs apprennent à ne maîtriser qu'une seule méthode, de sorte qu'ils se sentent à l'aise dans les analyses soit quantitatives, soit qualitatives, mais pas dans les deux. En conséquence, il est rare que les deux principales démarches, soit la qualitative et la quantitative, soient combinées, ce qui explique que leurs points forts respectifs ne sont pas connus des tenants de chaque approche[2].

Références des auteurs

Ann L. Casebeer et Marja J. Verhoef, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, The University of Calgary, Calgary (Alberta)
Correspondance : Ann L. Casebeer, Department of Community Health Sciences, 3330 Hospital Drive NW, Calgary (Alberta) T2N 4N1;
Télécopieur : (403) 270-7307; Courrier électronique : alcasebe@acs.ucalgary.ca

Une analyse de la littérature qui traite des maladies chroniques confirme la tendance générale consistant à réaliser des études soit quantitatives soit qualitatives et indique que les modèles qui combinent les deux méthodes sont relativement rares. Il ressort d'un examen des recherches figurant dans la base de données MEDLINE pour la période de 1993 au septembre 1997, que 305 études quantitatives sur les maladies chroniques ont été publiées au cours de cette période, contre 112 études qualitatives (ce qui prouve, ne serait-ce que par les chiffres, que les analyses quantitatives continuent d'être privilégiées). Au total, 47 études faisant mention de techniques tant quantitatives que qualitatives ont été recensées. Bon nombre de ces études, toutefois, ont simplement appliqué des mesures diagnostiques qualitatives à un modèle quasi-expérimental et essentiellement quantitatif, ou renfermaient des analyses de recherches tant qualitatives que quantitatives sur la maladie chronique concernée. Seules 13 d'entre elles peuvent être considérées comme des études qui combinent les deux méthodes.

Que ces chiffres prouvent l'existence d'un débat réel ou de deux pistes de recherche distinctes, il est certain que la tendance qui domine dans les recherches sur les maladies chroniques consiste à utiliser une méthode ou l'autre. Cette tendance rend compte de la situation qui existe dans le secteur de la recherche médicale en général. En dissociant complètement les deux démarches, on risque d'obtenir des données incomplètes sur le problème de santé étudié.

En cherchant à encourager les chercheurs à entreprendre des analyses de méthodes mixtes, la présente étude accomplit ce qui suit.

- Elle analyse les distinctions couramment établies entre les méthodes de recherche qualitatives et quantitatives.
- Elle explique pourquoi les chercheurs devraient collaborer au-delà des parti pris méthodologiques traditionnels, et décrit comment les démarches tant qualitatives que quantitatives peuvent être complémentaires, au lieu de s'opposer ou de s'ignorer.
- Elle explique, à l'aide d'exemples, pourquoi la recherche médicale, en général, et l'étude des maladies chroniques et des expériences qui y sont associées, en particulier, supposent une intégration continue des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives.

Description des démarches

La recherche quantitative désigne la représentation et la manipulation numériques d'observations en vue de décrire et d'expliquer le phénomène dont rendent compte ces observations, alors que la recherche qualitative renvoie à l'examen et l'interprétation non numériques d'observations, en vue de découvrir des explications sous-jacentes et des modes d'interrelation[3]. Ces définitions aident à expliquer pourquoi la tendance dominante consiste à utiliser séparément chaque méthode et pourquoi le débat entre les chercheurs concernant l'intérêt relatif de chaque approche persiste. Les arguments sont peut-être complexes et parfois philosophiques; toutefois, ils renvoient en substance aux distinctions suivantes.

> *Le terme qualitatif suppose que l'accent est mis sur les processus et les explications qui ne sont pas rigoureusement examinés ou mesurés (lorsqu'ils le sont) à divers égards : quantité, nombre, intensité ou fréquence. Pour les partisans d'une démarche qualitative, la réalité est essentiellement façonnée par le contexte social. Ils insistent sur la relation intime entre le chercheur et le sujet de l'étude, et sur les contraintes conjoncturelles qui déterminent l'enquête... En revanche, les tenants d'une approche quantitative mettent l'accent sur l'évaluation et l'analyse de relations causales entre les variables, pas sur les processus. L'enquête est censée reposer sur une démarche objective*[4]*. [traduction]*

S'il est peut-être un peu naïf d'établir des démarcations si radicales entre la recherche qualitative et la recherche quantitative, il est utile, pour commencer à saisir le fond du débat, de connaître les distinctions couramment établies et les définitions de base. De plus, les concepts fondamentaux qui servent à définir la recherche «scientifique» ont trop souvent pour effet de diviser les chercheurs dans le domaine de la santé, où les essais cliniques servent de critères de référence pour toutes les autres recherches[5]. Malheureusement, ces définitions perpétuent deux écoles de recherche distinctes et opposées, en faisant ressortir les arguments couramment invoqués pour justifier l'emploi de l'une ou l'autre des méthodes, au lieu de se borner à exposer les divers points de vue et perspectives traduits par les paradigmes de recherche qualitatifs et quantitatifs.

Les distinctions habituelles

Les méthodes de recherche quantitatives et qualitatives sont le plus souvent associées respectivement à des approches déductives et inductives. La démarche déductive consiste à partir d'une théorie connue et à la vérifier, généralement en tentant de confirmer ou d'infirmer une hypothèse préalablement définie à l'aide de preuves. La démarche inductive part d'observations pour aboutir normalement à une nouvelle hypothèse ou théorie. La recherche quantitative perçoit généralement la science comme une vérité objective alors que la recherche qualitative la ramène à une expérience vécue et, partant, à un phénomène subjectif. De façon générale, la recherche quantitative commence par exposer des objectifs préalablement définis, soit la vérification de résultats préconçus. Quant à la recherche qualitative, elle tente, à partir d'observations et d'analyses ouvertes, de découvrir des tendances et des processus qui expliquent le comment et le pourquoi des choses.

Lorsqu'on applique des méthodes quantitatives, on utilise souvent des estimations numériques et des inférences statistiques obtenues d'un échantillon représentatif d'une population «réelle» plus vaste. Dans la recherche qualitative, on fait habituellement appel à des descriptions narratives et à des comparaisons continues pour comprendre les populations ou situations étudiées. En conséquence, la recherche quantitative est le plus souvent perçue comme une méthode consistant à établir des relations causales dans des conditions normalisées (contrôlées). Inversement, la recherche qualitative est généralement considérée comme une méthode qui vise à mieux comprendre un phénomène naturel (non contrôlé). Le tableau 1 offre un résumé des genres de distinctions souvent établies concernant l'utilisation et l'intérêt des deux méthodes.

TABLEAU 1

Les distinctions habituelles[a] entre les méthodes quantitatives et qualitatives

Concepts généralement associés à la méthode quantitative	Concepts généralement associés à la méthode qualitative
Type de raisonnement	
Déduction	Induction
Objectivité	Subjectivité
Cause	Explication
Type de question	
Pre-déterminée	Ouverte
Axée sur les résultats	Axée sur le processus
Type d'analyse	
Estimation numérique	Description narrative
Inférence statistique	Comparaison continue

[a] Le terme «habituel» ou «général» a été utilisé pour avertir le lecteur que ces distinctions ne sont pas absolues. En fait, un certain nombre de recherches combinent les deux méthodes qui transcendent ces démarcations traditionnelles.

Ainsi, le grand débat théorique s'articule autour de conceptions fondamentalement différentes de la recherche scientifique, en particulier, et du monde, en général. L'adhésion à des paradigmes différents et distincts peut amener les chercheurs à penser qu'il n'existe qu'une seule façon authentiquement «scientifique» de mener des recherches[6]. Les exceptions aux règles ou principes généraux associés à ces méthodes de recherche donnent à penser que bon nombre des affrontements entre les tenants d'approches différentes relèvent davantage de systèmes de croyances et d'une incompréhension mutuelle que de méthodes. Pourtant, les arguments continuent de tourner autour d'aspects méthodologiques.

Préciser les différences et reconnaître les similarités

La dichotomie qui existe entre les analyses quantitatives et déductives réalisées dans des conditions normalisées et objectives, d'une part, et les recherches qualitatives et inductives visant à comprendre un phénomène dans un contexte naturel non contrôlé demeure une barrière entre les chercheurs issus de disciplines analytiques différentes[7], surtout ceux qui étudient l'étiologie et les conséquences des maladies[8]. Selon nous, ces distinctions sont particulièrement nuisibles lorsque la recherche porte sur les problèmes chroniques. Les maladies chroniques, par leur nature même, supposent l'emploi complémentaire de méthodes de recherche aussi bien qualitatives que quantitatives puisqu'il s'agit à la fois de quantifier l'efficacité des traitements et de qualifier l'expérience de la maladie au cours de son évolution[1].

Plutôt que de négliger ou de défendre un paradigme de recherche donné, il est possible et plus profitable de considérer que les méthodes qualitatives et quantitatives s'inscrivent dans un continuum de techniques de recherche, qui sont toutes pertinentes selon l'objectif visé. Par exemple, la conception qu'ont Shaffir et Stebbins de ce continuum remet en question la notion selon laquelle les approches qualitatives sont purement exploratoires et inductives et les méthodes quantitatives uniquement explicatives et déductives[9]. Guba et Lincoln[10] nous offrent les éléments de réflexion suivants :

> *Les méthodes qualitatives et quantitatives peuvent toutes deux coexister dans tout paradigme de recherche. Les considérations méthodologiques sont secondaires par rapport au paradigme, qui est selon nous le système de croyance de base ou la vision du monde qui guide le chercheur. [traduction]*

Un examen attentif de toutes les démarches qui relèvent des deux principaux paradigmes de recherche confirmera que les deux méthodes peuvent être utilisées de manière moins «conventionnelle». Autrement dit, il est possible de décrire de manière quantitative des faits observables dans le monde réel et de recueillir des preuves qualitatives dans un contexte expérimental préalablement défini. En plus de reconnaître que les deux méthodes peuvent être appliquées de manière «non conventionnelle», il est important de se rappeler que toutes deux impliquent de nombreuses approches différentes. Par exemple, les théories empiriques et les études de cas sont des approches différentes de celles qui relèvent de l'ethnographie et de la phénoménologie; pourtant, les quatre démarches sont essentiellement qualitatives. Le même genre de distinctions valent pour les approches quantitatives : les essais cliniques ne sont pas tous conçus de la même manière et font donc appel à des techniques diverses pour mesurer les résultats. Il existe bien des formes différentes de modèles expérimentaux, quasi-expérimentaux et pré-expérimentaux, qui ont recours à des analyses quantitatives tout aussi diverses. Il ne s'agit pas ici de saisir les distinctions entre ces techniques, mais

plutôt de mettre en évidence la multiplicité des options que l'on retrouve dans les deux grands modèles de recherche, soit l'approche qualitative et l'approche quantitative[11–13].

Il y a lieu de reconnaître que les deux écoles méthodologiques ont un rôle également respectable à jouer dans la recherche en santé et en soins de santé. Les techniques quantitatives et qualitatives peuvent et devraient coexister comme outils de recherche. Au lieu de chercher à justifier la méthode moins bien considérée (qui semble varier au fil du temps et selon la discipline), il faudrait plutôt tenter de comprendre pourquoi et quand il faudrait recourir à l'une ou l'autre des méthodes, ou aux deux.

Le milieu de la recherche médicale commence à s'intéresser davantage à l'idée de tirer parti de l'inter-relation des deux méthodes, au lieu de mettre l'accent sur les différences entre les deux. Ainsi, d'après Daly et ses collaborateurs[14], la recherche efficace en soins de santé ne saurait se réduire à l'utilisation d'une méthode «solide» [que l'on estime plus souvent être quantitative que qualitative]; il faudrait plutôt aborder de nombreuses questions importantes en santé à l'aide de méthodes diverses.

> *Bref, nous pensons que pour apporter des solutions adéquates à la multiplicité des questions qui découlent de problèmes de soins de santé complexes, on doit absolument faire appel à un éventail tout aussi étendu de modèles de recherche. Ceux qui entreprennent des évaluations et des recherches en soins de santé doivent par conséquent cultiver la souplesse méthodologique. [traduction]*

Tout modèle de recherche ou combinaison de modèles de recherche choisis doivent être adaptés au problème ou à la question étudiés. Par exemple, l'étude de la mise en place de nouveaux mécanismes de prestation de soins de santé suppose une démarche essentiellement qualitative, puisqu'il est impossible de dissocier les processus de changement étudiés des contextes sociaux dans lesquels ils s'inscrivent. Par contre, une étude qui vise à déterminer la tolérance glucidique d'une population de diabétiques par rapport à une population qui ne présente pas de diabète appelle une analyse essentiellement quantitative des différences, faite dans des conditions rigoureusement contrôlées. En s'interrogeant ainsi sur la méthode à privilégier, on évite entièrement le débat et on respecte peut-être davantage les règles d'une démarche scientifique sérieuse[15].

La collaboration au-delà des frontières traditionnelles

Dans le débat qui entoure la définition d'une démarche scientifique sérieuse, l'idée de faire davantage appel aux deux types de méthodes dans la recherche médicale, surtout en ce qui a trait aux maladies chroniques, évolue lentement, mais sûrement. Des exemples concluants d'expériences combinant les approches quantitatives et qualitatives nous viennent de certaines disciplines connexes à la santé.

La sociologie et les sciences infirmières sont des domaines où l'on observe une opposition entre les chercheurs qui privilégient l'une ou l'autre des techniques; or, certains chercheurs, dans les deux domaines, préconisent actuellement une plus grande harmonie. Ainsi, les sociologues Strauss et Corbin[16] ont déclaré que : «Pour systématiser et solidifier les rapprochements, nous utilisons à la fois un raisonnement inductif et une démarche déductive, en passant constamment d'une approche à l'autre, en émettant des hypothèses et en établissant des comparaisons» [traduction]. À propos du schisme observé dans la recherche en sciences infirmières, Corner[17] se dit d'avis que l'emploi de méthodes de recherche différentes peut mener à une compréhension plus grande du domaine étudié, qui serait impossible autrement.

La recherche médicale commence aussi à intégrer plus souvent les approches qualitatives. Ainsi, une équipe de médecins et d'autres chercheurs[18] a fait appel à une enquête qualitative qui faisait partie d'une étude clinique plus vaste afin de mieux comprendre les attentes des patients à l'égard des soins médicaux.

De toute évidence, l'évolution d'un continuum de recherches en soins de santé passe par l'idée de déterminer quels sont les types de compétences en recherche et de méthodes de recherche qui sont adaptés aux problèmes auxquels des solutions doivent être apportées dans l'actuel contexte des soins de santé. C'est certainement là le genre de défis qui devront être relevés si l'on veut mieux comprendre et mieux aider les personnes atteintes de maladies chroniques.

Exemples de recherches sur les maladies chroniques

Élargir les paradigmes et combiner les méthodes

Les approches qui allient les méthodes de recherche sont particulièrement bien adaptées à l'étude des maladies chroniques et des maladies de longue durée[1,19–21]. Il convient surtout de reconnaître l'importance d'un élargissement des perspectives de recherche dans le cas des maladies chroniques. Comme le note Holman[1], «la recherche biomédicale conventionnelle n'a pas apporté d'éléments d'information décisifs sur les origines ni sur la gestion des problèmes de santé les plus répandus de nos jours, à savoir les maladies chroniques» [traduction]. En tentant de transcender les frontières traditionnellement établies dans le domaine de la recherche, on peut aider à mieux comprendre certains des problèmes de santé de longue durée les plus répandus dans les populations actuelles. Selon nous, l'emploi combiné, soutenu et complémentaire de méthodes de recherche quantitatives et qualitatives est le meilleur moyen de faire reculer les limites de nos connaissances sur les maladies chroniques.

Une fois que les différences philosophiques (diversité des conceptions du monde) et que les obstacles pratiques (manque de connaissances ou d'expertise) liés à l'utilisation d'une approche mixte auront été reconnus, on parviendra à les surmonter et à trouver des moyens de combiner les techniques quantitatives et qualitatives. Plusieurs chercheurs en santé ont décrit des approches mixtes[22–25]; toutefois, l'utilisation de ces modèles qui font appel à des méthodes multiples est un phénomène encore relativement récent dans le contexte de la recherche sur les maladies chroniques.

Certains exemples qui montrent comment les approches mixtes peuvent nous aider à mieux comprendre et traiter les personnes atteintes de maladies chroniques rendent plus accessibles et pertinentes les utilisations générales dont rend compte le tableau 2. Six utilisations possibles des approches mixtes sont décrites ci-dessous, l'idée étant de promouvoir l'application de ce type de démarches dans les recherches à venir sur les maladies chroniques.

TABLEAU 2

Utilisations possibles de méthodes quantitatives et qualitatives combinées

Raisons justifiant l'emploi de données quantitatives et qualitatives
1. Mettre au point des mesures
2. Trouver les phénomènes pertinents
3. Interpréter et expliquer les données quantitatives
4. Interpréter et expliquer les données qualitatives
5. Exploiter également et parallèlement les deux types de données
6. Réaliser une analyse longitudinale (portant sur plusieurs stades) efficace

Première utilisation : Mettre au point des mesures

La façon la plus communément admise d'utiliser les méthodes mixtes consiste à commencer par faire une analyse qualitative d'un problème peu étudié de manière à élaborer des instruments de mesure qui serviront aux recherches quantitatives ultérieures. Par exemple, dans leur étude sur le soutien social reçu des mères d'enfants atteints de maladies chroniques et vivant dans des quartiers centraux de ville, Bauman et Adair[26] ont utilisé des techniques d'entrevue qualitatives pour obtenir les éléments d'information nécessaires à l'établissement d'un questionnaire. Un autre exemple de recherche à laquelle ce modèle convient est une étude exploratoire sur les effets du diabète chronique sur la qualité de vie et les choix de traitement des groupes culturels peu étudiés (dans le but de mettre au point, par la suite, un questionnaire).

Deuxième utilisation : Trouver les phénomènes pertinents

Les personnes souffrant de maladies chroniques comptent souvent sur les médicaments pour obtenir un soulagement à leurs symptômes douloureux et débilitants. C'est le cas des personnes atteintes d'une cardiopathie, qui ont recours à des médicaments prescrits pour alléger la douleur due à l'angine. Les recherches quantitatives ont permis de déterminer quels sont les médicaments qui sont «efficaces» contre ce genre de douleur. Ces types de recherches, toutefois, ne décrivent pas toujours de manière détaillée tous les effets secondaires qui peuvent accompagner la prise de ces médicaments, ni ne peuvent rendre compte de l'expérience vécue par les personnes qui éprouvent ces effets secondaires. Dans bien des cas, une étude qualitative complémentaire permet de mieux relever et expliquer les effets secondaires ou les problèmes de conformité au traitement médicamenteux subis par les personnes atteintes d'une cardiopathie chronique. De toute évidence, les deux types d'éléments d'information sont essentiels si l'on veut que la recherche rende compte intégralement de l'expérience des cardiopathies chroniques de longue durée.

Parmi les exemples que l'on retrouve dans la littérature, on pourrait citer une étude de Bashir et ses collaborateurs[27] qui porte sur la pertinence des conseils qualitatifs offerts aux utilisateurs chroniques de benzodiazépines, et les travaux réalisés par Borges et Waitzkin[28]. Ces derniers ont passé en revue les techniques tant quantitatives que qualitatives d'échanges entre les patients et les médecins afin d'élaborer une méthode d'interprétation devant servir à leur étude sur les femmes souffrant de problèmes sociaux et affectifs chroniques.

Troisième utilisation : Interpréter et expliquer les données quantitatives

Dans bien des cas, la quantification des taux de maladies chroniques n'apporte pas aux chercheurs des réponses aux questions concernant le pourquoi des fluctuations de taux observées d'une période ou d'une région géographique à l'autre. Ainsi, par exemple, lorsque des données quantitatives indiquent une prévalence élevée d'asthme apparemment inexpliquée en Alberta, par rapport au reste du Canada, une analyse qualitative des causes d'un tel phénomène s'impose. Les techniques qualitatives expliqueront les analyses comparatives quantifiées. L'étude de Wainwright[29] sur les maladies du foie chroniques utilise une telle approche, et décrit comment la recherche qualitative peut permettre de mieux apprécier quantitativement et qualitativement l'adaptation psychologique que suppose la phase terminale de la maladie du foie chronique.

Quatrième utilisation : Interpréter et expliquer les données qualitatives

Une étude des aspects qualitatifs de la vie d'une personne atteinte de nombreuses maladies chroniques peut permettre de bien saisir l'expérience vécue par certaines

personnes malades. Parfois, ces données descriptives sur la façon dont les gens composent avec une maladie chronique donnée peuvent sembler incohérentes, selon le sexe ou l'âge des sujets. Dans le contexte d'une étude qualitative, la taille de l'échantillon et la méthode ne suffisent pas à vérifier la validité de toute distinction apparente. Seule une étude quantitative permet de vérifier ces constatations auprès d'un échantillon suffisant et pertinent.

Dans l'étude réalisée par Finkler et Correa[30] sur la perception qu'ont les patients de s'être rétablis et sur l'importance des liens entre le patient et le médecin, l'analyse statistique a révélé que seules certaines composantes du lien ont profondément influé sur les résultats du traitement. Ce constat a incité les auteurs à analyser les données qualitatives et à pousser plus loin l'étude qualitative du lien entre le patient et le médecin.

Cinquième utilisation : Exploiter également et parallèlement les deux types de données

C'est sans doute la principale raison qui justifie l'emploi de méthodes combinées dans le contexte actuel, où l'on continue de mettre en doute l'intégration des approches tant quantitatives que qualitatives dans une même étude. On pourrait par exemple combiner les résultats d'études qui traitent, séparément mais simultanément, d'une maladie chronique. Ainsi, pendant qu'un groupe de chercheurs quantifierait l'efficacité d'un traitement donné contre le cancer du sein, un autre groupe pourrait comparer les expériences de femmes ayant déjà reçu un diagnostic de cancer du sein et un traitement contre cette maladie. Dans ce cas, toutefois, aucune étude coordonnée et combinant les deux méthodes n'a vraiment été réalisée.

Des approches intégrant réellement les deux méthodes viseraient spécifiquement à combiner les objectifs et les méthodes de recherche dans le cadre d'une seule étude ou dans un programme de recherche dans le but d'accéder à un éventail plus complet de données et d'expériences. Par exemple, Martin et Nisa[31] ont sciemment combiné des données qualitatives et quantitatives afin de décrire les caractéristiques communes de maladies chroniques courantes dans la population infantile. L'étude de Rutgaizer et Larina[32] sur les symptômes de douleur observés en gastroentérologie et celle de Murray et Graham[33] sur les besoins en santé communautaire utilisent une approche qui combine vraiment les deux méthodes.

Sixième utilisation : Réaliser une analyse longitudinale (portant sur plusieurs stades) efficace

La nature même de la maladie chronique appelle des analyses longitudinales[1,34]. Le sujet atteint doit souvent composer avec un nombre de stades sans cesse plus incapacitants; il doit comprendre chaque stade en soi et dans le contexte de l'évolution globale de sa maladie. Un programme de recherches continues, qui mise à la fois sur les méthodes qualitatives et quantitatives, peut apporter des éléments d'information essentiels sur la nature évolutive de la maladie et sur l'expérience y afférente, ainsi que sur les besoins du sujet atteint.

Ainsi, par exemple, une enquête auprès de personnes vivant avec le VIH/sida, visant à quantifier l'incidence des nouveaux traitements sur la longévité, pourrait être planifiée dans le cadre d'une étude de suivi destinée à évaluer qualitativement les changements relatifs à la qualité de vie. Ces étapes de l'étude pourraient être suivies d'une intervention expérimentale dont l'objectif consisterait à comparer l'efficacité de deux différents types de traitement, dans le temps et par rapport à la durée et à la qualité de vie.

Un programme de recherche auprès de personnes souffrant de douleurs chroniques mené par Bates et Rankin-Hill[35], combinant deux projets qualitatifs et deux projets quantitatifs, offre un exemple récent d'approche longitudinale combinant les deux méthodes. L'approche «en spirales», empruntée par de Vries et ses collaborateurs[36], pour la planification de programmes d'éducation sanitaire, montre aussi l'«interaction» bénéfique que peut produire avec le temps l'emploi combiné de méthodes qualitatives et quantitatives.

L'intérêt d'une étude fondée sur des méthodes multiples

On est intuitivement tenté de combiner les méthodes de recherche, mais les facteurs qui séparent les chercheurs — conceptions du monde différentes, formations diverses, simple absence de contact et incompréhension — sont autant d'obstacles à la collaboration. La discussion, l'éducation et les débats sur les avantages et les possibilités qu'il y a à transcender les paradigmes de recherche conventionnels trouveront peut-être un accueil particulièrement favorable chez les chercheurs qui s'intéressent aux maladies chroniques. S'il est possible d'améliorer la recherche sur la gestion des maladies chroniques en rapprochant les partisans de la méthode qualitative des tenants de la démarche quantitative et en utilisant une approche mixte, il serait souhaitable d'encourager et d'appuyer de telles collaborations. Une telle mobilisation du milieu des chercheurs est certes justifiée, car il y va de l'intérêt des personnes qui vivent avec des maladies chroniques.

Références

1. Holman HR. Qualitative inquiry in medical research *J Clin Epidemiol* 1993;46(1):29–36.
2. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: principles and methods.* 4e éd. New York (NY): JB Lippincot Company, 1991.
3. Babbie E. *The practice of social research.* 6e éd. Belmont (CA): Wadsworth Publishing Company, 1992.
4. Denzin NK, Lincoln YS, rédacteurs. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, 1994.
5. Popper KR. *The logic of scientific discovery*. New York (NY): Routledge, 1980.
6. Verhoef MJ, Casebeer AC. Broadening horizons: integrating quantitative and qualitative research. *Can J Infect Dis* 1997;8(2):665–6.
7. Chalmers AF. *What is this thing called science? An assessment of the nature of science and its methods.* 2e éd. Queensland, Australie: University of Queensland Press, 1982.

8. Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine: I. The constraining fundamental paradigms. *Ann Intern Med* 1983;99:393–7.
9. Shaffir WB, Stebbins RA, rédacteurs. *Experiencing fieldwork: an insiders view of qualitative research*. Newbury Park (CA): Sage Publications, 1991.
10. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park (CA): Sage Publications, 1989.
11. Mays N, Pope C, rédacteurs. *Qualitative research in health care (a series of seven papers initially published in the BMJ)*. London (UK): BMJ Publishing Group, 1996.
12. Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago (IL): Rand McNally, 1963.
13. Creswell JW, *Research design: qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, 1994.
14. Daly J, McDonald I, Willis E. *Researching health care: designs, dilemmas, disciplines*. London (UK): Routledge, 1992.
15. Hulley SB, Cummings SR, rédacteurs. *Designing clinical research*. Baltimore (MD): Williams and Wilkins, 1988.
16. Strauss AL, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park (CA): Sage Publications, 1990.
17. Corner J. In search of more complex answers to research questions: qualitative versus quantitative research methods: is there a way forward? *J Adv Nurs* 1991;16:718–27.
18. Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Ann Intern Med* 1996;125(9):730–7.
19. Bluebond-Langner M, Perkel D, Goertzel T, Nelson K, McGeary J. Children's knowledge of cancer and its treatment: impact of an oncology camp experience. *J Pediatr* 1990;116(2):207–13.
20. Jamison RN, Lewis S, Burish TG, et al. Psychological impact of cancer on adolescents: self image, locus of control, perceptions of illness and knowledge of cancer. *J Chronic Dis* 1986;39:609–17.
21. Hilsden RJ, Verhoef MJ, Scott CM. Complementary therapy use by patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. Sous presse 1997.
22. Steckler A, Mcleroy KR, Goodman RM, Bird ST, McGormich L. Toward integrating qualitative and quantitative methods: an introduction. *Health Educ Q* 1992;19:1–8.
23. Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine: III. The challenges of comparison and measurement. *Ann Intern Med* 1983;99:705–12.
24. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995;311:109–12.
25. Afifi AA, Breslow L. The maturing of public health. *Annu Rev Public Health* 1994;15:223–35.
26. Bauman LJ, Adair EG. The use of ethnographic interviewing to inform questionnaire construction. *Health Educat Q* 1992;19(1):9–23.
27. Bashir K, King M, Ashworth M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br J Gen Pract* 1994;44:408–12.
28. Borges S, Waitzkin H. Women's narratives in primary care medical encounters. *Women Health* 1995;23(1):29–56.
29. Wainwright SP. Transcending chronic liver disease: a qualitative study. *J Clin Nurs* 1997;6(1):43–5.
30. Finkler K, Correa M. Factors influencing patient recovery in Mexico. *Soc Sci Med* 1996;42(2):199–207.
31. Martin C, Nisa M. Meeting the needs of children and families in chronic illness and disease: a greater role for the GP? *Aust Fam Physician* 1996;25(8):1273–81.
32. Rutgaizer IM, Larina NA. Pain syndrome in gastroenterological practice: potentialities of evaluation [russe, résumé seulement] *Klin Med* 1996;74(4):45–8.
33. Murray SA, Graham LJ. Practice based health needs assessment: use of four methods in a small neighbourhood. *BMJ* 1995;310(6992):1443–8.
34. Huber GP, Van de Ven AH, rédacteurs. *Longitudinal field research methods: studying process of organizational change*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, 1995.
35. Bates MS, Rankin-Hill L. Control, culture and chronic pain. *Soc Sci Med* 1994;39(5):629–45.
36. de Vries H, Weijts W, Dijkstra M, Kok G. The utilization of qualitative and quantitative data for health education program planning, implementation and evaluation: a spiral approach. *Health Educat Q* 1992;19(1):101–15. ■

Recension de livre

Topics in Environmental Epidemiology

Révisé par Kyle Steenland et David A. Savitz
New York : Oxford University Press, 1997; 363 pages;
ISBN 0-19-509564-2; 70,95 $ CAN

Cet ouvrage traite de l'épidémiologie du milieu, que les auteurs définissent comme l'épidémiologie des répercussions sur la santé de l'exposition involontaire à des substances présentes dans le milieu ambiant (air, eau, aliments, sol, etc.). Il est souvent difficile de différencier épidémiologie du milieu et épidémiologie du travail, mais un exemple cité dans l'introduction clarifie ces deux notions. Ainsi, l'exposition de la population d'une localité au plomb présent dans une plante relève du domaine de l'épidémiologie du milieu, tandis que l'exposition de travailleurs au plomb présent dans cette plante relève de l'épidémiologie du travail. La méthodologie employée pour étudier ces deux populations serait différente.

Le livre compte 15 chapitres, dont un chapitre d'introduction et un de conclusion. Deux chapitres sont consacrés à la méthodologie (plan d'étude et analyse; méta-analyse et évaluation des risques). Les 11 autres chapitres portent sur différentes questions d'actualité en épidémiologie du milieu : alimentation et contaminants alimentaires; hydrocarbures chlorés et agents infectieux dans l'eau; particules, dioxyde d'azote et ozone dans l'air; effets de la fumée de tabac; radon; champs électromagnétiques; et plomb.

Comme son titre l'indique, cet ouvrage porte sur des sujets relevant de l'épidémiologie du milieu. On ne peut donc s'attendre à ce que les chapitres sur la méthodologie soient complets et exhaustifs. Ainsi, par exemple, le chapitre qui porte sur le plan d'étude et l'analyse ne décrit que trois sujets singulièrement importants en épidémiologie du milieu : les études écologiques, l'analyse de grappes et la classification erronée de l'exposition. Ce chapitre présente cependant plus de problèmes que de solutions, ce qui suscite des interrogations quant à l'utilité des études d'épidémiologie du milieu. En revanche, le chapitre sur la méta-analyse et l'évaluation des risques est nettement plus positif. Il présente point par point des exemples clairs qui guident le lecteur dans l'explication des calculs. Pour comprendre les notions mathématiques présentées dans les deux chapitres sur la méthodologie, il faut cependant avoir certaines connaissances de base en épidémiologie.

Les questions d'actualité dans le domaine de l'épidémiologie du milieu sont bien expliquées dans les autres chapitres de l'ouvrage. Une vue d'ensemble complète de chaque sujet, assortie de nombreuses références, fournit au lecteur un bon point de départ pour explorer l'abondante littérature sur ces questions. L'ouvrage est par ailleurs riche en tableaux sommaires qui décrivent diverses études antérieures portant, par exemple, sur les sujets suivants : épidémies d'intoxications alimentaires, produits chimiques dans l'eau potable, agents infectieux dans l'eau potable, agents infectieux dans les eaux à usage récréatif, particules et mortalité, particules et utilisation de soins hospitaliers, particules et maladies respiratoires, particules et fonction pulmonaire, dioxyde d'azote et maladies respiratoires, ozone et fonction pulmonaire, tabagisme passif et maladies respiratoires, tabagisme passif et maladies de l'oreille moyenne, tabagisme passif et asthme chez l'enfant, tabagisme passif et mort subite du nourrisson, tabagisme passif et cancer du poumon, tabagisme passif et maladies du coeur, radon et cancer du poumon, plomb et hypertension artérielle.

Pour ceux et celles qui souhaiteraient avoir une vue d'ensemble de l'épidémiologie du milieu, le dernier chapitre du livre porte sur les tendances futures dans ce domaine et vaut à coup sûr la peine d'être lu. Écrit par les rédacteurs, il présente une synthèse des problèmes décelés dans notre environnement, résume le fruit des travaux des épidémiologistes du milieu jusqu'à maintenant, décrit les problèmes méthodologiques dans les études et présente une vision de l'évolution future de ce domaine.

Cote globale :	7 sur 10
Points forts :	Bon compte rendu des études faites jusqu'à présent sur diverses questions d'hygiène du milieu Tableaux sommaires bien faits sur des études d'épidémiologie du milieu Foison de références sur chaque sujet
Points faibles :	Les auteurs auraient pu donner plus d'envergure à la section méthodologique, qui se résume à deux chapitres, afin de couvrir un éventail plus large de questions d'ordre méthodologique
Lecteurs :	Épidémiologistes intéressés aux problèmes liés à l'hygiène du milieu

Bernard Choi
Professeur agrégé, Université de Toronto
Professeur auxiliaire, Université d'Ottawa
et Épidémiologiste principal
Bureau des maladies cardio-respiratoires et du diabète
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé Canada, Pré Tunney, IA : 0602D
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

Réimpression de résumés

1. The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario: the impact of mental morbidity and perceived need for care

Steven J. Katz, Ronald C. Kessler, Richard G. Frank, Philip Leaf, Elizabeth Lin, Mark Edlund
***Am J Public Health** 1997;87(7):1136–43 [traduction]*

Objectifs. La présente étude a pour objet de comparer les associations entre, d'une part, les troubles individuels de santé mentale, l'état de santé mentale évaluée par le patient lui-même, l'incapacité mentale et le besoin perçu de soins et, d'autre part, l'utilisation des services de consultations externes en santé mentale aux États-Unis et en Ontario.

Méthodes. Les chercheurs ont employé un plan d'étude transversal et utilisé des données tirées de la *US National Comorbidity Survey* de 1990 et du Supplément sur la santé mentale de l'Enquête sur la santé en Ontario de 1990.

Résultats. Les probabilités de recevoir des soins médicaux ou psychiatriques spécialisés étaient les suivantes : pour les personnes souffrant de tout trouble affectif, 3,1 aux États-Unis contre 11,0 en Ontario; pour les personnes ayant évalué leur santé mentale comme étant moyenne ou mauvaise, 2,7 aux États-Unis contre 5,0 en Ontario; pour les personnes souffrant d'une incapacité mentale, 3,0 aux États-Unis contre 1,5 en Ontario. Lorsqu'on prenait en considération le besoin perçu de soins, la plupart des différences entre les deux pays disparaissaient.

Conclusions. L'utilisation plus importante aux État-Unis qu'en Ontario des services de santé mentale s'explique principalement par la combinaison d'une prévalence plus élevée de la morbidité mentale et une prévalence également plus élevée du besoin perçu de soins parmi les personnes présentant une faible morbidité mentale aux États-Unis.

2. Insomnia in young men and subsequent depression
The Johns Hopkins Precursors Study

Patricia P. Chang, Daniel E. Ford, Lucy A. Mead, Lisa Cooper-Patrick, Michael J. Klag
***Am J Epidemiol** 1997:146(2):105–14 [traduction]*

La *Johns Hopkins Precursors Study*, étude prospective à long terme, porte sur la relation entre les troubles du sommeil dont se plaignaient les sujets et les cas subséquents de dépression clinique et de troubles psychiques. Un échantillon de 1 053 hommes ayant fourni des renseignements sur leurs habitudes de sommeil durant leurs études en médecine à la *Johns Hopkins University* (promotions de 1948 à 1964) ont été suivis après qu'ils ont terminé leur études. Durant la période médiane de suivi de 34 ans (étendue de 1–45), 101 hommes ont souffert de dépression clinique (incidence cumulative à 40 ans, 12,2 %), dont 13 se sont suicidés. Selon le modèle de régression à effet proportionnel de Cox corrigé pour tenir compte de l'âge à la fin des études, de l'année d'étude, des antécédents familiaux de dépression clinique, de la consommation de café et des mesures du tempérament, le risque relatif de dépression clinique était plus élevé chez les sujets ayant déclaré avoir souffert d'insomnie durant leurs études en médecine (risque relatif (RR) de 2,0, 95 %, intervalle de confiance (IC) de 1,2–3,3), comparativement à ceux qui n'ont pas souffert d'insomnie; ce risque était plus élevé aussi chez les sujets qui éprouvaient de la difficulté à dormir en période de stress durant leurs études médicales (RR de 1,8, IC de 95 %, 1,2–2,7), comparativement à ceux qui n'ont pas fait état de tels problèmes. On a observé des liens plus faibles entre les sujets qui ont déclaré que leur sommeil était de mauvaise qualité (RR de 1,6, IC de 95 %, 0,9–2,9) et durait 7 heures ou moins (RR de 1,5, IC de 95 %, 0,9–2,3) et les cas subséquents de dépression clinique. Des associations similaires ont été notées entre les cas de troubles du sommeil chez les étudiants en médecine et l'incidence de troubles psychiques évaluée grâce au Questionnaire sur l'état de santé général de 1988. Ces résultats révèlent que l'insomnie chez les jeunes hommes est associée à un risque accru de dépression clinique ou de troubles psychiques subséquents, qui persiste durant au moins 30 ans.

3. Recent trends in infant mortality rates and proportions of low-birth-weight live births in Canada

K.S. Joseph, Michael S. Kramer
***Can Med Assoc J** 1997;157(5):535–41*

Objectif : Définir les profils spatiaux des changements des taux de mortalité chez les nouveau-nés et les proportions de naissances vivantes de faible poids à la naissance observés en 1994.

Contexte : Canada.

Sujets : Naissances vivantes et mortalité chez les nouveau-nés au Canada entre 1987 et 1994. On ne disposait pas de données sur Terre-Neuve de 1987 à 1990.

Mesures des résultats : Taux annuel de mortalité chez les nouveau-nés (bruts et après exclusion des nouveau-nés vivants pesant moins de 500 g); proportion des naissances vivantes par catégorie de faible poids à la naissance (500 à 2499 g).

Résultats : La Nouvelle-Écosse, le Nouveau Brunswick, le Québec et le Manitoba ont enregistré des taux bruts et corrigés de mortalité chez les nouveau-nés plus faibles en 1994 qu'en 1993. Terre-Neuve, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont enregistré des taux plus élevés en 1994 qu'en 1993. Le taux brut en Ontario a été plus faible et le taux corrigé plus élevé en 1994 qu'en 1993. On a observé au Quebec une tendance à la baisse de la proportion des naissances vivantes de faible poids à la naissance (χ^2 pour la tendance = 29,2, $p <$ 0,01). À l'inverse, on a observé une tendance à la hausse en Ontario (χ^2 pour la tendance = 241,3, $p <$ 0,01). L'augmentation peut toutefois être attribuable à des erreurs de données, surtout en 1993 et 1994, erreurs qui mettent en cause la troncation d'onces de 2 chiffres à 1 chiffre (par exemple, 5 livres 10 onces devenant 5 livres 1 once).

Conclusions : Même si les augmentations marginales de la mortalité chez les nouveau-nés observées dans plusieurs provinces pourraient découler d'une variation aléatoire, il faudrait suivre de près les tendances futures. La proportion des naissances vivantes de faible poids à la naissance au Canada (sauf en Ontario) semble stable et l'on enregistre des réductions importantes au Québec. Il faut corriger les erreurs de données pour l'Ontario avant de pouvoir estimer les tendances pour cette province et pour le Canada au complet.

4. Temporal trends in Canadian birth defects birth prevalences, 1979–1993

Kenneth C. Johnson, Jocelyn Rouleau
***Can J Public Health** 1997;88(3):169–7*

Le Système canadien de surveillance des anomalies congénitales recense les cas de malformation congénitale déclarés chez les mort-nés, les nouveau-nés et les nourrissons pendant la première année de vie. Des données sont disponibles pour toutes les années 1980 pour Ontario, Manitoba et Alberta et depuis 1984 pour quatre autres provinces. Pour déterminer les tendances temporelles, on a examiné 57 catégories de surveillance systémique et 15 catégories générales. Il ressort de la comparaison des périodes 1979–1981 et 1991–1993 que la prévalence des cas de malformation congénitale déclarés à la naissance a augmenté de 0,2 % et que la prévalence totale des naissances avec malformations congénitales a augmenté de 2,5 %. La prevalence des naissances avec anomalies du système nerveux central a diminué de 8,2 %; la prévalence des naissances déclarées a augmenté pour les malformations cardiaques congénitales (41 %), les malformations du système urinaire (127 %), le syndrome de Down (13 %), et d'autres anomalies chromosomiques (47 %). Il faudra pousser les études sur chaque anomalie afin de déterminer dans quelle mesure les changements enregistrés dans la prévalence des naissances déclarées reflètent des changements tels que la disponibilité et l'utilisation de méthodes diagnostiques précises. Cet ouvrage souligne le besoin d'étendre le champ d'activité des systèmes de surveillance afin d'y inclure toutes les grossesses où une anomalie fut détectée durant la période anténatale.

5. Screening for adolescent smoking among primary care physicians in California

Merula Franzgrote, Jonathan M. Ellen, Susan G. Millstein, Charles E. Irwin
***Am J Public Health** 1997;87(8)1341–5 [traduction]*

Objectifs. Cette étude visait à déterminer à quelle fréquence les médecins de soins primaires demandaient aux adolescents s'ils fument.

Méthodes. Nous avons enquêté auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de médecins communautaires qualifiés de la Californie à l'aide d'un questionnaire postal.

Résultats. En général, les médecins (n = 343, taux de réponse de 77 %) ont demandé aux jeunes adolescents s'ils fumaient régulièrement au cours de 71,4 % des examens physiques de routine (intervalle de confiance (IC) de 95 % = 67,9, 74,9) et au cours de 84,8 % (IC de 95 % = 82,3, 87,4) dans le cas des adolescents plus âgés. Pour ce qui est des examens pour soins actifs, les taux de dépistage étaient de 24,4 % (IC de 95 % = 20,6, 28,1) pour les jeunes adolescents et de 40,2 % (IC de 95 % = 36,4, 44,0) pour les plus vieux. Les médecins ont demandé à 18,2 % (IC de 95 % = 15,2, 21,3) des jeunes adolescents et à 35,6 % (IC de 95 % = 32,0, 39,1) des adolescents plus âgés s'ils avaient fait l'expérience du tabac. Le dépistage varie selon la spécialisation du médecin.

Conclusions. Ces données semblent indiquer que les médecins ne saisissent pas toutes les occasions de dépister le risque de tabagisme chez les adolescents.

6. Effectiveness of a call/recall system in improving compliance with cervical cancer screening: a randomized controlled trial

Sharon K. Buehler, Wanda L. Parsons
***Can Med Assoc J** 1997;157(5):521–6*

Objectif : Déterminer l'efficacité d'un système simple d'appel et de rappel pour améliorer l'assiduité à des tests de dépistage du cancer du col utérin chez les femmes qui n'ont passé aucun test de dépistage depuis 3 ans.

Conception : Étude prospective randomisée et contrôlée.

Contexte : Deux cliniques, de médecine familiale (une en milieu urbain, une en milieu rural) affiliées à l'Université Memorial de Terre-Neuve, à St. John's.

Participantes : Un échantillon de femmes de 18 à 69 ans figurant sur les listes de patientes des cliniques, mais qui n'avaient pas passé de test de Papanicolaou au cours des 3 années précédant le début de l'étude. Des 9071 femmes figurant comme patientes, 1360 (15,0 %) n'avaient pas passé le test depuis 3 ans. Un échantillon aléatoire de 650 femmes a été constitué, 209 de ces dernières en étant par la suite exclues parce qu'elles avaient subi une hystérectomie ou, récemment, un test de Papanicolaou, avaient déménagé ou que leur dossier contenait des erreurs cléricales. L'échantillon disponible pour l'étude comptait donc 441 femmes.

Intervention : Une lettre a été envoyée aux 221 femmes du groupe d'intervention, les invitant à passer le test de Papanicolaou; une lettre de rappel leur a été envoyée 4 semaines plus tard. Aucune lettre n'a été envoyée aux 220 femmes du groupe témoin.

Principales mesures de résultats : Le nombre de femmes qui ont passé un test de Papanicolaou dans les 2 à 6 mois suivant l'envoi de la première lettre.

Résultats : Dans les 2 mois, un plus grand nombre de femmes du groupe d'intervention que de femmes du groupe témoin avaient subi un test de dépistage (2,8 % [5/178] et 1,9 % [4/208] respectivement). Les proportions globales, après 6 mois, étaient également différentes (10,7 % [19/178] et 6,3 % [13/208] respectivement). Aucun des écarts n'était statistiquement significatif.

Conclusion : Une lettre les invitant à passer le test de Papanicolaou ne suffit pas à inciter les femmes qui n'en n'ont jamais passé, ou qui ne l'ont passé que rarement, à se rendre passer un test de dépistage du cancer du col utérin. Il y aurait lieu d'évaluer l'efficacité de méthodes supplémentaires de recrutement, par exemple, le dépistage opportun par des médecins, un suivi téléphonique et l'offre de rendez-vous fixés d'avance.

7. Review of the screening history of Alberta women with invasive cervical cancer

Gavin C.E. Stuart, S. Elizabeth McGregor, Maire A. Duggan, Jill G. Nation
***Can Med Assoc J** 1997;157(5)513–9*

Objectif : Analyser les défaillances du dépistage du cancer du col chez les Albertaines atteintes d'un cancer du col de type envahissant.

Conception : Étude descriptive. Analyse des renseignements liés à la démographie, à la détermination du stade et au traitement tirés de dossiers du registre du cancer; production d'antécédents documentés de dépistage tirés des dossiers de facturation du ministère de la Santé de l'Alberta et antécédents déclarés par les intéressées qui ont consenti à être interviewées; comparaison des résultats des premiers rapports de cytologie à ceux d'un examen effectué ultérieurement par au moins 2 pathologistes qui ont examiné toutes les lames de cytologie de chaque patiente pendant les 5 ans qui ont précédé le diagnostic. Les cas ont été répartis entre 6 catégories de défaillances repérées du dépistage.

Contexte : Alberta.

Sujets : Toutes les femmes chez lesquelles on a diagnostiqué un cancer du col de type envahissant qui a été signalé à un registre provincial stratifié du cancer, de janvier 1990 à décembre 1991.

Mesures des résultats : Renseignements portant sur la démographie, la détermination du stade et le traitement; antécédents de dépistage documentés et déclarés par les intéressées; corrélation entre les résultats de test signalés dans le rapport initial de cytologie et ceux qu'ont produit un examen des lames; catégorie de défaillance du dépistage définie.

Résultats : Sur les 246 femmes chez lesquelles on a diagnostiqué un cancer du col de type envahissant, 37 (15,0 %) étaient au stade 1A de la maladie, 195 (79,3 %) avaient un carcinome spinocellulaire et 35 (14,2 %) avaient un adénocarcinome. Selon les catégories de défaillances du dépistage, 74 femmes (30,1 %) n'avaient jamais subi d'examen de dépistage, 38 (15,4 %) n'avaient pas subi d'examen de dépistage au cours des 3 années qui ont précédé le diagnostic, 42 (17,1 %) avaient obtenu un résultat de cytologie faussement négatif et 20 (8,1 %) avaient été traitées autrement que par des protocoles classiques. Sur les 23 femmes (9,3 %) qui avaient fait l'objet d'un test de dépistage approprié dont les résultats étaient vraiment négatifs, les frottis ont été jugés limités sur le plan technique chez 19. On n'a pu classifier 49 (19,9 %) des cas. La concordance entre les antécédents de dépistage documentés et déclarés par les intéressées n'était exacte que pour 39 (36,1 %) des 108 femmes interviewées.

Conclusions : Malgré l'utilisation généralisée du dépistage opportun du cancer du col, beaucoup d'Albertaines font toujours l'objet d'un dépistage inadéquat. Dans la plupart des cas, les femmes se soumettent trop peu fréquemment ou pas du tout à un test de dépistage. Les antécédents de dépistage déclarés par les intéressées ne sont pas fiables parce que beaucoup de femmes peuvent surestimer le nombre de frottis prélevés. Une stratégie structurée de dépistage recommandée par l'Atelier national sur le dépistage du cancer du col peut aider à réduire l'incidence du cancer du col de type envahissant.

8. Surgical procedures associated with risk of ovarian cancer

Nancy Kreiger, Margaret Sloan, Michelle Cotterchio, Phil Parsons
***Int J Epidemiol** 1997;26(4):710–5 [traduction]*

Contexte. Cette étude de cohorte historique visait à déterminer la relation entre la chirurgie gynécologique et le risque de cancer de l'ovaire.

Méthodes. Ont été incluses dans l'échantillon des femmes de l'Ontario qui avaient subi une ligature des trompes, une hystérectomie ou une ovariectomie simple entre mars 1979 et avril 1993. La cohorte a été couplée au registre ontarien du cancer et au registre de la mortalité de l'Ontario. On a accumulé les années-personnes de la cohorte jusqu'au moment du décès, de l'ablation des deux ovaires, d'un diagnostic de cancer de l'ovaire ou jusqu'à la fin de la période d'étude, soit le 31 décembre 1993. On a comparé les cas de cancer diagnostiqués au nombre prévu de cas selon les taux d'incidence établis en Ontario pour des groupes d'âge donnés et des années précises.

Résultats. En ce qui concerne les ligatures de trompes et les hystérectomies, on a noté un nombre moins élevé que prévu de cancers de l'ovaire selon le groupe d'âge, l'année civile où l'intervention a eu lieu et la durée du suivi. Les rapports cas observés/cas prévus étaient en général statistiquement significatifs. Par contre, on n'a constaté aucun effet de protection pour les ovariectomies simples; en fait, on a pu observé un nombre de cancers excédentaires statistiquement significatif au début des périodes de suivi. Les rapports cas observés/cas prévus étaient presque identiques et faisaient état d'un effet protecteur pour les deux strates définies selon le fait que les ovaires avaient été visuellement examinés ou non. La perturbation de la voie d'accès à l'ovaire conférait une protection, mais le contraire augmentait considérablement le risque.

Conclusions. Les données ne permettent pas de confirmer un biais de dépistage même si les données de suivi à court terme indiquent la possibilité d'un biais de détection. Les données de suivi à long terme, ainsi que les données sur la perturbation de la voie d'accès vont dans le sens de l'hypothèse voulant que les interventions chirurgicales peuvent avoir un effet de protection contre le cancer de l'ovaire, par la modification de l'environnement hormonal et(ou) par le destruction physique de la voie d'accès de l'agent cancérogène à l'ovaire.

9. Effects of cigarette smoking, caffeine consumption, and alcohol intake on fecundability

Kathryn M. Curtis, David A. Savitz, Tye E. Arbuckle
***Am J Epimediol** 1997;146(1):32–41 [traduction]*

On a analysé les données de l'Étude sur la santé de la famille agricole en Ontario afin de déterminer si la consommation de tabac, de caféine ou d'alcool par les hommes et les femmes a un effet sur la fécondabilité (la probabilité mensuelle de concevoir). Dans cette étude de cohorte rétrospective auprès de couples d'exploitants agricoles de l'Ontario (Canada), les deux conjoints ont répondu à un questionnaire durant 1991 et 1992, ce qui a permis de recueillir des données sur 2 607 grossesses planifiées survenues au cours des 30 dernières années. Les taux de fécondabilité ont été calculés grâce à un modèle analogue au modèle de régression à effet proportionnel de Cox. La consommation de tabac (cigarette) chez les femmes et les hommes

a été associée à un fécondabilité inférieure (taux de fécondabilité de 0,90, intervalle de confiance (IC) de 95 %, 0,82–0,98, et de 0,88, IC de 95 %, 0,81–0,95 respectivement). La consommation de 100 mg ou moins de caféine contre une consommation de plus de 100 mg chez les femmes et les hommes n'était pas associée à la fécondabilité (taux de fécondabilité de 0,98, IC de 95 %, 0,91–1,07 et de 1,05, IC de 95 %, 0,97–1,14, respectivement). On a observé une baisse de la fécondabilité chez les femmes qui buvaient régulièrement du café (taux de fécondabilité de 0,92, IC de 95 %, 0,84–1,00) et chez les hommes qui buvaient beaucoup de thé (taux de fécondabilité de 0,85, IC de 95 %, 0,69–1,05), indépendamment de la teneur en caféine. La consommation d'alcool chez les deux sexes n'était pas associée à la fécondabilité. Ces données confirment les résultats d'études antérieures traitant des effets néfastes du tabac sur la fécondabilité des femmes qui fument et semblent indiquer que le tabac peut avoir une incidence sur la fécondabilité des hommes. Il faudra poursuivre l'étude des effets du café et du thé afin de tenir compte des composants autres que la caféine.

10. Sudden infant death syndrome and smoking in the United States and Sweden

Marian F. MacDorman, Sven Cnattingius, Howard J. Hoffman, Michael S. Kramer, Bengt Haglund
***Am J Epidemiol** 1997: 146(3)249–57 [traduction]*

On a comparé l'association entre la mort subite du nourrisson (MSN) et le tabagisme de la mère aux États-Unis et en Suède, deux pays qui n'ont pas les mêmes programmes de soins de santé et de soutien social et dont le degré d'hétérogénéité socioculturelle diffère. En 1990–1991, parmi les cinq groupes ethniques ou raciaux des États-Unis, les taux de MSN ont varié de 3,0 décès de nourrissons par milliers de naissances vivantes chez les Amérindiens à 0,8 chez les Hispaniques et les insulaires de l'Asie et du Pacifique. Le taux de MSN en Suède (selon des données de 1983–1992) était de 0,9. La forte association entre le tabagisme de la mère et la MSN a persisté même si l'on prenait en considération l'âge de la mère et l'ordre de naissances vivantes. Les rapports des cotes rajustés variaient de 1,6 à 2,5 chez les mères qui fumaient entre 1 et 9 cigarettes par jour durant la grossesse (comparativement aux femmes non fumeuses) et de 2,3 à 3,8 chez les mères qui fumaient 10 cigarettes ou plus par jour durant la grossesse. Bien que le poids à la naissance ait un effet indépendant marqué sur la MSN, l'insertion de ce facteur dans les modèles n'a fait diminuer que légèrement les rapports des cotes pour le tabagisme maternel, ce qui indique que l'effet du tabagisme sur la MSN n'est pas atténué par le poids à la naissance. Les taux de MSN augmentaient avec la quantité de cigarettes fumées pour tous les groupes ethniques ou raciaux des États-Unis et la Suède. Le tabagisme est l'un des facteurs de risque évitables les plus importants pour la MSN; les programmes de prévention et d'intervention à l'égard du tabagisme peuvent donc aider à réduire considérablement les taux de MSN aux États-Unis et en Suède et, on peut le présumer, dans d'autres pays également.

11. An international comparison of cancer survival: Toronto, Ontario, and Detroit, Michigan, metropolitan areas

Kevin M. Gorey, Eric J. Holowaty, Gordon Fehringer, Ethan Laukanen, Agnes Moskowitz, David J. Webster, Nancy L. Richter
***Am J Public Health** 1997;87(7):1156–63 [traduction]*

Objectifs. Cette étude visait à déterminer si le statut socioéconomique a un effet différentiel sur la survie des adultes chez qui on a diagnostiqué un cancer au Canada et aux États-Unis.

Méthodes. On a établi à partir du Registre du cancer de l'Ontario et du programme *Surveillance, Epidemiology, and End Results* (SEER) du *National Cancer Institute* un échantillon de 58 202 cas de cancer primitif pour Toronto (Ontario) et de 76 055 cas pour Detroit (Michigan). Les données socioéconomiques correspondant au domicile de chaque sujet proviennent des recensements de la population.

Résultats. Dans la cohorte des États-Unis, on a noté une association significative entre le statut socioéconomique et la survie pour 12 des 15 sièges de cancer les plus fréquents; cette association n'a pu être faite dans la cohorte canadienne. Parmi les résidents des secteurs à faible revenu, les habitants de Toronto présentaient une meilleure probabilité de survie pour 13 des 15 sites de cancer après 1 an et 5 ans de suivi. On n'a pas observé de tel écart entre les deux pays pour les groupes à revenu moyen et à revenu élevé.

Conclusions. Les indications répétées d'une meilleure probabilité de survie observée au Canada pour divers sièges de cancer et différentes périodes de suivi montrent que l'accessibilité plus équitable aux services de santé préventifs et thérapeutiques est à l'origine de l'écart en faveur du Canada.

12. Survival rates for four forms of cancer in the United States and Ontario

Donald M. Keller, Eric A. Peterson, M. Phil, George Silberman
***Am J Public Health.** l997;87(7):1164–7 [traduction]*

Objectifs. Dans cette étude, on a comparé les probabilités de survie au cancer chez des patients de l'Ontario et de certains secteurs des États-Unis.

Méthodes. On a calculé les probabilités de survie relatives pour des patients âgés de 15 à 84 ans chez qui on a diagnostiqué l'un ou l'autre de 4 types de cancer (sein, côlon, poumon et maladie de Hodgkin). Les cohortes étaient formées de sujets ayant été diagnostiqués entre 1978 et 1986 dans la province de l'Ontario (Canada) et dans 9 régions des États-Unis couvertes par le programme *Surveillance Epidemiology and End Results* du *US National Cancer Institute*. Le suivi des patients s'est poursuivi jusqu'à la fin de 1990.

Résultats. Les probabilités cumulatives de survie étaient similaires pour les sujets des États-Unis et du Canada. L'écart le plus marqué a été observé chez les sujets atteints d'un cancer du sein : les patients des États-Unis ont présenté une meilleure probabilité de survie durant toute la période de suivi.

Conclusions. Exception faite du cancer du sein, les patients des États-Unis et de l'Ontario présentaient une probabilité de survie très similaire pour les maladies à l'étude. Le recours plus fréquent au dépistage par mammographie aux États-Unis peut expliquer la meilleure probabilité de survie de ce pays à l'égard du

cancer du sein, que ce soit parce qu'il permet un traitement plus rapide et par conséquent plus efficace ou parce qu'il introduit un biais, ou encore en raison de l'effet combiné de ces deux facteurs.

13. Cohort mortality study of pulp and paper mill workers in British Columbia, Canada

Pierre R. Band, Nhu D. Le, Raymond Fang, William J. Threlfall, George Astrakianakis Judith T.L. Anderson, Anya Keefe, Daniel Krewski
***Am J Epidemiol** 1997;146:(2)186–94 [traduction]*

Les auteurs ont étudié une cohorte de 30 157 hommes travaillant dans le secteur des pâtes et papiers en Colombie-Britannique (Canada). De ce nombre, 20 373 travaillaient uniquement dans des fabriques de papier kraft, 5 249 uniquement dans des usines de pâte au bisulfite et 4 535 dans les deux types d'usines. L'étude a porté sur tous les travailleurs employés depuis au moins un an le 1er janvier 1950 ou avant le 31 décembre 1992. On a utilisé les rapports de mortalité standardisés (RMS) pour comparer les taux de mortalité de la cohorte avec ceux de la population canadienne de sexe masculin. On a obtenu des intervalles de confiance (IC) de 90 % pour les RMS. On a noté une association significative entre le risque de cancer et la durée et la période de travail chez les sujets ayant 15 ans d'emploi ou plus : 1) cohorte totale : plèvre (RMS = 3,61, IC de 90 %, 1,42–7,58); rein (RMS = 1,69, IC de 90 %, 1,13–2,43); cerveau (RMS = 1,51, IC de 90 %, 1,03–2,1 6); 2) sujets travaillant uniquement dans les fabriques de pâte kraft : rein (RMS = 1,92, IC de 90 %, 1,04–3,26); 3) sujets travaillant uniquement dans les usines de pâte au bisulfite : maladie de Hodgkin (RMS = 4,79, IC de 90 %, 1,29–12,37); 4) sujets ayant travaillé dans une fabrique de pâte kraft ou une usine de pâte au bisulfite : oesophage (RMS = 1,91, IC de 90 %, 1,00–3,33). Ces cancers ont été associés aux cancérogènes connus ou présumés auxquels les travailleurs du secteur des pâtes et papier auraient pu être exposés : amiante (plèvre), biocides (rein), formaldéhyde (rein, cerveau, maladie de Hodgkin), hypochlorite (oesophage). Une étude cas-témoins au sein d'une cohorte prévoyant une analyse détaillée de l'exposition est en cours; elle vise à déterminer si les risques en excès de certains cancers sont le reflet de l'exposition subie par des sous-groupes de travailleurs.

14. Mesothelioma surveillance to locate sources of exposure to asbestos

Kay Teschke, Michael S. Morgan, Harvey Checkoway, Gary Franklin, John J. Spinelli, Gerald van Belle, Noel S. Weiss
***Can J Public Health** 1997;88(3)163–8*

Pour déterminer l'existence ou non de sources antérieures non identifiées d'exposition à l'amiante en Colombie-Britannique, on a fait passer des interviews à des personnes atteintes de mésothéliome (n = 51) et à des témoins représentatifs (n = 154) au sujet de leurs antécédents de travail et de leur exposition à l'amiante. Les professions suivantes sont apparues comme présentant un risque élevé : ouvriers tôliers (RR = 9.6, 95 % IC : 1.5–106), plombiers et tuyauteurs (RR = 5.0, 95 % IC :1.2–23), peintres (RR = 4.5, 95 % IC : 1.0–24), soudeurs (RR = 5.0, 95 % IC : 0.8–22), jardiniers (RR = 3.9, 95 % IC : 0.8–22), briqueteurs (RR = 3.5, 95 % IC : 0.9–14), mineurs (RR = 3.4, 95 % IC : 0.9–13), machinistes (RR = 3.2, 95 % IC : 1.0–11), contremaîtres de construction (RR = 3.1, 95 % IC : 0.9–11) et électriciens (RR = 3.0, 95 % IC : 0.8–12). Une nouvelle analyse, excluant cette fois les sujets ayant exercé des métiers ou effectué des activités considérés a priori comme présentant un risque élevé, a fait ressortir trois groupes : les mineurs dans un secteur autre que l'amiante (RR = 9.6, 95 % IC : 1.8–53), les briqueteurs (RR = 5.4, 95 % IC : 1.0–28) et les manoeuvres d'entreprises de construction (RR = 2.8, 95 % IC : 0.7–10.6).

Calendrier des événements

du 13 au 15 novembre 1997 **Vancouver** **(Colombie-Britannique)**	«L'éducation sur l'asthme : Pour qu'elle devienne une réalité» 3e Conférence nationale sur l'asthme et l'éducation Presentée par le Réseau canadien pour le traitement de l'asthme	*Renseignements* A. Les McDonald, Directeur exécutif Réseau canadien pour le traitement de l'asthme 1607 – 6 Forest Laneway North York (Ontario) M2N 5X9 Tél. : (416) 224-9221 Téléc. : (416) 224-9220 Cour. électron. : cnac@hookup.net Site Web : http://www.hookup.net/~cnac
du 19 au 21 novembre 1997 **Washington, DC** **États-Unis**	«*Safe America: Fourth National Injury Control Conference*» *National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention*	*Renseignements* Elaine Murray Prospect Associates Tél. : (301) 468-6555, poste 2352
du 24 au 26 novembre 1997 **Kingston (Ontario)**	«*Communication that Clicks: Strategies and Linkages for Health*» 48e Conférence annuelle de l'*Ontario Public Health Association* Présentée par le *Kingston, Frontenac and Lennox & Addington (KFL&A) Health Unit*	*Renseignements* Peter Moccio Tél. : (613) 549-1232 *ou* Ontario Public Health Association Tél. : (416) 367-3313
du 27 au 29 novembre 1997 **Sherbrooke (Québec)**	Congrès scientifique : Les échanges cliniques et scientifiques sur le vieillissement Thème : «Vieillissement cognitif : normal et pathologique»	*Renseignements* Krystyna B. Kouri, Directrice Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke Centre d'expertise en gérontologie et gériatrie 375, rue Argyll Sherbrooke (Québec) J1J 3H5 Tél. : (819) 569-3661, poste 331 Téléc. : (819) 565-1443 Cour. électron. : KKouri@courrier.usherb.ca
du 3 au 5 décembre 1997 **Washington, DC** **États-Unis**	«*Prevention Opportunities in the 21st Century*» 12e Conférence nationale sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques Parrains : *Centers for Disease Control and Prevention* et l'*Association of State and Territorial Chronic Disease Program Directors*	*Renseignements* Professional and Scientific Associates 990 – 2635 Century Parkway Atlanta, Georgia USA 30345 Tél. : (404) 633-6869 Téléc. : (404) 633-6477 Cour. électron. : psaatl@aol.com

du 6 au 7 février 1997 **Toronto (Ontario)**	«*Better Breathing '98*» Conférence scientifique annuelle sur la santé respiratoire de l'*Ontario Thoracic Society*	*Renseignements* The Ontario Thoracic Society 201 – 573 King Street East Toronto (Ontario) M5A 4L3 Tél. : (416) 864-9911 Téléc : (416) 864-9916 Cour. électron. : sbussmann@titan.tcn.net Site Web : http://www.on.lung.ca
du 19 au 21 février 1998 **Vancouver** **(Colombie-Britannique)**	4e Conférence internationale multidisciplinaire de recherche qualitative sur la santé	*Renseignements* Dr. Joan L. Bottorff School of Nursing T201 - 2211 Wesbrook Mall University of British Columbia Vancouver (BC) V6T 2B5 Téléc. : (604) 822-7466 Cour. électron. : qhrconf98@nursing.ubc.ca
du 26 au 28 février 1998 **Orlando, Floride** **États-Unis**	15e Conférence internationale annuelle sur le cancer du sein	*Renseignements* Lois Osman Program Co-ordinator Miami Cancer Conference, Inc. Tél./Téléc. : (305) 447-3804
du 2 au 5 avril 1998 **San Francisco, Californie** **États-Unis**	«*Prevention 98: Translating Science into Action*»	*Renseignements* American College of Preventive Medicine 1660 L Street NW, Suite 306 Washington, DC USA 20036-5603 Tél. : (202) 466-2044 Téléc. : (202) 466-2662 Cour. électron. : prevention@acpm.org Site Web : www.acpm.org
du 21 au 23 avril 1998 **Vancouver** **(Colombie-Britannique)**	«*The Role of Cancer Registries in Cancer Surveillance and Control*» Réunion annuelle de la *North American Association of Central Cancer Registries* Présentée par le *British Columbia Cancer Registry*	*Renseignements* Venue West Conference Services Ltd 645 – 375 Water Street Vancouver (BC) V6B 5C6 Tél. : (604) 681-5226 Téléc. : (604) 681-2503
du 22 au 24 avril 1998 **Graz (Autriche)**	6e Colloque international : Épidémiologie et risques professionnels Organisé par le Comité international sur la recherche de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS)	*Renseignements* Secrétariat du colloque Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Kongressbüro Adalbert-Stifter-Strasse 65 A-1200 Vienne (Autriche) Tél. : +43-1-33 111 537 Téléc. : +43-1-33 111 469 Cour. électron. : presse@auva.or.at

du 26 au 29 avril 1998 **Lucerne, Suisse**	Réunion de l'UICC sur le cancer du sein Réunion internationale sur les répercussions psychosociales du cancer du sein	*Renseignements* Jeanne Froidevaux Ligue suisse contre le cancer Effingerstrasse 40, CH-3001 Berne, Suisse Tél. : +41 31 389 91 14 Téléc. : +41 31 389 91 60 Cour. électron. : froidevaux@swisscancer.ch Site Web : http://www.swisscancer.ch
du 27 au 30 avril 1998 **Tampa (Floride)** **États-Unis**	*1998 CDC – Diabetes Translation Conference* *Centers for Disease Control and Prevention*	*Renseignements* Margaret R. Hurd Centers for Disease Control NCCDPHP, DDT 4770 Buford Hwy NE, Mailstop K-10 Atlanta, Georgia USA 30341-3724 Tél. : (770) 488-5505 Téléc. : (770) 488-5966 Cour. électron. : mrh0@cdc.gov
du 7 au 10 juin 1998 **Montréal (Québec)**	«Les bons coups de la santé publique :Une contribution essentielle, un futur prometteur et passionnant» Association canadienne de santé publique 89e Conférence annuelle Co-parrainnée par l'Association pour la santé publique du Québec	*Renseignements* Département de la conférence de l'ACSP 400 — 1565, avenue Carling Ottawa (Ontario) K1Z 8R1 Tél : (613) 725-3769 Télec. : (613) 725-9826 Cour. électron. : conferences@cpha.ca