



Défense
nationale

National
Defence

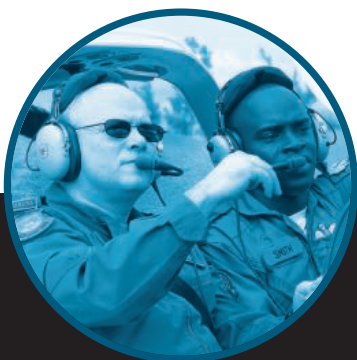


FORCES ARMÉES
CANADIENNES

RAPPORT DE LA FORCE RÉGULIÈRE | SEPTEMBRE 2016

Sondage sur la santé et le style de vie

du personnel des Forces armées canadiennes
2013-2014



Rapport de la
Force régulière



Canada



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 Rapport de la Force régulière

Mené par la Section de l'épidémiologie, Direction – Protection de la santé des Forces
Quartier général du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes

Chercheur principal

Barbara Strauss

Auteurs

François Thériault

Karyn Gabler

Kiyuri Naicker

Éditeurs

Barbara Strauss

D^r Jeff Whitehead

Élaboration du sondage

Robert Hawes

Luisa Valbuena

Soutien à la statistique

Lori Stratychuk (Statistique Canada)

Soutien administratif

Sonja Macheta

Karen McEvoy-Perrault

Debbie Watkins

Relecteurs

D^r Gregory Banta

Col Marc Bilodeau

Lcol Serge Blier

Maj Trevor Bradshaw

Kim Bulger

D^r Maureen Carew

Deanne Chafé

Col Andrew Downes

Lcol Brenda Joy

Lucie Laferriere

Pierre Lamontagne

Lucy MacDonald

D^r Maurica Maher

Col Scott Malcolm

D^r Darrell Menard

Julie Riopel-Meunier

Capv Roland Young

D^r Mark Zamorski



Remerciements

Nous tenons à remercier tous les membres du personnel des Forces armées canadiennes (FAC) qui ont pris le temps de remplir le Sondage sur la santé et le style de vie. C'est seulement grâce à vos efforts que nous avons été en mesure de fournir des données sur l'état de santé des membres des FAC, données qui serviront à orienter les politiques et les programmes visant à améliorer la santé et le mieux-être de tous les membres des FAC.

Citation suggérée

Thériault, F.L., Gabler, K. et Naicker, K. (2016). Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière. B.A. Strauss et J. Whitehead (Eds.), Ottawa, Canada : ministère de la Défense nationale.





Résumé

Introduction : Le Sondage sur la santé et le style de vie (SSSV) est un sondage quadriennal mené auprès de la population qui donne un aperçu de l'état de santé actuel du personnel des Forces armées canadiennes (FAC). Ce sondage permet de recueillir des données sur un large éventail de facteurs liés à la santé et au style de vie, y compris l'utilisation des services de soins de santé et la satisfaction des membres à leur égard. Les données tirées de ce sondage servent à assurer la surveillance et l'amélioration de la santé et du mieux-être du personnel des FAC, car elles permettent d'orienter le processus d'élaboration de politiques et de programmes à l'appui d'une force militaire en santé, en bonne condition physique et apte au déploiement.

Méthodes : En 2013, 4 312 membres de la Force régulière ont été sélectionnés au hasard parmi une population de 56 574 militaires pour remplir un sondage sur papier à retourner par la poste. La taille de l'échantillon a été mesurée de façon à pouvoir évaluer les indicateurs de santé avec une marge d'erreur de +/- 3 % par sexe et grade et selon un intervalle de confiance à 95 %. Les données ont été pondérées de façon à tenir compte de la distribution de la population de la Force régulière de 2013 selon l'âge, le sexe et le grade. Des statistiques descriptives ont servi à résumer les données, et des techniques de régression ont été utilisées pour établir la signification statistique selon un intervalle de confiance à 95 % entre diverses variables démographiques clés et le résultat recherché. La méthode de standardisation directe a été appliquée à la population de la Force régulière de 2013 de façon à pouvoir faire des comparaisons entre diverses estimations obtenues dans les sondages antérieurs menés en 2004 et en 2008-2009.

Résultats : Le taux de réponse ajusté était de 60 %. Des tendances encourageantes ont été observées concernant le tabagisme et l'activité physique. En effet, chez le personnel des CAF, la prévalence du tabagisme a connu une baisse, passant de 23,0 % en 2008-2009 à 17,6 % en 2013-2014, et le taux d'activité physique s'est accru, passant de 78,7 % en 2008-2009 à 85,2 % en 2013-2014. À l'inverse, des indicateurs de mauvaise alimentation ont aussi été observés. En 2013-2014, les membres de la Force régulière ont affiché un taux d'obésité (indice de masse corporelle ≥ 30 kg/m²) supérieur à celui enregistré en 2004 (25,0 % vs 20,2 %, respectivement). De plus, en 2013-2014, seulement 28,7 % du personnel ont déclaré consommer des fruits et des légumes plus de six fois par jour (indicateur utilisé pour définir le nombre de portions). Une hausse significative du taux annuel de microtraumatismes répétés a été observée, passant de 22,6 % en 2008-2009 à 32,3 % en 2013-2014; le motif le plus courant d'inaptitude au déploiement évoqué par le personnel au cours des deux années précédant le sondage était les lésions musculosquelettiques. Parmi les résultats de santé qui sont demeurés inchangés par rapport à 2008-2009, on compte la prévalence des troubles de santé mentale et des blessures aiguës, le taux lié aux comportements à risque en matière de consommation d'alcool et l'état de santé autodéclaré.

Conclusion : Les résultats du SSSV, 2013-2014 : Rapport de la Force régulière indiquent un certain nombre de tendances encourageantes liées à la santé du personnel des FAC, de même que certains problèmes. Les aspects devant faire l'objet d'une enquête plus approfondie afin d'accroître la santé du personnel des CAF englobent : l'obésité, l'alimentation, les microtraumatismes répétés et la consommation d'alcool.

Mots clés : Activité physique, alcool, alimentation, blessures, comportements liés à la santé, dépistage, dépression, détresse psychologique, enquête transversale, ESPT, état de santé, facteurs de risque liés au comportement, maladies ou troubles chroniques, militaire, nutrition, obésité, promotion de la santé, santé des femmes, santé lors de déploiements, santé mentale, santé professionnelle, satisfaction à l'égard des services de santé, soins de santé préventifs, suicide, surpoids, tabac, toxicomanie, utilisation des services de santé.





Sommaire Exécutif

Le Sondage sur la santé et le style de vie (SSSV) est un sondage sur la santé de la population mené tous les quatre à cinq ans pour surveiller l'état de santé du personnel des Forces armées canadiennes (FAC). Les résultats obtenus servent à orienter l'élaboration et l'évaluation de politiques et de programmes visant à maintenir la santé et l'aptitude au déploiement de la force militaire. Le SSSV 2013-2014 est la quatrième version d'une série de sondages successifs menés à la suite d'importantes modifications apportées en 2000.

Le SSSV 2013-2014 a été envoyé à un échantillon de 4 314 membres de la Force régulière sélectionnés au hasard dans une population de 56 574 militaires. Après un ajustement pour tenir compte des questionnaires non livrés, le taux de réponse s'établissait à 60 %. Les données ont été pondérées en fonction de la population de la Force régulière en 2013, ce qui explique que les estimations présentées dans ce rapport ont été établies pour la population de la Force régulière. Seules les différences statistiquement significatives sont présentées dans ce rapport. De même, la prévalence estimée pour certains troubles présentés dans ce rapport fait partie intégrante d'une échelle validée servant à déceler de possibles troubles nécessitant un suivi plus rapproché et pour lesquels aucun diagnostic clinique n'a été posé. Cette échelle sert également à repérer les personnes susceptibles d'être atteintes de ces troubles.

État de santé

État de santé général : L'état de santé autodéclaré des membres de la Force régulière est demeuré inchangé de 2004 à 2013-2014; 94 % des membres ont déclaré que leur état de santé était excellent, très bon ou bon.

Limitation des activités pour des raisons de santé : Les membres de la Force régulière ont déclaré dans une proportion de 38,8 % que leur état de santé les limitait dans la pratique d'activités exigeant un effort physique important; seulement 8,1 % d'entre eux étaient fortement limités.

Absences du travail : Près de 20 % des membres de la Force régulière ont manqué au moins une journée de travail dans le mois qui a précédé le sondage en raison d'un trouble ou d'une incapacité attribuable à une blessure. Dans l'ensemble, 38 113 jours de travail ont été perdus en raison des absences pour motif de santé survenues au cours du mois précédant la tenue du sondage. L'estimation mensuelle s'établit à environ huit jours de travail perdus en raison d'un trouble ou d'une incapacité attribuable à des blessures, par année et pour chaque membre de la Force régulière, en 2013-2014.

Troubles chroniques : Dans l'ensemble, 52,4 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir reçu d'un professionnel de la santé un diagnostic de trouble chronique. Ce taux est demeuré inchangé par rapport à ceux de 2004 et de 2008-2009. Comme l'indiquent les résultats de 2008-2009, les troubles musculosquelettiques comptaient pour une grande partie du fardeau des troubles chroniques chez les membres de la Force régulière. En 2013-2014, les troubles les plus couramment diagnostiqués au sein de la Force régulière étaient les suivants : troubles musculaires ou articulaires des membres inférieurs (18,1%); problèmes de dos (16,2 %); troubles musculaires ou articulaires des membres supérieurs (11,4 %).

Mieux-être mental et social

Utilisation des services de santé : La proportion (17,1 %) de membres de la Force régulière qui ont consulté au cours des 12 mois précédant le sondage un professionnel de la santé concernant un trouble de santé mentale



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

est demeurée inchangée par rapport à la proportion enregistrée en 2008-2009. Elle demeure toutefois plus élevée que celle enregistrée en 2004. De même, la proportion (14,7 %) de membres de la Force régulière qui estimaient avoir besoin de soins de santé mentale, mais qui n'ont pas pu en bénéficier au cours des 12 mois précédant le sondage, est demeurée inchangée par rapport à celle enregistrée en 2008-2009. En 2013-2014, les motifs les plus couramment évoqués par les membres qui n'ont pas reçu les soins de santé mentale requis étaient les suivants : préfère gérer seul le problème, crainte de répercussions sur la carrière militaire et crainte de demander de l'aide. Les raisons évoquées pour ne pas recevoir les soins de santé mentale requis mettent en relief la persistance des préjugés associés au recours aux soins de santé mentale.

Il est à noter que les membres de la Force régulière qui répondaient aux critères d'un trouble de santé mentale étaient plus susceptibles de chercher à obtenir les soins appropriés au cours des 12 mois précédant le sondage. Toutefois, une grande proportion des membres atteints d'un trouble de santé mentale n'ont pas cherché à obtenir des soins de santé mentale au cours de cette période. À titre d'exemple, seulement 60 % des membres ayant sérieusement songé au suicide au cours des 12 mois précédant le sondage ont cherché de l'aide auprès de services de santé mentale. En 2004, cette proportion était encore plus faible. Seulement 44 % des membres ayant sérieusement songé au suicide au cours des 12 mois précédant le sondage ont cherché à obtenir des soins de santé mentale pendant cette même période.

Relations intimes : Parmi les membres de la Force régulière qui étaient engagés dans une relation amoureuse au cours des 12 mois précédant la tenue du sondage, 5,8 % ont déclaré avoir infligé certains sévices physiques ou sexuels à leur partenaire pendant cette période, et 9,9 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir subi des sévices physiques ou sexuels de leur partenaire pendant cette période. Les modifications apportées à cette question dans le sondage de 2013-2014 empêchent toute comparaison avec les années antérieures.

Blessures

Blessures : Dans l'ensemble, 44,4 % de tous les membres de la Force régulière ont subi une blessure aiguë et/ou un microtraumatisme répété (MTR) au cours des 12 mois ayant précédé la tenue du SSSV 2013-2014.

Microtraumatismes répétés : Près d'un tiers des membres de la Force régulière ont subi un MTR au cours des 12 mois précédant la tenue du SSSV 2013-2014. Le taux de MTR a connu une hausse substantielle par rapport au taux de 22,6 % enregistré en 2008-2009. Comme aucune raison ne semble expliquer cette hausse, des recherches plus approfondies s'avèrent nécessaires. La plupart des MTR se sont produits durant des entraînements physiques et la pratique de sports et touchaient le bas du dos et/ou d'autres parties inférieures du corps.

Blessures aiguës : Près d'un membre de la Force régulière sur cinq a subi une blessure aiguë au cours des 12 mois précédant la tenue du SSSV 2013-2014. Le taux de blessures aiguës est demeuré inchangé depuis 2008-2009. Les activités qui étaient en grande partie responsables des MTR, c'est-à-dire les sports, l'entraînement militaire et l'entraînement physique, étaient également associées à la plupart des blessures aiguës les plus graves. De plus, la grande majorité des membres ayant subi une blessure aiguë dans le cadre de la pratique d'un sport ou d'un entraînement physique ont déclaré que l'activité était supervisée. Les nombreuses blessures survenant durant la pratique d'activités supervisées portent à croire qu'il convient d'optimiser les mesures d'intervention en matière de prévention des blessures.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Promotion de la santé

Campagnes Énergiser les Forces (ELF) : La connaissance du programme ELF au sein de la Force régulière s'est accrue au cours des dix dernières années, passant de 36,3 % en 2004 à 71,5 % en 2013-2014. Les campagnes et les cours ELF actuels semblent plus attirer les membres de 40 à 60 ans, les femmes et les officiers que les membres de 18 à 29 ans, les hommes et les MR. De même, le contenu de ces campagnes semble plus efficace auprès des membres plus âgés que des membres de 18 à 29 ans pour amener ceux-ci à mieux connaître les problèmes de santé et à apporter des changements favorisant un mode de vie sain.

Utilisation des services de santé

Connaissance des services de santé d'urgence : Même si 90,4 % des membres de la Force régulière savaient où chercher pour obtenir des soins médicaux d'urgence, seulement 64,0 % savaient comment obtenir des soins de santé mentale d'urgence après les heures normales de travail. De plus, seulement 50,9 % des membres du personnel qui ont déclaré avoir sérieusement songé au suicide au cours des 12 mois précédant le sondage savaient comment obtenir des soins de santé mentale d'urgence après les heures normales de travail. Des services de santé mentale sont disponibles en tout temps pour le personnel des FAC, notamment le Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes (PAMFC). Le manque de connaissances des membres de la Force régulière à l'égard de ces ressources peut limiter les bienfaits qu'ils pourraient en tirer.

Activité physique

Activité physique : Selon l'évaluation effectuée au moyen du questionnaire *Leisure-Time Exercise* (GLTEQ) de Godin sur l'exercice pendant les temps libres, 85,2 % des membres de la Force régulière se classaient dans la catégorie des personnes physiquement actives en 2013-2014, ce qui constitue une hausse par rapport au taux de 78,7 % enregistré en 2008-2009. Toutefois, au cours de la même période, le nombre d'heures par semaine consacrées par le personnel de la Force régulière à des activités sédentaires, comme regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo et naviguer sur Internet, a également connu une hausse. En 2013-2014, les membres de la Force régulière ont en effet consacré en moyenne 30,5 heures par semaine à des activités sédentaires, soit 3,24 heures/semaine de plus qu'en 2008-2009, et 6,35 heures/semaine de plus qu'en 2004. Cette augmentation de la durée du temps consacré à des activités sédentaires était presque entièrement attribuable à une augmentation du temps passé devant des ordinateurs ou à naviguer sur Internet.

Entraînement physique non sécuritaire : Les deux tiers des membres de la Force régulière ont déclaré avoir adopté, au cours des 12 mois précédant le sondage, des pratiques d'entraînement physique non sécuritaires (p. ex. pratique d'exercices sans période de réchauffement préalable; marche avec un sac à dos dont le poids dépasse le tiers de la masse corporelle de la personne; course avec un sac à dos sur des distances supérieures à celles parcourues pour simuler une course visant à se mettre à l'abri). De ceux-ci, 12,5 % ont indiqué avoir subi une blessure en raison de ces pratiques, ce qui signifie que 4 530 membres des FAC auraient pu éviter des blessures s'ils avaient suivi des pratiques d'entraînement plus sécuritaires. Il est donc possible de diminuer le nombre de blessures subies par année en soulignant l'importance d'utiliser des pratiques d'entraînement sécuritaires.

Nutrition

Poids corporel et santé : D'après les données autodéclarées sur le poids et la taille, 49,0 % des membres du personnel de la Force régulière étaient classés dans la catégorie « Surplus de poids » et 25,0 %, dans la



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

catégorie « Obésité ». Une masse musculaire élevée pourrait expliquer une certaine proportion des cas de surpoids fondés sur l'indice de masse corporelle (IMC), mais il est peu probable que la masse musculaire élevée explique les nombreuses occurrences d'IMC caractéristiques de l'obésité. Le taux d'obésité au sein de la population de la Force régulière s'est accru depuis 2004. Le taux d'obésité observé chez les membres s'est également accru entre 2008-2009 et 2013-2014, mais l'écart, mesuré sur une plus courte période, n'était pas statistiquement significatif.

Habitudes alimentaires autodéclarées : La plupart (83,3 %) des membres de la Force régulière ont déclaré que leurs habitudes alimentaires étaient bonnes, très bonnes ou excellentes. Toutefois, seulement 28,7 % d'entre eux ont déclaré consommer des fruits et légumes plus de six fois par jour (indicateur d'une saine alimentation utilisé pour définir le nombre de portions). De plus, 42,4 % des membres de la Force régulière avaient sauté le petit déjeuner au moins deux fois au cours de la semaine précédant le sondage, et 52,2 % d'entre eux avaient sous-estimé les recommandations du Guide alimentaire canadien concernant les portions de fruits et légumes à consommer. L'écart entre les habitudes alimentaires autodéclarées et les autres indicateurs de la qualité de l'alimentation donne à penser qu'il y a d'importantes lacunes au niveau des connaissances nutritionnelles chez les membres de la Force régulière.

Au cours du mois précédant le sondage, les membres de la Force régulière avaient pris leurs repas plus souvent dans des établissements civils que dans les services d'alimentation des FAC. En fournissant aux membres les bons outils leur permettant de faire des choix alimentaires plus sains à la maison et au restaurant, il serait plus facile de changer leurs habitudes alimentaires que le simple fait de modifier les choix de repas offerts dans les services d'alimentation des FAC.

Toxicomanies

Tabagisme : La proportion de fumeurs actuels a connu une baisse, passant de 23,0 % en 2008-2009 à 17,6 % en 2013-2014. La plupart (81,5 %) des fumeurs actuels avaient déjà commencé à fumer avant de rejoindre les rangs des FAC. Parmi les 18,5 % de fumeurs actuels qui ont commencé à fumer après leur arrivée au sein des FAC, 57,1 % ont commencé à fumer durant l'entraînement de base.

En outre, 79,7 % de l'ensemble des fumeurs actuels avaient soit : (1) recommencé à fumer après avoir arrêté; soit (2) augmenté la quantité de cigarettes fumées à un certain moment durant leur carrière militaire. Les déploiements, la formation professionnelle et l'entraînement de base étaient tous associés à ces changements malsains de comportements tabagiques.

On estime que si les fumeurs actuels ne renoncent pas au tabagisme, environ 5 000 membres actuels de la Force régulière mourront prématurément des suites du tabagisme. De plus, environ 900 de ces cas de décès prématurés surviendront chez des personnes n'ayant jamais fumé avant de rejoindre les rangs des FAC. En misant sur l'élimination des facteurs d'initiation au tabagisme au sein des FAC, plus particulièrement durant l'entraînement de base, il serait possible de prévenir des centaines de décès prématurés.

Consommation d'alcool : Le test AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) a permis de déterminer que 19,9 % des membres de la Force régulière avaient des comportements dangereux ou nocifs liés à leur consommation d'alcool. Cette proportion constitue une hausse par rapport à celle observée en 2004 (15,7 %), mais elle demeure inchangée par rapport à celle observée en 2008-2009 (17,3 %). De même, un membre de la Force régulière sur cinq a déclaré consommer de l'alcool de façon excessive (beuverie) une fois par mois ou plus souvent, proportion qui demeure inchangée par rapport à 2004 et à 2008-2009. En 2013-2014, 23,5 % de



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

tous les membres de la Force régulière ont excédé les quantités énoncées dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque (DCAFR), lesquelles permettent d'éviter les effets aigus de l'alcool. Ce taux est demeuré inchangé par rapport à 2008-2009. Les membres du personnel adoptent toujours en grande partie des comportements à haut risque ou dangereux à l'égard de leur consommation d'alcool. Il est donc justifié de poursuivre les efforts visant à promouvoir des habitudes de consommation responsable d'alcool.

Santé lors des déploiements

Processus de sélection préalable au déploiement : Un membre actuel de la Force régulière sur cinq a déclaré ne pas avoir été en mesure de participer à un déploiement outre-mer à une certaine période au cours des deux années précédant le sondage. Cette proportion est demeurée inchangée par rapport à 2008-2009. Les raisons les plus couramment évoquées pour expliquer leur inaptitude au déploiement outre-mer étaient liées à des problèmes de santé comme : (1) une blessure musculosquelettique; (2) un problème de santé mentale; et (3) d'autres troubles ou maladies.

Questions liées à la santé et la sécurité au travail

Mesures de protection : Les membres de la Force régulière ont, pour la plupart (93,3 %), déclaré toujours boucler leur ceinture de sécurité lorsqu'ils conduisaient un véhicule civil. Par contre, seulement 77,0 % d'entre eux ont déclaré toujours boucler leur ceinture de sécurité lorsqu'ils conduisaient un véhicule militaire. Cette différence pourrait en partie s'expliquer par les difficultés opérationnelles associées aux tâches à accomplir dans un véhicule militaire (p. ex. maniement des armes, évacuation d'urgence d'un véhicule). Néanmoins, le port de la ceinture de sécurité dans les véhicules militaires doit faire l'objet d'une étude plus approfondie.

Conclusion

Certaines tendances positives liées à la santé du personnel des FAC, de même que certains problèmes. Les tendances les plus marquantes et encourageantes concernent le tabagisme et l'activité physique. Les résultats dénotent aussi une connaissance plus approfondie des programmes de promotion de la santé ELF et, chez plus de la moitié des membres de la Force régulière, une plus grande volonté à prendre part à des activités physiques, à mieux s'alimenter, à consacrer plus de temps avec la famille et les amis, et/ou à perdre du poids au cours de la prochaine année, et ce, dans le but d'améliorer leur état de santé.

Bien que peu de changements aient été observés quant à la proportion de membres adoptant des comportements dangereux de consommation excessive, il n'en demeure pas moins que la proportion de membres continuant d'adopter des comportements à haut risque et dangereux, notamment les beuveries, est toujours élevée. Il est donc justifié de poursuivre les efforts visant à promouvoir des habitudes de consommation responsable d'alcool.

Les résultats permettent aussi de mettre en lumière plusieurs aspects pour lesquels une étude plus approfondie pourrait s'avérer profitable. Les problèmes les plus notables qui devraient être examinés plus attentivement englobent les suivants : le taux d'obésité accru chez le personnel, une mauvaise alimentation et une augmentation inexplicquée du nombre de microtraumatismes répétés. En fait, tous ces problèmes peuvent influencer sur la santé des membres des FAC à court et à long terme.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Grâce à l'information contenue dans ce rapport, il est possible de cerner certains aspects clés qui permettraient d'améliorer l'état de santé des membres des FAC ainsi que leur aptitude au déploiement à la suite d'une refonte stratégique des politiques et des programmes actuels. Bien que les programmes actuels de promotion de la santé visent les aspects qui influent le plus sur la santé du personnel des FAC, il est toujours possible d'améliorer le mode de prestation des programmes et d'accroître le soutien de la chaîne de commandement et d'autres partenaires, et ce, dans un objectif commun d'améliorer l'état de santé des membres des FAC.



Table des matières

Remerciements	i
Citation suggérée	i
Résumé	iii
Sommaire Exécutif	v
Table des matières	xi
Liste des figures	xvii
Liste des tableaux	xxii
Introduction	1
I.1 Contexte	1
I.1.1 Éditions antérieures du Sondage sur la santé et le style de vie	1
I.1.2 Édition courante du Sondage sur la santé et le style de vie	3
I.2 Méthodes	3
I.2.1 Plan d'échantillonnage	3
I.2.2 Taille de l'échantillon	4
I.2.3 Distribution du sondage	6
I.2.4 Taux de réponse	7
I.2.5 Nettoyage des données	7
I.2.6 Analyse statistique	8
I.2.7 Caractéristiques démographiques	9
I.2.8 Comparaisons avec les autres sondages	10
I.2.9 Limites	11
I.3 Références	11
Chapitre 1 – État de santé	13
1.1 Introduction	13
1.2 État de santé autoévalué	13
1.3 Temps passé à l'extérieur du travail	18
1.4 Troubles chroniques	20
1.5 Conclusion	23
1.6 Références	23
Chapitre 2 – Bien-être mental et social	25
2.1 Introduction	25
2.2 Problèmes de santé mentale parmi les Forces armées canadiennes	25
2.2.1 Dépression	29
2.2.2 État de stress post-traumatique	31



2.2.3	Détresse psychologique	33
2.2.4	Idées suicidaires.....	35
2.2.5	Tentative de suicide	36
2.2.6	Colère.....	36
2.2.7	Stress.....	38
2.3	Recours aux services de santé mentale au sein des Forces armées canadiennes	42
2.3.1	Obtenir des soins de santé mentale auprès d’un professionnel de la santé.....	43
2.3.2	Mettre fin aux consultations pour un problème de santé mentale	47
2.3.3	Obstacles à l’accès aux soins de santé mentale	49
2.4	Relations intimes.....	54
2.4.1	Satisfaction relationnelle	54
2.4.2	Abus physique et sexuel infligé par des membres des Forces armées canadiennes	55
2.4.3	Abus physiques et sexuels infligés par des partenaires intimes des Forces armées canadiennes.....	55
2.5	Conclusion	56
2.6	Références.....	56
Chapitre 3 – Blessures.....		59
3.1	Introduction.....	59
3.2	Microtraumatismes répétés	59
3.2.1	Prévalence d’un an de microtraumatismes répétés	59
3.2.2	Types de microtraumatismes répétés subis.....	61
3.3	Blessures aiguës	64
3.3.1	Fréquence des blessures aiguës sur une période d’un an.....	64
3.3.2	Types de blessures aiguës et parties du corps touchées.....	64
3.3.3	Blessures aiguës les plus graves subies au cours des 12 derniers mois.....	65
3.4	Port du casque de vélo	72
3.5	Conclusion	74
3.6	Références.....	74
Chapitre 4 – Promotion de la santé.....		77
4.1	Introduction.....	77
4.2	Le programme <i>Énergiser les Forces</i>	77
4.2.1	Campagnes <i>Énergiser les Forces</i>	78
4.3	Mesures visant à améliorer l’état de santé	87
4.3.1	Réduire la consommation de tabac.....	88
4.3.2	Faire plus d’exercice.....	89
4.3.3	Techniques de prévention des blessures pendant une activité sportive et l’entraînement physique.....	89
4.3.4	Améliorer son alimentation	89



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

4.3.5	Perdre du poids	90
4.3.6	Réduire sa consommation d'alcool.....	90
4.3.7	Améliorer ses capacités de gestion du stress	91
4.3.8	Passer plus de temps avec sa famille et ses amis.....	91
4.3.9	Améliorer sa relation avec son partenaire	91
4.4	Conclusion	91
4.5	Références.....	92
Chapitre 5 – Santé des femmes		93
5.1	Introduction.....	93
5.2	Grossesse.....	93
5.3	Incontinence urinaire.....	93
5.4	Dépistage du cancer	94
5.4.1	Dépistage du cancer du sein	94
5.4.2	Dépistage du cancer du col de l'utérus	96
5.5	Conclusion	99
5.6	Références.....	100
Chapitre 6 – Recours aux soins de santé		103
6.1	Introduction.....	103
6.2	Soins de santé des Forces armées canadiennes	103
6.2.1	Recours aux soins de santé destinés aux Forces armées canadiennes	103
6.2.2	Qualité des soins de santé destinés aux Forces armées canadiennes	104
6.2.3	Satisfaction des patients à l'égard des soins destinés aux Forces armées canadiennes	110
6.2.4	Services de pharmacie	114
6.3	Recours à des soins de santé civils ou à des spécialistes	114
6.3.1	Consultations de spécialistes médicaux.....	114
6.3.2	Accéder aux services de santé civils.....	117
6.3.3	Connaissances liées aux services de santé d'urgence.....	120
6.3.4	Recours au Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes.....	122
6.4	Physiothérapie.....	124
6.4.1	Recours aux traitements de physiothérapie offerts par les Services de santé des Forces canadiennes	124
6.4.2	Raisons de l'abandon de la physiothérapie.....	125
6.4.3	Fonctionnalité avant et après la physiothérapie.....	126
6.5	Soins de santé buccodentaire	126
6.5.1	Prise de rendez-vous auprès des services dentaires des Forces armées canadiennes	126
6.5.2	Rapidité des services dentaires des Forces armées canadiennes	127
6.5.3	Satisfaction à l'égard de la qualité des services dentaires	130
6.5.4	Satisfaction à l'égard de la disponibilité des services dentaires	131



6.6	Évaluation de santé de routine	133
6.6.1	Évaluation de santé périodique	133
6.6.2	Dépistage du cancer colorectal	136
6.6.3	Dépistage du cancer du col utérin et du cancer du sein	137
6.7	Conclusion	137
6.8	Références	138
Chapitre 7 – Activité physique		141
7.1	Introduction	141
7.2	Activités physiques	141
7.2.1	Niveau d'activité physique	141
7.2.2	Participation à des activités physiques	144
7.2.3	Transport actif pour aller au travail	146
7.2.4	Entraînement physique en groupe	147
7.2.5	Activités sédentaires	150
7.2.6	Entraînement physique à risque	153
7.2.7	Soutien organisationnel de l'activité physique	155
7.3	Évaluation de la condition physique	160
7.3.1	Réalisation de l'examen de condition physique	161
7.3.2	Évaluation FORCE	162
7.3.3	Test EXPRES des Forces canadiennes	162
7.3.4	Test d'aptitude physique au combat	162
7.4	Conclusion	162
7.5	Références	163
Chapitre 8 – Poids santé, alimentation et nutrition		165
8.1	Introduction	165
8.2	Poids corporel et santé	165
8.2.1	Indice de masse corporelle	165
8.2.2	Perception du poids corporel	168
8.2.3	Objectifs liés au poids corporel	170
8.2.4	Mesures visant à perdre du poids	174
8.3	Alimentation et santé	176
8.3.1	Habitudes alimentaires autodéclarées	176
8.3.2	Repas sautés	177
8.3.3	Mesures visant à modifier les habitudes alimentaires	179
8.3.4	Consommation de fruits et de légumes	180
8.3.5	Compléments alimentaires	183
8.3.6	Services d'alimentation des Forces armées canadiennes	185
8.4	Conclusion	192



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

8.5	Références.....	193
Chapitre 9 – Toxicomanie et jeu		197
9.1	Introduction.....	197
9.2	Tabagisme.....	197
9.2.1	Fumer dans les Forces armées canadiennes.....	197
9.2.2	Répondants ayant déjà fumé.....	198
9.2.3	Fumeurs actuels	199
9.2.4	Autres produits du tabac	200
9.2.5	Achat de tabac sur la propriété du Ministère de la Défense nationale.....	202
9.2.6	Âge de l’initiation au tabagisme	203
9.2.7	Circonstances de l’initiation au tabagisme et au maintien de l’habitude de fumer	203
9.2.8	Exposition au tabagisme	205
9.2.9	Abandon du tabac	207
9.2.10	Prévention de l’initiation au tabagisme	210
9.3	Consommation d’alcool	210
9.3.1	Consommation d’alcool dans les Forces armées canadiennes.....	211
9.3.2	Directives de consommation d’alcool à faible risque.....	211
9.3.3	Consommation d’alcool dangereuse et nocive	215
9.3.4	Comportements à risque associés à la consommation d’alcool.....	219
9.4	Consommation de drogues à des fins non médicales.....	220
9.4.1	Consommation de drogues à des fins non médicales du personnel des FAC.....	221
9.4.2	Consommation de réhausseurs sexuels à des fins non médicales.....	224
9.4.3	Consommation de drogues à des fins non médicales dans le milieu de travail des Forces armées canadiennes.....	224
9.4.4	Signes indiquant un problème de consommation de drogues.....	226
9.5	Jeu	227
9.5.1	Le jeu dans les Forces armées canadiennes.....	227
9.6	Conclusion	229
9.7	Références.....	230
Chapitre 10 – Santé lors des missions de déploiements		233
10.1	Introduction	233
10.2	Missions outre-mer	236
10.2.1	Historique des missions au cours des deux dernières années	236
10.2.2	Temps passé en missions outre-mer au cours des deux dernières années	238
10.2.3	Adaptation à la vie à la suite de missions outre-mer au cours des deux dernières années... ..	239
10.3	Processus d’évaluation préalable à la mission.....	241
10.3.1	Évaluation préalable à la mission : premier volet.....	242
10.3.2	Évaluation préalable à la mission : deuxième volet.....	244



10.4	Conclusion.....	245
10.5	Références	245
Chapitre 11 – Problèmes de santé et sécurité au travail		247
11.1	Introduction	247
11.2	Le temps passé loin du foyer	247
11.2.1	Proportion des membres des FAC qui ont passé du temps loin de leur foyer	247
11.2.2	Temps passé loin du foyer	250
11.3	Satisfaction professionnelle.....	252
11.4	Exposition aux risques en milieu de travail et mesures de protection.....	254
11.4.1	Port de la ceinture de sécurité.....	254
11.4.2	Comportements dangereux au travail.....	257
11.4.3	Exposition à des risques en milieu de travail.....	258
11.4.4	Caractère adéquat de l’instruction et de l’équipement.....	260
11.5	Conclusion.....	261
11.6	Références	262
Annexe A – Formule de calcul de la taille de l’échantillon		265



Liste des figures

Figure 1-1 : État de santé autoévalué des membres de la Force régulière.....	14
Figure 1-2 : Degré auquel l'état de santé limite la participation des membres de la Force régulière à une activité physique intense.....	16
Figure 1-3 : Nombre de jours d'absence au sein de la Force régulière au cours du dernier mois.....	19
Figure 1-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière : (1) atteints d'un trouble chronique diagnostiqué; et (2) qui ont pris des médicaments sur ordonnance pour soigner leur trouble chronique au cours du dernier mois.	22
Figure 2-1 : Membres de la Force régulière qui ont déclaré faire l'expérience d'un problème de santé mentale, soit émotionnel, lié au stress, lié à la drogue ou à l'alcool, ou lié à la famille, au temps du sondage.....	28
Figure 2-2 : Niveau de soins de santé mentale disponibles par l'intermédiaire des Services de santé des Forces canadiennes.....	43
Figure 2-3 : Types de professionnels de la santé consultés pour des problèmes de santé mentale par les membres de la Force régulière qui ont obtenu des soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois.....	44
Figure 2-4 : Satisfaction à l'égard du traitement et des services reçus par les membres de la Force régulière qui ont obtenu des soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois.	47
Figure 2-5 : Raisons pour lesquelles les consultations en santé mentale auprès d'un professionnel de la santé ont été arrêtées, chez les membres de la Force régulière qui ont mis fin à leurs consultations auprès d'un professionnel de la santé pour le traitement d'un problème de santé mentale au cours des 12 derniers mois.	48
Figure 2-6 : Raisons pour lesquelles des membres de la Force régulière n'ont pas reçu les soins de santé mentale dont ils avaient besoin au cours des 12 derniers mois.	51
Figure 2-7 : Opinions des membres de la Force régulière concernant l'impact de l'obtention de soins de santé mentale sur leur carrière militaire.	52
Figure 2-8 : Satisfaction en matière de relation amoureuse au cours des 12 derniers mois parmi les membres de la Force régulière qui étaient mariés, fréquentaient quelqu'un ou entretenaient une relation au cours des 12 derniers mois.....	54
Figure 3-1 : Pourcentage de tous les membres de la Force régulière ayant subi un microtraumatisme répété propre à des parties du corps au cours des 12 derniers mois.	61



Figure 3-2 : Pourcentage de tous les membres de la Force régulière ayant subi un microtraumatisme répété en participant à des activités particulières au cours des 12 derniers mois.62

Figure 3-3 : Pourcentage de tous les microtraumatismes répétés subis à une partie précise du corps par des membres de la Force régulière au cours des 12 derniers mois *et* survenus lors de la participation à une activité donnée.63

Figure 3-4 : Pourcentage de tous les membres de la Force régulière qui ont subi divers types de blessures aiguës au cours des 12 derniers mois et qui ont obtenu des soins médicaux pour leurs blessures.65

Figure 3-5 : Blessures aiguës les plus graves subies au cours des 12 derniers mois parmi les membres de la Force régulière qui ont subi au moins une blessure aiguë au cours de cette période.66

Figure 3-6 : Type d'activités auxquelles les membres de la Force régulière participaient lorsqu'ils ont subi leur blessure aiguë la plus grave au cours des 12 derniers mois, parmi ceux qui ont subi au moins une blessure aiguë au cours de cette période.67

Figure 3-7 : Endroit où les membres de la Force régulière ont subi leur blessure aiguë la plus grave au cours des 12 derniers mois, parmi ceux qui ont subi au moins une blessure aiguë au cours de cette période.68

Figure 3-8 : Facteurs signalés par des membres de la Force régulière comme ayant contribué à leur blessure aiguë la plus grave subie au cours des 12 derniers mois.69

Figure 3-9 : Pourcentage de blessures aiguës les plus graves subies au cours des 12 derniers mois et pouvant être attribuées à une combinaison particulière de facteurs contributifs et d'emplacements géographiques.70

Figure 3-10 : Pourcentage de blessures aiguës les plus graves subies au cours des 12 derniers mois et pouvant être attribuées à une combinaison particulière de facteurs contributifs et de types d'activités.71

Figure 3-11 : Fréquence d'utilisation du casque chez les cyclistes de la Force régulière.73

Figure 4-1 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui pensent que différentes mesures les aideraient à améliorer leur santé, et pourcentage des membres de la Force régulière qui envisagent d'apporter divers changements à leur mode de vie d'ici l'an prochain.88

Figure 5-1 : Temps écoulé depuis la dernière mammographie chez les femmes membres de la Force régulière âgées de 50 à 60 ans.95

Figure 5-2 : Temps écoulé depuis le dernier test Pap chez les femmes membres de la Force régulière qui n'ont pas subi d'hystérectomie et qui sont âgées de 25 ans ou plus.98

Figure 5-3 : Temps écoulé depuis le dernier test Pap chez les femmes membres de la Force régulière qui n'ont pas subi d'hystérectomie.99



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Figure 6-1 : Types de professionnels de la santé le plus souvent consultés par les membres de la Force régulière qui ont eu recours à des services médicaux destinés aux Forces armées canadiennes au cours des 12 derniers mois.....	104
Figure 6-2 : Niveau de satisfaction des membres de la Force régulière à l'égard du délai d'attente pour une visite médicale liée à un problème de santé courant, continu et non urgent au cours des 12 derniers mois.....	108
Figure 6-3 : Source des médicaments obtenus par les membres de la Force régulière au cours de l'année précédente.....	114
Figure 6-4 : Difficultés éprouvées par des membres de la Force régulière qui ont dû consulter un spécialiste au cours des 12 derniers mois, par année de sondage.....	117
Figure 6-5 : Motifs de consultation des membres de la Force régulière qui ont consulté un médecin civil à une installation de soins de santé civile au cours des 12 derniers mois.....	119
Figure 6-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui se sont rendus à une installation civile après les heures normales de bureau ou pendant la fin de semaine au cours des 12 derniers mois.....	120
Figure 6-7 : Raisons de l'arrêt de la physiothérapie parmi les patients qui ont interrompu leur traitement, mais qui n'ont pas été libérés par leur physiothérapeute.....	125
Figure 6-8 : Délais d'attente déclarés pour les consultations dentaires non urgentes au cours des 12 derniers mois.....	128
Figure 6-9 : Pourcentage du personnel de la Force régulière ayant subi un ESP au cours de la période recommandée (c.-à-d., au cours des cinq dernières années pour le personnel âgé de 18 à 39 ans, et au cours des deux dernières années pour le personnel âgé de 40 à 60 ans).....	134
Figure 6-10 : Raisons pour lesquelles le personnel de la Force régulière n'avait pas subi d'ESP, parmi ceux qui n'avaient pas subi d'ESP au cours de la période recommandée.....	135
Figure 7-1 : Participation des membres des Forces régulières à diverses activités physiques au cours des quatre derniers mois.....	145
Figure 7-2 : Temps moyen consacré à des activités sédentaires diverses par semaine par les membres de la Force régulière en dehors du travail.....	151
Figure 7-3 : Membres de la Force régulière ayant participé à un entraînement physique à risque au cours des 12 derniers mois.....	153
Figure 7-4 : Perception du niveau de soutien du leadership à l'égard de l'activité physique chez les membres de la Force régulière.....	155
Figure 8-1 : Répartition de l'indice de masse corporelle parmi les membres de la Force régulière.....	166
Figure 8-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui estimaient être en surpoids.....	169



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Figure 8-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré souhaiter perdre du poids.....	171
Figure 8-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré souhaiter réduire leur tour de taille.	173
Figure 8-5 : Nombre de fois que le personnel de la Force régulière n’a pas déjeuné, dîné ou soupé au cours de la dernière semaine.....	178
Figure 8-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consommé divers compléments alimentaires au cours des 12 derniers mois.	184
Figure 8-7 : Fréquence à laquelle le personnel de la Force régulière a mangé à divers endroits militaires et civils au cours du dernier mois.	186
Figure 9-1 : Fréquence du tabagisme chez les membres du personnel de la Force régulière.....	198
Figure 9-2 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré avoir utilisé d’autres produits de tabac au cours du dernier mois, par année de sondage.	201
Figure 9-3 : Pourcentage des fumeurs actuels au sein de la Force régulière qui ont commencé à fumer au cours d’activités militaires après s’être joints aux Forces armées canadiennes.....	204
Figure 9-4 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré avoir recommencé à fumer ou augmenté l’usage du tabac dans le cadre d’activités militaires précises, par année de sondage.	205
Figure 9-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui étaient exposés à la fumée secondaire au moins une fois par mois, par emplacement.....	207
Figure 9-6 : Pourcentage de fumeurs actuels qui ont indiqué avoir utilisé divers types de thérapies de remplacement de la nicotine ou de produits de désaccoutumance au tabac au cours des 12 derniers mois.....	209
Figure 9-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consommé divers types de drogues à des fins non médicales au cours des 12 derniers mois.....	223
Figure 9-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont participé à des jeux de hasard au cours des 12 derniers mois.	229
Figure 10-1 : Missions outre-mer chez le personnel de la Force régulière au cours des deux dernières années ayant précédé le SSSV 2008-2009 et 2013-2014.	236
Figure 10-2 : Facilité avec laquelle les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2008-2009 ou le SSSV 2013-2014 se sont adaptés à la vie professionnelle, trois mois après leur réintégration.	240
Figure 10-3 : Facilité avec laquelle les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2008-2009 ou le SSSV 2013-2014 se sont adaptés à la vie familiale, trois mois après leur réintégration.	241



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Figure 10-4 : Raisons de l'incapacité à prendre part à une mission parmi les membres du personnel de la Force régulière qui ont été incapables de prendre part à une mission à un certain moment au cours des deux dernières années.....	243
Figure 11-1 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont passé au moins un mois loin de leur foyer au cours des deux dernières années	249
Figure 11-2 : Utilisation signalée de la ceinture de sécurité par les membres de la Force régulière conduisant des véhicules civils et militaires.....	257
Figure 11-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui croient que diverses expositions en milieu de travail nuisent à leur santé.....	259



Liste des tableaux

Tableau I-1 : Sommaire des Sondages sur la santé et le style de vie menés antérieurement auprès de la Force régulière.....	2
Tableau I-2 : Total des effectifs en activité de la Force régulière en date du 28 août 2013	4
Tableau I-3 : Taux de réponse prévus selon l'âge, le sexe et le grade	5
Tableau I-4 : Taille de l'échantillon requis selon l'âge, le sexe et le grade	6
Tableau I-5 : Taux de réponse bruts selon l'âge, le sexe et le grade	7
Tableau I-6 : Distribution des caractéristiques démographiques des effectifs en activité de la Force régulière, 2013-2014	10
Tableau 1-1 : État de santé autoévalué des membres de la Force régulière	15
Tableau 1-2 : Degré auquel l'état de santé limite la participation des membres de la Force régulière à une activité physique intense.....	17
Tableau 1-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont manqué au moins un jour de travail au cours du dernier mois	18
Tableau 1-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont manqué au moins un jour de travail au cours du dernier mois en raison de problèmes de santé.....	20
Tableau 1-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont indiqué souffrir d'au moins un trouble chronique diagnostiqué, par année de sondage	21
Tableau 1-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont indiqué souffrir d'au moins un trouble chronique diagnostiqué	21
Tableau 1-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont pris des médicaments sur ordonnance au cours du dernier mois pour soigner un trouble chronique diagnostiqué	22
Tableau 2-1 : Santé mentale autoévaluée parmi les membres de la Force régulière	27
Tableau 2-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière éprouvant actuellement du stress, des problèmes émotionnels, familiaux ou liés à la drogue ou à l'alcool	29
Tableau 2-3 : Prévalence de la dépression majeure parmi les membres de la Force régulière, telle qu'elle est mesurée par deux outils de dépistage différents, par année de sondage	30
Tableau 2-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière atteints de dépression majeure, telle qu'elle est mesurée à l'aide de l'outil de dépistage PHQ-2.....	31



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant besoin d'une évaluation plus approfondie de l'état de stress post-traumatique, tel qu'il est mesuré avec l'échelle de dépistage de l'état de stress post-traumatique en soins primaires, par année de sondage	32
Tableau 2-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant besoin d'une évaluation plus approfondie de l'état de stress post-traumatique, tel qu'il est mesuré à l'aide de l'échelle de dépistage de l'état de stress post-traumatique en soins primaires	33
Tableau 2-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière atteints de détresse psychologique, tel qu'il est mesuré avec l'échelle de détresse psychologique Kessler 6, par année de sondage	34
Tableau 2-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière atteints de détresse psychologique, tel qu'il est mesuré avec l'échelle de détresse psychologique Kessler 6.....	35
Tableau 2-9 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont sérieusement envisagé le suicide, par année de sondage.....	35
Tableau 2-10 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont sérieusement contemplé le suicide au cours des 12 derniers mois	36
Tableau 2-11 : Autoévaluation de la capacité à gérer sa colère chez les membres de la Force régulière	37
Tableau 2-12 : Degré auquel la colère limite la participation des membres de la Force régulière à cinq activités communes	38
Tableau 2-13 : Degré de stress éprouvé par les membres de la Force régulière au cours d'une journée typique.....	40
Tableau 2-14 : Autoévaluation de la capacité à gérer son stress chez les membres de la Force régulière.....	41
Tableau 2-15 : Degré auquel le stress limite la participation des membres de la Force régulière à cinq activités courantes	42
Tableau 2-16 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont obtenu des soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois, par année de sondage.....	44
Tableau 2-17 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont obtenu des soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois, parmi ceux dont l'évaluation s'est avérée positive pour divers troubles de santé mentale, par année de sondage.....	45
Tableau 2-18 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont obtenu des soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois.....	46
Tableau 2-19 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont cessé leurs consultations en santé mentale au cours des 12 derniers mois pour des raisons autres que le fait de se sentir mieux ou d'avoir achevé le traitement recommandé, parmi les membres de la Force régulière qui ont consulté un professionnel de la santé mentale au cours des 12 derniers mois.....	49



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-20 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont perçu un besoin en soins de santé mentale, mais qui n'en ont pas reçu au cours des 12 derniers mois, par année de sondage	50
Tableau 2-21 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont perçu un besoin en soins de santé mentale, mais qui n'en ont pas reçu au cours des 12 derniers mois	50
Tableau 2-22 : Opinions des membres de la Force régulière concernant l'impact de l'obtention de soins de la santé mentale sur leur carrière militaire.....	53
Tableau 2-23 : Prévalence d'abus physiques et sexuels entre des partenaires intimes au cours des 12 derniers mois, parmi les membres de la Force régulière qui entretenaient une relation amoureuse au cours des 12 derniers mois	55
Tableau 2-24 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré avoir subi des abus physiques ou sexuels de la part de leur partenaire au cours des 12 derniers mois	56
Tableau 3-1 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant subi un microtraumatisme répété au cours des 12 derniers mois, par année de sondage	60
Tableau 3-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant subi un microtraumatisme répété au cours des 12 derniers mois	60
Tableau 3-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière blessés qui ont obtenu des soins pour leur microtraumatisme répété au cours des 12 derniers mois	60
Tableau 3-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont subi une blessure aiguë au cours des 12 derniers mois	64
Tableau 3-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui portent toujours un casque lorsqu'ils circulent en vélo	73
Tableau 4-1 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont entendu parler du programme <i>Énergiser les Forces</i>	78
Tableau 4-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont entendu parler du programme <i>Énergiser les Forces</i> , par année de sondage.....	78
Tableau 4-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont entendu parler des campagnes de promotion de la nutrition <i>Énergiser les Forces</i>	79
Tableau 4-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que les campagnes de promotion de la nutrition <i>Énergiser les Forces</i> ont accru leur sensibilisation aux problèmes de nutrition	80
Tableau 4-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que les campagnes de promotion de la nutrition <i>Énergiser les Forces</i> les ont aidés à apporter des changements positifs à leur mode de vie	81



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 4-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont entendu parler de la campagne <i>Prenez position contre la violence familiale</i>	82
Tableau 4-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que la campagne <i>Prenez position contre la violence familiale</i> avait accru leur sensibilisation aux problèmes de violence familiale	83
Tableau 4-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont entendu parler de la <i>Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies</i>	84
Tableau 4-9 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que la <i>Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies</i> a accru leur sensibilisation aux problèmes de dépendance	85
Tableau 4-10 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont entendu parler du <i>Défi de la santé et du mieux-être des Forces canadiennes</i>	86
Tableau 4-11 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que le <i>Défi de la santé et du mieux-être des Forces canadiennes</i> a accru leur sensibilisation aux questions liées à un mode de vie sain	87
Tableau 4-12 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que le <i>Défi de la santé et du mieux-être des Forces canadiennes</i> les a aidés à améliorer leur santé	87
Tableau 5-1 : Pourcentage des femmes membres de la Force régulière qui étaient enceintes au moment du sondage	93
Tableau 5-2 : Pourcentage des femmes membres de la Force régulière souffrant d'incontinence urinaire	94
Tableau 5-3 : Pourcentage des femmes membres de la Force régulière ayant fait un test Pap	97
Tableau 6-1 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont eu recours à des soins de santé destinés aux Forces armées canadiennes	103
Tableau 6-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que les services de santé des Forces canadiennes étaient toujours ou habituellement offerts dans la première langue officielle de leur choix	106
Tableau 6-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consulté le même professionnel de la santé des Forces armées canadiennes pour obtenir des soins médicaux ou un suivi médical	106
Tableau 6-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant indiqué des délais d'attente pour une visite médicale liée à un problème de santé courant, continu et non urgent	107
Tableau 6-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui choisiraient de se présenter à la parade des malades pour un problème de santé non urgent	109
Tableau 6-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui se présenteraient à la parade des malades pour un problème de santé courant, continu et non urgent	109



Tableau 6-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont reçu leurs résultats de test dans les délais prévus	110
Tableau 6-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont reçu leurs résultats de test dans les délais prévus, par année de sondage	110
Tableau 6-9 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui pensaient que leur professionnel avait répondu à tous leurs besoins	110
Tableau 6-10 : Satisfaction des membres de la Force régulière à l'égard des services de santé des Forces canadiennes	112
Tableau 6-11 : Évaluation par les membres de la Force régulière de la qualité des médecins des Services de santé des Forces canadiennes	112
Tableau 6-12 : Évaluation par les membres de la Force régulière de la qualité générale des médecins des Services de santé des Force canadiennes	113
Tableau 6-13 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont dû consulter un spécialiste au cours des 12 derniers mois	115
Tableau 6-14 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont éprouvé des difficultés à obtenir des soins spécialisés, parmi les membres qui ont reçu ce type de soins au cours des 12 derniers mois	116
Tableau 6-15 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consulté un médecin civil au cours des 12 derniers mois	118
Tableau 6-16 : Nombre de membres de la Force régulière qui ont consulté un médecin civil au cours des 12 derniers mois	118
Tableau 6-17 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui savent où obtenir des soins de santé d'urgence	121
Tableau 6-18 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui savaient où obtenir des soins de santé mentale d'urgence	121
Tableau 6-19 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui connaissaient le Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes	122
Tableau 6-20 : Satisfaction des membres de la Force régulière à l'égard du Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes	123
Tableau 6-21 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont eu recours à des services de physiothérapie des Forces armées canadiennes au cours des deux dernières années	124
Tableau 6-22 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont perçu un besoin en soins dentaires non urgents (p. ex., examens, nettoyage ou soins de suivi) au cours des 12 derniers mois	127



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 6-23 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui se sont présentés à la revue des malades au lieu de prendre un rendez-vous pour des problèmes non urgents au cours des 12 derniers mois	127
Tableau 6-24 : Satisfaction des membres de la Force régulière à l'égard des délais d'attente pour des consultations dentaires non urgentes	129
Tableau 6-25 : Délai d'attente maximal raisonnable déclaré par les membres de la Force régulière pour des consultations dentaires non urgentes.....	129
Tableau 6-26 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que la qualité des services dentaires à leur base, escadre, unité ou formation actuelle était excellente ou bonne parmi ceux qui ont obtenu des services dentaires au cours des 12 derniers mois	130
Tableau 6-27 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que la qualité des services dentaires des Forces armées canadiennes était excellente ou bonne, parmi ceux qui ont obtenu ces services au cours des 12 derniers mois.....	131
Tableau 6-28 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que la disponibilité des services dentaires des Forces armées canadiennes était excellente ou bonne, parmi ceux qui ont obtenu ces services dentaires au cours des 12 derniers mois	132
Tableau 6-29 : Pourcentage du personnel de la Force régulière ayant subi un ESP au cours de la période recommandée, par année de sondage	133
Tableau 6-30 : Pourcentage du personnel de la Force régulière ayant subi un ESP au cours de la période recommandée.....	134
Tableau 7-1 : Niveau d'activité physique du personnel de la Force régulière, comme il a été estimé par les deux outils de mesure différents	142
Tableau 7-2 : Niveau d'activité physique du personnel de la Force régulière, comme il a été estimé à l'aide de l'échelle du temps consacré aux loisirs de Godin.....	143
Tableau 7-3 : Membres de la Force régulière ayant été gravement blessés en participant à des activités physiques au cours des quatre derniers mois.....	146
Tableau 7-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière pratiquant une activité physique pour se rendre à leur lieu de travail.....	147
Tableau 7-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui participaient à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine sur la base ou dans l'escadre	148
Tableau 7-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant participé à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine pendant les déploiements.....	149
Tableau 7-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant participé à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine pendant les formations	149

Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière



Tableau 7-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant participé à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine pendant les exercices	150
Tableau 7-9 : Heures de loisir consacrées aux activités sédentaires par semaine chez les membres de la Force régulière.....	150
Tableau 7-10 : Heures de travail passées assis pendant une journée de travail typique par le personnel de la Force régulière.....	152
Tableau 7-11 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont été dans l'obligation de faire de l'exercice alors qu'ils souffraient d'une blessure au cours des 12 derniers mois.....	154
Tableau 7-12 : Pourcentage des membres de la Force régulière dont la blessure s'est aggravée au cours des 12 derniers mois après avoir participé à un exercice avant la guérison de leur blessure	155
Tableau 7-13 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui sont d'accord avec l'énoncé selon lequel le leadership des Forces armées canadiennes encourage l'activité physique	157
Tableau 7-14 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant accès à des installations d'entraînement sur leur lieu de travail.....	158
Tableau 7-15 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant un accès à des douches et à des casiers sur leur lieu de travail	158
Tableau 7-16 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant accès à des cours d'exercice sur leur lieu de travail.....	159
Tableau 7-17 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui se voient accorder du temps en milieu de travail pour faire de l'exercice.....	159
Tableau 7-18 : Pourcentage des membres de la Force régulière estimant qu'un accès à des installations d'exercice le soir est important.....	160
Tableau 7-19 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant subi un examen de condition physique au cours des 12 derniers mois	161
Tableau 8-1 : IMC autodéclaré moyen (kg/m ²) des membres de la Force régulière	166
Tableau 8-2 : Classement des IMC des membres de la Force régulière par année de sondage	167
Tableau 8-3 : Habitudes alimentaires autodéclarées des membres de la Force régulière.....	167
Tableau 8-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui estiment être en surpoids	168
Tableau 8-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré souhaiter perdre du poids.....	170
Tableau 8-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré souhaiter réduire leur tour de taille	172



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 8-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré souhaiter augmenter leur masse musculaire.....	174
Tableau 8-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont activement tenté de perdre du poids au cours du mois dernier parmi ceux qui ont déclaré désirer perdre du poids.....	174
Tableau 8-9 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui tentaient activement d'éviter de prendre du poids au cours du dernier mois parmi les répondants ayant déclaré souhaiter perdre du poids ou maintenir leur poids actuel	175
Tableau 8-10 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont maintenu leur poids souhaité pendant plus de six mois.....	175
Tableau 8-11 : Habitudes alimentaires autoévaluées des membres de la Force régulière.....	176
Tableau 8-12 : Nombre moyen de repas sautés au cours de la dernière semaine parmi les membres de la Force régulière.....	177
Tableau 8-13 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui n'ont pas déjeuné au moins deux fois au cours de la dernière semaine.....	178
Tableau 8-14 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a demandé conseil en matière de nutrition ou participé à un cours de nutrition au cours de la dernière année en vue d'améliorer ses habitudes alimentaires	179
Tableau 8-15 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont tenté d'améliorer leurs habitudes alimentaires au cours de la dernière année en ayant recours à diverses méthodes.....	180
Tableau 8-16 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui sous-estiment le nombre recommandé de portions par jour de fruits et de légumes pour une personne de leur âge et de leur sexe	181
Tableau 8-17 : Nombre de fois que les membres de la Force régulière ont mangé des fruits et des légumes au cours d'une journée normale	182
Tableau 8-18 : Nombre de fois que les membres de la Force régulière ont mangé des fruits et des légumes au cours d'une journée normale	183
Tableau 8-19 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consommé des compléments alimentaires ou des boissons énergisantes au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois	185
Tableau 8-20 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont mangé dans une salle à manger ou une cafétéria des Forces armées canadiennes au moins une fois par semaine au cours du dernier mois	187
Tableau 8-21 : Niveaux de satisfaction du personnel de la Force régulière à l'égard des aliments sains offerts dans les salles à manger et les cafétérias des Forces armées canadiennes.....	188
Tableau 8-22 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consommé au moins une fois par semaine des boîtes-repas au cours du dernier mois	188

Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière



Tableau 8-23 : Niveaux de satisfaction du personnel de la Force régulière à l'égard des aliments sains offerts dans les boîtes-repas.....	189
Tableau 8-24 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consommé des rations au moins une fois par semaine au cours du dernier mois.....	190
Tableau 8-25 : Niveaux de satisfaction du personnel de la Force régulière à l'égard des aliments sains offerts dans les rations.....	190
Tableau 8-26 : Niveaux de satisfaction du personnel de la Force régulière à l'égard des aliments santé offerts dans les machines distributrices des Forces armées canadiennes.....	191
Tableau 8-27 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont mangé au moins une fois par semaine à un restaurant au cours du dernier mois.....	192
Tableau 9-1 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie.....	199
Tableau 9-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant fumé au moins 100 cigarettes pendant leur service dans les Forces armées canadiennes.....	199
Tableau 9-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui étaient des fumeurs quotidiens ou occasionnels par année de sondage.....	199
Tableau 9-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui étaient des fumeurs quotidiens ou occasionnels.....	200
Tableau 9-5 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré avoir utilisé d'autres produits du tabac au cours du dernier mois.....	202
Tableau 9-6 : Pourcentage des fumeurs actuels qui ont acheté des produits du tabac sur leur base, escadre, unité ou formation au cours de la dernière année.....	202
Tableau 9-7 : Âge (en années) auquel les fumeurs actuels ont commencé à fumer.....	203
Tableau 9-8 : Pourcentage des fumeurs actuels qui ont commencé à fumer après avoir joint les Forces armées canadiennes.....	203
Tableau 9-9 : Pourcentage de fumeurs actuels : (1) qui ont recommencé à fumer après avoir arrêté; et/ou (2) qui ont augmenté leur usage du tabac depuis leur entrée dans les Forces armées canadiennes.....	205
Tableau 9-10 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré être exposés à la fumée secondaire chaque jour ou presque (à l'exclusion de leur propre usage du tabac).....	206
Tableau 9-11 : Pourcentage de fumeurs actuels qui ont arrêté de fumer pendant au moins une période de 24 heures au cours de la dernière année.....	208



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-12 : Pourcentage de fumeurs actuels qui ont arrêté de fumer pendant au moins une période de 24 heures sans thérapie de remplacement de la nicotine ou produit de désaccoutumance au tabac au cours de la dernière année	210
Tableau 9-13 : Directives canadiennes de consommation d'alcool à faible risque	211
Tableau 9-14 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui, au cours de la dernière semaine, a excédé les recommandations des DCAFR visant à éviter les effets chroniques de la consommation d'alcool	212
Tableau 9-15 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui, au cours de la dernière semaine, a consommé plus que le nombre maximum de boissons alcoolisées recommandé par les DCAFR pour éviter les effets aigus de la consommation d'alcool, par année de sondage	213
Tableau 9-16 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui, au cours de la dernière semaine, a consommé plus que le nombre maximum de boissons alcoolisées recommandé par les DCAFR pour éviter les effets aigus de la consommation d'alcool	214
Tableau 9-17 : Pourcentage de la Force régulière qui a déclaré connaître les DCAFR, par année de sondage	214
Tableau 9-18 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré connaître les DCAFR	215
Tableau 9-19 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a excédé les seuils propres au sexe du questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool (AUDIT), par année de sondage	216
Tableau 9-20 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a excédé les seuils propres au sexe du questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool (AUDIT)	217
Tableau 9-21 : Fréquence des beuveries express (c.-à-d. la consommation de six boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion) parmi les membres de la Force régulière	218
Tableau 9-22 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré avoir conduit après avoir consommé une trop grande quantité d'alcool	219
Tableau 9-23 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré être monté, au cours des 12 derniers mois, à bord d'un véhicule conduit par une personne ayant trop consommé d'alcool	220
Tableau 9-24 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré avoir conduit, au cours des 12 derniers mois, un véhicule nautique après avoir consommé une trop grande quantité d'alcool	220
Tableau 9-25 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré avoir consommé des drogues à des fins non médicales au cours des 12 derniers mois	222
Tableau 9-26 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré avoir consommé des réhausseurs sexuels à des fins non médicales au cours des 12 derniers mois	224



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-27 : Différence entre la consommation de drogues à des fins non médicales au moment du sondage et au moment de l'enrôlement dans les Forces armées Canadiennes parmi le personnel de la Force régulière qui n'avait jamais consommé de drogues à des fins non médicales.....	225
Tableau 9-28 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a travaillé au cours des 12 derniers mois avec un autre membre des Forces armées canadiennes connu pour sa consommation de drogues en garnison ou lors de missions.....	226
Tableau 9-29 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré ne pas s'être senti en sécurité lors d'une mission parce qu'un collègue consommait de la drogue.....	226
Tableau 9-30 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont participé à des jeux de hasard au cours des 12 derniers mois	228
Tableau 10-1 : Types d'opérations outre-mer effectuées par les Forces armées canadiennes	233
Tableau 10-2 : Opérations outre-mer auxquelles le personnel des Forces armées canadiennes a participé, de septembre 2011 à septembre 2014.....	234
Tableau 10-3 : Membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission outre-mer au cours des deux dernières années.....	237
Tableau 10-4 : Nombre de missions outre-mer au cours des deux dernières années parmi les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission au moins une fois au cours de cette période.....	237
Tableau 10-5 : Membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission plus d'une fois au cours d'une période de 12 mois, parmi les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission outre-mer au moins une fois au cours des deux dernières années	238
Tableau 10-6 : Régions outre-mer où des membres du personnel de la Force régulière ont été envoyés en mission au cours des deux dernières années.....	238
Tableau 10-7 : Temps passé en missions outre-mer au cours des deux dernières années.....	239
Tableau 10-8 : Pourcentage des membres du personnel de la Force régulière qui ont été incapables de prendre part à une mission à un certain moment au cours des deux dernières années en raison d'un mauvais état de santé.....	244
Tableau 11-1 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a passé du temps loin du foyer au cours des deux dernières années, selon l'année de sondage.....	248
Tableau 11-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont passé au moins un mois loin du foyer au cours des deux dernières années.....	248
Tableau 11-3 : Temps passé loin du foyer au cours des deux dernières années en raison de diverses activités militaires.....	250
Tableau 11-4 : Nombre de mois passés loin du foyer au cours des deux dernières années pour les membres de la Force régulière, par année de sondage	251



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 11-5 : Nombre de mois passés loin du foyer au cours des deux dernières années pour les membres de la Force régulière	251
Tableau 11-6 : Satisfaction professionnelle des membres de la Force régulière au cours des 12 derniers mois	253
Tableau 11-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui portent toujours leur ceinture de sécurité lorsqu'ils conduisent un véhicule civil.....	255
Tableau 11-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui portent toujours leur ceinture de sécurité lorsqu'ils conduisent un véhicule militaire	256
Tableau 11-9 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont indiqué s'être déjà sentis en danger alors qu'ils étaient à la garnison ou durant un exercice ou un déploiement, à cause d'un collègue qui était sous l'influence de l'alcool ou d'une drogue.....	258
Tableau 11-10 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont signalé que certaines expositions en milieu de travail nuisaient à leur santé	258
Tableau 11-11 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont signalé une exposition à des niveaux de bruit dangereux dans leur milieu de travail.....	260
Tableau 11-12 : Fréquence à laquelle les membres de la Force régulière croient que l'instruction reçue et l'équipement de protection individuelle leur offrent une protection adéquate contre les dangers en milieu de travail.....	261





Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014

Rapport de la Force régulière

Introduction

Le Sondage sur la santé et le style de vie (SSSV) est un vaste sondage sur la santé de la population qui donne un aperçu de l'état de santé général du personnel des Forces armées canadiennes (FAC). Les membres des FAC à temps plein sont expressément exclus des autres sondages canadiens menés auprès de la population, ce qui fait du SSSV une source clé de renseignements sur les habitudes de vie, l'utilisation des services de santé et la satisfaction à l'égard de ces services. Cette enquête transversale, menée tous les quatre à cinq ans, vise à surveiller la santé du personnel des FAC et à fournir des renseignements dans le but d'optimiser la santé du personnel des FAC. Des sondages distincts sont menés auprès des membres de la Force régulière et des membres de la Force de réserve. Le présent rapport porte exclusivement sur le personnel de la Force régulière.

Le SSSV permet de recueillir de l'information sur divers sujets liés à la santé, notamment : la santé générale et le bien-être; les habitudes de vie; le bien-être mental et social; les questions liées à la santé des femmes; la santé lors des déploiements; et les questions liées à la santé et à la sécurité au travail. Il permet également de recueillir de l'information sur la connaissance et l'utilisation des programmes de promotion de la santé au sein des FAC, ainsi que sur l'utilisation des services de santé et la satisfaction à l'égard de ces services. Les résultats servent à établir les secteurs prioritaires pour des interventions visant à maintenir une force en santé et déployable en tout temps.

La présente édition du SSSV coïncidait avec la fin de la mission de combat du Canada en Afghanistan, où plus de 40 000 militaires des FAC ont servi dans le théâtre des opérations entre 2001 et 2014. Le rôle de combat du Canada a pris fin en 2011, et sa contribution à la formation des forces militaires et policières de l'Afghanistan s'est terminée en mars 2014.

I.1 Contexte

Le SSSV est une enquête sur la santé menée depuis longtemps qui vise à recueillir des données sur la santé du personnel des FAC. Le sondage a fait l'objet d'importantes modifications en 2000, et de nouvelles améliorations ont été apportées à la conception du questionnaire et du sondage en 2004 et en 2008-2009. Des changements mineurs ont été apportés au sondage de 2013-2014 afin de permettre les comparaisons avec les sondages de 2004 et de 2008-2009. Un ensemble de questions de base a été conservé dans le sondage pour permettre les comparaisons avec les sondages antérieurs, et d'autres questions y ont été ajoutées en fonction des enjeux émergents et des besoins changeants au sein des FAC. Le SSSV est conçu, administré et analysé par la Section de l'épidémiologie de la Direction – Protection de la santé des Forces (D PSF).

I.1.1 Éditions antérieures du Sondage sur la santé et le style de vie

En 2000, le SSSV consistait en un recensement de l'ensemble de la population des FAC et il était fortement axé sur les problèmes de santé liés au travail. Il s'agissait d'un sondage postal mené au moyen d'un questionnaire en quatre versions qui pouvait être rempli en français et en anglais. Chaque version du questionnaire comprenait un ensemble de questions de base identiques, de même que des questions uniques propres à la version et portant sur différents déterminants de la santé. Le taux de réponse a été de 50 %.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

En 2004, on a modifié le SSSV et utilisé un seul questionnaire de sondage par la poste se concentrant sur les facteurs de risque liés au comportement et les obstacles à l'adoption d'un style de vie sain. Le sondage comprenait bon nombre des mêmes questions que le SSSV mené en 2000. Afin de réduire les coûts et de concentrer les efforts sur l'amélioration des taux de réponse, on a changé la stratégie d'échantillonnage du sondage et opté pour un échantillon aléatoire stratifié plutôt que pour un recensement. Les femmes et les membres du personnel déployés au cours de l'année précédente ont été suréchantillonnés pour assurer un degré de précision suffisant et permettre les comparaisons entre ces sous-populations. La taille estimée de l'échantillon était de 2 500 membres de la Force régulière. La taille de l'échantillon a été doublée d'après le taux de réponse au SSSV de 2000, qui était de 50 %. Soixante-deux pour cent des personnes interrogées ont répondu au sondage.

Le SSSV de 2008-2009 se concentrait sur la santé des membres du personnel qui avaient été déployés outre-mer; par conséquent, on a utilisé un échantillon aléatoire stratifié pour permettre les comparaisons entre les hommes et les femmes, les officiers et les militaires du rang (MR), ainsi que les membres déployés et non déployés au cours des deux années précédentes. Afin d'amoindrir l'effet saisonnier, l'échantillon du sondage a été réparti au hasard en trois groupes auxquels le sondage a été envoyé à des intervalles de quatre mois. La taille estimée de l'échantillon était de 3 844 membres de la Force régulière. Ces estimations prévoient un taux de non-réponse de 50 % d'après les sondages antérieurs. Une analyse provisoire a révélé un faible taux de réponse de la part des MR de sexe masculin. Pour résoudre ce problème, on a choisi au hasard un échantillon supplémentaire de MR de sexe masculin dans la base de sondage initiale afin d'obtenir des estimations plus précises pour cette sous-population. Ainsi, 999 MR de sexe masculin supplémentaires ont été inclus dans l'échantillon. Comme cela avait été fait lors du sondage de 2004, tous les résultats ont été pondérés afin de représenter la population de la Force régulière et directement standardisés pour permettre les comparaisons avec le sondage de 2004. Le taux de réponse au SSSV de 2008-2009 pour la Force régulière était de 53,0 % (Tableau I-1).

Tableau I-1 : Sommaire des Sondages sur la santé et le style de vie menés antérieurement auprès de la Force régulière

Année du sondage	Taille de l'échantillon	Stratifié	Taux de réponse ajusté ^a	Accent
2000	Recensement 54 474	Non	50,0 %	Santé au travail et lors des déploiements
2004	5 036 (ajusté en fonction d'un taux de réponse de 50 %)	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Déployé au cours de l'année précédente	62,0 %	Facteurs de risque liés au comportement et obstacles à la modification du style de vie
2008-2009	3 844 (ajusté en fonction d'un taux de réponse de 50 %)	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Grade• Déployé au cours des deux années précédentes	53,0 %	Santé du personnel récemment déployé outre-mer

^a Numérateur ajusté pour tenir compte des membres des Forces armées canadiennes retraités, libérés et décédés.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

I.1.2 Édition courante du Sondage sur la santé et le style de vie

Le sondage de 2013-2014 comprenait plus de 200 questions, et il fallait environ une heure pour y répondre. Des changements mineurs ont été apportés au contenu du sondage de 2013-2014 pour permettre les comparaisons avec le sondage de 2004 et celui de 2008-2009. On a tenu des consultations avec des experts à qui l'on a demandé d'examiner le sondage et d'assurer la validité apparente et la validité du contenu. Des instruments de sondage validés et des questions tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), un sondage sur la santé de la population mené auprès des Canadiens, ont été utilisés dans la mesure du possible. Du contenu additionnel sur les expositions environnementales, la gestion de la colère et le stress, l'alimentation ainsi que la satisfaction à l'égard des services de santé a été ajouté. La nouvelle version du questionnaire a été mise à l'essai auprès d'un groupe de 12 membres du personnel des FAC, puis révisée en fonction de leurs commentaires. Le sondage a été formaté pour permettre l'utilisation d'un logiciel de reconnaissance des caractères optiques pour la saisie des données.

Les principaux objectifs du SSSV de 2013-2014 étaient les suivants :

- a) Évaluer l'état de santé actuel (santé physique et mentale) du personnel des FAC;
- b) Mesurer la prévalence des facteurs de risque liés au comportement chez les membres du personnel des FAC;
- c) Mesurer le degré de connaissance et d'utilisation des campagnes et des programmes de promotion de la santé;
- d) Mesurer l'utilisation des services de santé dans les FAC et la satisfaction à l'égard de ces services; et
- e) Décrire les problèmes liés à la santé au travail et lors des déploiements.

Le ministre de la Défense nationale et les trois commandements d'armée, par l'intermédiaire du Directeur général – Recherche et analyse (Personnel militaire) (numéro d'autorisation 1070-12N) ont autorisé le sondage. Le sondage a aussi été approuvé par le comité d'examen Veritas, un comité d'éthique de la recherche agréé indépendant établi à Montréal, au Québec.

I.2 Méthodes

I.2.1 Plan d'échantillonnage

La population cible du SSSV de 2013-2014 était composée de l'ensemble des effectifs qualifiés en activité de la Force régulière âgés de 18 à 60 ans. Les effectifs en activité comprenaient les membres de la Force régulière et excluaient les effectifs en dotation surnuméraire et les effectifs en non-activité (membres du personnel inscrits sur la liste des effectifs en formation avancée, inscrits sur la liste des effectifs en formation élémentaire, inscrits sur la liste des effectifs en stage universitaire subventionné, en congé de retraite, inscrits sur la liste des effectifs du personnel non disponible, en congé non payé, absents sans autorisation, détenus, suspendus ou en détention civile). Le 28 août 2013, la Direction de l'information de la gestion des ressources humaines a fourni une liste du personnel admissible sur laquelle figuraient 56 574 membres de la Force régulière (Tableau I-2).



Tableau I-2 : Total des effectifs en activité de la Force régulière en date du 28 août 2013

Grade	Âge	Sexe		Total	
		Femme	Homme		
MR	Groupe d'âge	18 – 29	1 166	11 752	12 918
		30 – 39	1 996	12 891	14 887
		40 – 49	1 766	9 519	11 285
		50+	465	2 972	3 437
	Total		5 393	37 134	42 527
Officier	Groupe d'âge	18 – 29	616	2 515	3 131
		30 – 39	837	3 697	4 534
		40 – 49	574	3 589	4 163
		50+	172	2 047	2 219
	Total		2 199	11 848	14 047
TOTAL			7 592	48 982	56 574

I.2.2 Taille de l'échantillon

Le calcul de la taille de l'échantillon, la conception du plan d'échantillonnage et le prélèvement d'un échantillon aléatoire ont été effectués par Statistique Canada, en consultation avec la D PSF. Un échantillon aléatoire stratifié selon l'âge, le sexe et le grade a été prélevé à partir de la population cible. L'échantillon choisi au hasard était suffisamment grand pour qu'il soit possible d'estimer la prévalence de tout problème ou affection pouvant toucher séparément les hommes et les femmes, ainsi que les officiers et les MR, avec un écart de 3 % par rapport à la valeur réelle de la population, avec un niveau de confiance de 95 %.

Une fois que la taille de l'échantillon a été déterminée de façon à garantir une marge d'erreur (ME) de 3 % pour le sexe et le grade, plusieurs itérations de calculs ont été réalisées afin de redistribuer l'échantillon de sorte que la marge d'erreur prévue soit la même pour chacun des groupes d'âge, de même qu'avec le croisement de n'importe lesquelles des variables de stratification (p. ex. sexe selon l'âge, sexe selon le grade, grade selon l'âge). Selon les calculs et les suppositions, les ME attendues étaient les suivantes :

- 4,7 % pour chacun des quatre groupes d'âge;
- 6,3 % pour n'importe quel sous-groupe avec le croisement des variables de groupe d'âge et de sexe;
- 4,0 % pour n'importe quel sous-groupe avec le croisement des variables de grade et de sexe; et
- 6,4 % pour n'importe quel sous-groupe avec le croisement des variables de groupe d'âge et de grade.

On a supposé un effet de plan de 1 pour le sondage, ce qui signifie que le sondage n'était pas moins précis si l'on utilisait un concept d'échantillonnage plus complexe au lieu d'un simple échantillon aléatoire. Bien que l'on ait stratifié l'échantillon selon l'âge, le sexe et le grade, il est hautement probable que la majorité des variables du sondage soient davantage similaires à l'intérieur de chacun des groupes d'âge, de sexe et de grade. Ainsi, il n'a pas été nécessaire de calculer un facteur d'inflation pour tenir compte de l'effet du plan de sondage (annexe A).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

En guise de méthode d'ajustement en fonction de la non-réponse, on a utilisé un taux de réponse différentiel entre divers sous-groupes d'âge, de sexe et de grade (Tableau I-3). Les taux de réponse prévus étaient fondés sur les résultats du sondage mené en 2008-2009, selon lesquels les hommes étaient moins nombreux que les femmes à répondre (43 % c. 58 %), les MR étaient moins nombreux que les officiers à répondre (41 % c. 63 %) et les taux de réponse augmentaient généralement en fonction de l'âge.

Tableau I-3 : Taux de réponse prévus selon l'âge, le sexe et le grade

Grade	Âge	Sexe		Total	
		Femme	Homme		
MR	Groupe d'âge	18 – 29	31 %	23 %	41 %
		30 – 39	52 %	38 %	
		40 – 49	57 %	42 %	
		50+	57 %	42 %	
Officier	Groupe d'âge	18 – 29	48 %	36 %	63 %
		30 – 39	80 %	59 %	
		40 – 49	88 %	65 %	
		50+	88 %	65 %	
	Groupe d'âge	18 – 29			27 %
		30 – 39			45 %
		40 – 49			50 %
		50+			50 %
TOTAL			58 %	43 %	45 %

Les calculs comprenaient des ajustements automatiques, de même que des interventions manuelles visant à modifier la taille de l'échantillon de sorte que toutes les contraintes soient respectées. De plus, une vérification manuelle a été effectuée pour veiller à ce que la taille de l'échantillon n'excède pas le nombre inscrit dans une cellule. La taille finale prévue de l'échantillon ajustée en fonction de la non-réponse était de 4 314 membres de la Force régulière (Tableau I-4). L'échantillon de participants a ensuite été réparti aléatoirement dans un des trois cycles prévus pour la réponse au sondage.



Tableau I-4 : Taille de l'échantillon requis selon l'âge, le sexe et le grade

Grade	Âge	Sexe		Total	
		Femme	Homme		
MR	Groupe d'âge	18 – 29	398	605	1 003
		30 – 39	240	365	605
		40 – 49	217	329	546
		50+	207	314	521
	Total		1 062	1 613	2 675
Officier	Groupe d'âge	18 – 29	244	363	607
		30 – 39	150	223	373
		40 – 49	136	202	338
		50+	129	192	321
	Total		659	659	1 639
TOTAL			1 721	2 593	4 314

I.2.3 Distribution du sondage

L'envoi postal des formulaires de sondage sur papier a commencé au début d'octobre 2013. Le sondage a été distribué en trois cycles sur une période d'un an afin d'amoindrir l'effet des différences saisonnières dans les réponses. Ainsi, le sondage a été envoyé au tiers des membres de la Force régulière (soit 1 438 membres) à chaque cycle. Les questionnaires du premier cycle ont été postés en octobre 2013, ceux du deuxième cycle ont été postés en janvier 2014 et ceux du troisième cycle, en mai 2014. La réception d'une version française ou anglaise du questionnaire dépendait de la première langue officielle du membre saisie dans le Système de gestion des ressources humaines des FAC.

Comme pour les éditions antérieures du SSSV, la méthode de conception personnalisée de Dillman (Dillman *et coll.*, 2009) a été utilisée afin de maximiser le taux de réponse. De plus, outre les deux rappels utilisés dans les SSSV de 2004 et de 2008-2009, le SSSV mené en 2013-2014 comprenait une lettre de préavis. Enfin, toujours dans le but d'augmenter le taux de réponse, on a rapproché le moment du premier rappel après la réception de la première trousse de sondage, le faisant passer de deux semaines à une semaine.

Tous les documents de sondage imprimés ont été acheminés à l'adresse au travail du participant. Les participants recevaient d'abord une lettre de préavis signée par le chef d'état-major de la Défense expliquant le but du sondage et encourageant la participation à celui-ci. Ensuite, une trousse de sondage complète était postée aux participants dans la semaine suivante. Chaque trousse de sondage contenait une lettre d'appui de la part du médecin-général expliquant la valeur du sondage et la façon de remplir le questionnaire, une copie du SSSV de 2013-2014 en français ou en anglais, une enveloppe-réponse affranchie et une carte postale portant un code d'identification unique à retourner par la poste séparément du questionnaire de sondage rempli. La carte postale permettait d'effectuer le suivi des non-répondants et de leur envoyer des rappels, étant donné que les questionnaires de sondage ne portaient aucun code d'identification. Ensuite, une lettre de remerciement/rappel signée par le médecin-général était postée à tous les participants une semaine après l'envoi de la trousse de sondage. Cette lettre visait à rappeler aux participants de répondre au sondage et à remercier ceux qui avaient



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

déjà rempli et retourné leur formulaire. Finalement, une deuxième trousse de sondage était acheminée à tous les non-répondants trois semaines après l'envoi de la lettre de remerciement/rappel.

En plus d'utiliser la méthode de conception personnalisée de Dillman pour augmenter le taux de réponse, des coordonnateurs de sondage locaux ont été désignés dans chaque base/escadron et mandatés pour agir à titre de personnes-ressources pour les participants au sondage et assurer la liaison avec la salle du courrier pour veiller à ce que les documents de sondage soient bien acheminés aux participants sélectionnés ou qu'ils soient redirigés au besoin.

La période de collecte des données a commencé par l'envoi postal des premières trousse de sondage en octobre 2013 et s'est terminée à la fin de septembre 2014.

I.2.4 Taux de réponse

Des questionnaires de sondage ont été postés à 4 314 membres de la Force régulière, desquels 2 500 ont répondu, ce qui représente un taux de réponse brut de 58 % (Tableau I-5). Après un ajustement visant à supprimer les participants n'ayant pas reçu le sondage (décédés [n=2], libérés [n=25], en congé [n=70], retraités [n=8]) ou ne pouvant pas être trouvés malgré de nombreuses tentatives (n=21), le taux de réponse était de 60 % (4 314 – 126 = 4 188). Les taux de réponse étaient plus élevés chez les membres du personnel, les femmes et les officiers plus âgés.

Tableau I-5 : Taux de réponse bruts selon l'âge, le sexe et le grade

Grade	Âge	Sexe				Total		
		Femme		Homme		%	n	
		%	n	%	n			
MR	Groupe d'âge	18 – 29	46,5	185	32,2	195	37,9	380
		30 – 39	57,9	139	48,2	176	52,1	315
		40 – 49	64,5	140	59,6	196	61,5	336
		50+	72,0	149	77,1	242	75,0	391
	Total		57,7	613	50,2	809	53,2	1 422
Officier	Groupe d'âge	18 – 29	61,9	151	55,4	201	58,0	352
		30 – 39	72,0	108	63,2	141	66,8	249
		40 – 49	71,3	97	70,8	143	71,0	240
		50+	77,5	100	71,4	137	73,8	237
	Total		69,2	456	63,4	621	65,8	1 078
TOTAL		62,1	1 069	55,2	1 431	58,0	2 500	

I.2.5 Nettoyage des données

Les données ont été nettoyées et analysées à l'aide du logiciel Stata v14.0 (StataCorp, 2015). On a procédé à l'imputation des questionnaires qui ne renfermaient pas les données démographiques principales requises afin



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

de pondérer l'échantillon en fonction de la population cible. Quatorze valeurs pour l'âge ont été imputées en fonction des réponses aux autres questions du sondage. Si l'on constatait que le répondant était âgé de moins de 40 ans, une valeur moyenne de 29 était imputée (18-39). Si l'on déterminait que l'âge du répondant se trouvait dans un groupe (40-49, 50-60), l'âge médian du groupe était imputé. Dans dix-huit questionnaires, la valeur correspondant au sexe du répondant était manquante. D'après les réponses aux questions du chapitre sur la santé des femmes, on a déterminé que le répondant était de sexe masculin ou féminin. Enfin, 19 sondages ne contenaient aucune indication du grade. Les réponses relatives à l'âge, au sexe, au nombre d'heures en position assise, au nombre d'années dans la Force régulière, au nombre d'années dans la Force de réserve, au niveau de scolarité et à la base ont été utilisées pour classer le répondant en tant que MR ou qu'officier. Deux membres du personnel ont examiné les données de façon indépendante afin de déterminer le grade. D'après un consensus de 95 %, le grade a été imputé dans 19 questionnaires. Un questionnaire a été écarté en raison de réponses incohérentes à différentes questions du sondage, ce qui fait que 2 499 questionnaires en tout pouvaient être utilisés aux fins d'analyse.

Pour valider les données, on a effectué des vérifications logiques et examiné la distribution des données. Les valeurs aberrantes ont été vérifiées à l'aide de la copie papier et corrigées en conséquence. Les erreurs d'enchaînement ont également été vérifiées, et les réponses ont été ajustées en fonction de la réponse aux questions ne s'appliquant pas. De plus, les variables qui comportaient une option de réponse textuelle ont été examinées individuellement et regroupées pour former une nouvelle catégorie si plus de 10 réponses similaires avaient été fournies, ou classées dans une catégorie existante le cas échéant. Une méthode identique avait été utilisée avec les données des sondages de 2004 et de 2008-2009 afin de permettre les comparaisons entre les sondages. Les variables démographiques principales telles que le groupe d'âge, le grade, l'état matrimonial, le plus haut niveau de scolarité atteint et le niveau de soins de santé mentale offerts localement ont ensuite été calculées. L'élément a été utilisé comme mesure indicative du commandement.

I.2.6 Analyse statistique

Les données de 2013-2014 ont été pondérées conformément au plan d'échantillonnage stratifié (par groupe d'âge [18-29, 30-39, 40-49 et 50-60], sexe [homme ou femme] et grade [MR ou officier]) en fonction de la population de la Force régulière en 2013, qui comptait 56 574 membres, selon la probabilité inverse de sélection. Toutes les estimations contenues dans le présent rapport ont été pondérées. Les estimations fondées sur moins de 20 observations non pondérées devraient être interprétées avec prudence. Les estimations fondées sur de petits nombres sont associées à une plus grande variance et peuvent être moins stables que les observations fondées sur de grands nombres. Pour cette raison, les estimations fondées sur moins de 10 observations non pondérées ont été exclues du rapport. Il convient de noter que seuls les résultats statistiquement significatifs sont présentés dans ce rapport.

Toutes les analyses ont été effectuées au moyen de la commande `svyset` du logiciel Stata v14.0 (StataCorp, 2015) afin de prendre en compte le plan d'échantillonnage complexe. Les erreurs-types ont été calculées à l'aide de l'estimateur de la variance linéaire. Les pourcentages et les intervalles de confiance (IC) à 95 % ont été calculés pour les données catégoriques. La méthode de l'approximation normale a été utilisée pour calculer les IC à 95 %. Pour déterminer l'existence d'un lien statistiquement significatif entre deux variables : la régression logistique a été utilisée pour les variables dépendantes binaires; la régression ordinale a été utilisée pour les variables dépendantes ordonnées ou calculées selon l'échelle de Likert; et la régression linéaire a été utilisée pour les variables dépendantes continues. La régression logistique et la régression ordinale permettent toutes deux de calculer les rapports de cotes (RC) et les IC à 95 % correspondants. Si les IC à 95 % comprennent 1, le lien était considéré comme non significatif. Il convient de noter que, bien que le



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

RC correspond à l'ampleur du lien, celle-ci peut être surestimée dans le cas des problèmes ou des affections dont la prévalence est élevée. Par conséquent, le calcul du RC a seulement été utilisé pour déterminer la signification statistique; les estimations de la prévalence et les IC à 95 % correspondants ont toujours été comparés afin d'évaluer l'ampleur des différences jugées statistiquement significatives par régression logistique. La régression linéaire a été utilisée pour déterminer la signification statistique des variables continues au seuil de 5 %.

I.2.6.1 Standardisation des résultats

La standardisation directe a été utilisée pour comparer les résultats des différentes éditions du sondage (2004, 2008-2009 et 2013-2014). La population de la Force régulière en 2013 a été choisie comme population type, et les poids ont été ajustés afin que la distribution de la population selon l'âge, le sexe et le grade dans les années de comparaison (2004 et 2008-2009) soit la même que celle de la population de la Force régulière en 2013. Il convient de noter que les estimations standardisées du présent rapport ne peuvent pas être comparées aux estimations des rapports de 2004 et de 2008-2009 étant donné l'utilisation de populations types différentes.

I.2.7 Caractéristiques démographiques

Le Tableau I-6 présente les caractéristiques démographiques des répondants qui ont été pondérées en fonction des effectifs en activité de la Force régulière de 2013. Plus des deux tiers (62,7 %) des membres du personnel étaient âgés de moins de 40 ans, environ 1 sur 8 étaient des femmes et plus des trois quarts étaient des MR. Les deux tiers des membres du personnel avaient fait quelques années d'études postsecondaires ou avaient terminé des études universitaires, la majorité d'entre eux étaient mariés ou vivaient en union de fait et 50 % faisaient partie de la Force terrestre.



Tableau I-6 : Distribution des caractéristiques démographiques des effectifs en activité de la Force régulière, 2013-2014

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)
Âge (années) ^a	18 – 29	28,4	
	30 – 39	34,3	
	40 – 49	27,3	
	50 – 60	10,0	
Sexe ^a	Femme	13,4	
	Homme	86,6	
Grade ^a	MR	75,2	
	Officier	24,8	
Plus haut niveau de scolarité atteint	Études secondaires	34,7	(32,2-37,3)
	Études postsecondaires partielles	39,9	(37,3-42,5)
	Université terminée	25,4	(24,3-26,5)
État matrimonial	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	68,6	(66,1-71,1)
	Veuf (veuve), séparé(e) ou divorcé(e)	9,3	(7,9-11,0)
	Célibataire	22,1	(20,0-24,3)
Élément de service	Air	31,7	(29,3-34,2)
	Mer	18,2	(16,2-20,4)
	Terre	50,0	(47,4-52,8)
Première langue officielle	Français	28,2	(25,8-30,8)
	Anglais	71,8	(69,2-74,2)

^a Variables de stratification.

I.2.8 Comparaisons avec les autres sondages

Les résultats de sondages menés par d'autres organisations militaires armées et auprès de la population canadienne générale ont été inclus dans ce rapport afin de mettre en contexte les résultats du SSSV de 2013-2014. Toutefois, même si certains sondages contiennent des questions identiques (p. ex. questionnaire papier du SSSV et questionnaire de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) administré par un intervieweur), il est difficile de comparer leurs résultats. Il a été montré que les gens répondent aux questions différemment selon la méthode de sondage (Christensen, 2014). Il se peut aussi que les populations interrogées diffèrent grandement du point de vue des principaux déterminants de la santé, ce qui empêche également la comparaison directe des estimations.



I.2.9 Limites

Bien que les enquêtes transversales constituent une méthode efficace de collecte de données sur les populations, certains biais inhérents peuvent avoir une incidence sur les résultats des enquêtes. Le biais de déclaration, c'est-à-dire la divulgation sélective ou l'omission volontaire de renseignements (Last, 1995) peut influencer les résultats du sondage compte tenu de la nature personnelle et sensible de certaines questions du SSSV. Aussi, certaines questions demandent aux participants de se rappeler certains événements qui se sont produits au cours de l'année précédente. Les différences quant à la capacité de rappel des participants peuvent avoir une incidence sur l'exactitude ou l'exhaustivité des données. En outre, les personnes qui répondent aux sondages peuvent être différentes des personnes qui n'y répondent pas. Dans le cadre du présent sondage, les 40 % qui n'ont pas rempli de questionnaire peuvent être différents des 60 % qui en ont rempli un.

De plus, le SSSV est conçu pour recueillir des données autodéclarées, ce qui pourrait introduire un biais de désirabilité sociale entraînant une sous-estimation ou une surestimation des données. À titre d'exemple, une comparaison de l'indice de masse corporelle fondée sur des mesures autodéclarées et réelles de la taille et du poids a révélé que la taille et le poids autodéclarés étaient associés à une sous-estimation de la prévalence de l'obésité d'environ 7 % (Gorber, 2008).

Aussi, le présent rapport ne fournit que les résultats d'analyses unidimensionnelles et bidimensionnelles, ce qui pourrait simplifier exagérément le lien à l'étude. Autrement dit, il permet d'évaluer le lien entre un facteur (p. ex. l'âge du répondant) et un résultat intéressant (p. ex. le pourcentage des membres du personnel qui font de l'activité physique) à un moment donné. Cependant, la plupart des problèmes de santé sont influencés par de multiples facteurs, et il faudrait effectuer des analyses multidimensionnelles pour examiner les effets indépendants de ces facteurs.

Enfin, les enquêtes transversales permettent de recueillir à la fois des données sur l'exposition, les facteurs de risque et les résultats. Il est donc difficile de déterminer si l'exposition a précédé ou a suivi la survenue du problème ou de l'affection. Des critères additionnels devraient être utilisés pour établir les causes.

I.3 Références

CHRISTENSEN, A.I., O. EKHOLM, C. GLÜMER et K. JUEL. « Effect of survey mode on response patterns: comparison of face-to-face and self-administered modes in health surveys ». *European Journal of Public Health*, vol. 24, n° 2 (2014), p. 327-332.

DILLMAN, D.A., J.D. SMYTH et L.M. CHRISTIAN. *Internet, mail and mixed-mode surveys: the tailored design method*. 3^e éd., Hoboken (NJ), John Wiley and Sons Inc., 2009.

GORBER, C., M. SHIELDS, M.S. TREMBLAY et I. MCDOWELL. *La possibilité d'établir des facteurs de correction applicables aux estimations autodéclarées de l'obésité*. Statistique Canada, n° 82-003-XPF au catalogue, Rapports sur la santé, vol. 9, n° 3, 2008.

LAST, J.M. (éd.). *A Dictionary of Epidemiology*, New York (NY), Oxford University Press, 1995.

StataCorp. *Stata : version 14*, logiciel statistique, College Station, Texas, StataCorp LP, 2015.





Chapitre 1 – État de santé

1.1 Introduction

L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé comme étant « un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1948). La santé des membres des Forces armées canadiennes (FAC) est d'une importance primordiale pour la réussite des opérations des FAC et la réalisation de leur mission qui consiste à : (1) défendre le Canada; (2) défendre l'Amérique du Nord en partenariat avec les forces américaines; et (3) contribuer à la sécurité internationale.

Dans le cadre du Sondage sur la santé et le style de vie (SSSV) de 2013-2014, on a posé une série de questions détaillées à des répondants afin de recueillir des renseignements sur tous les aspects de leur santé. Le chapitre suivant présentera des mesures de l'état de santé global des membres de la Force régulière. Les chapitres subséquents traiteront d'aspects de la santé plus précis.

1.2 État de santé autoévalué

L'état de santé autoévalué est une mesure très courante dans la recherche sur la santé publique. Cet indicateur populaire de l'état de santé global est un facteur qui permet d'évaluer de façon très précise le bien-être et la mortalité (Sargent-Cox, 2010). En fait, l'Organisation mondiale de la Santé considère que l'évaluation de sa propre santé est l'un des meilleurs indicateurs de la santé de la population (OMS, 1996; Sargent-Cox, 2010). Dans le cadre du SSSV 2013-2014, on a demandé aux répondants d'évaluer leur santé comme étant : (1) excellente; (2) très bonne; (3) bonne; (4) moyenne; ou (5) mauvaise.

Près des deux tiers (65,4 %) de tous les membres de la Force régulière ont évalué leur santé comme étant excellente ou très bonne (Figure 1-1). La répartition des membres de la Force régulière dans l'ensemble des catégories d'état de santé autoévalué est demeurée presque identique de 2004 à 2008-2009¹ (Figure 1-1). Ces constatations étaient remarquablement similaires à celles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), qui mesurait l'état de santé autoévalué chez la population canadienne générale (Statistique Canada, 2010).

¹ Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

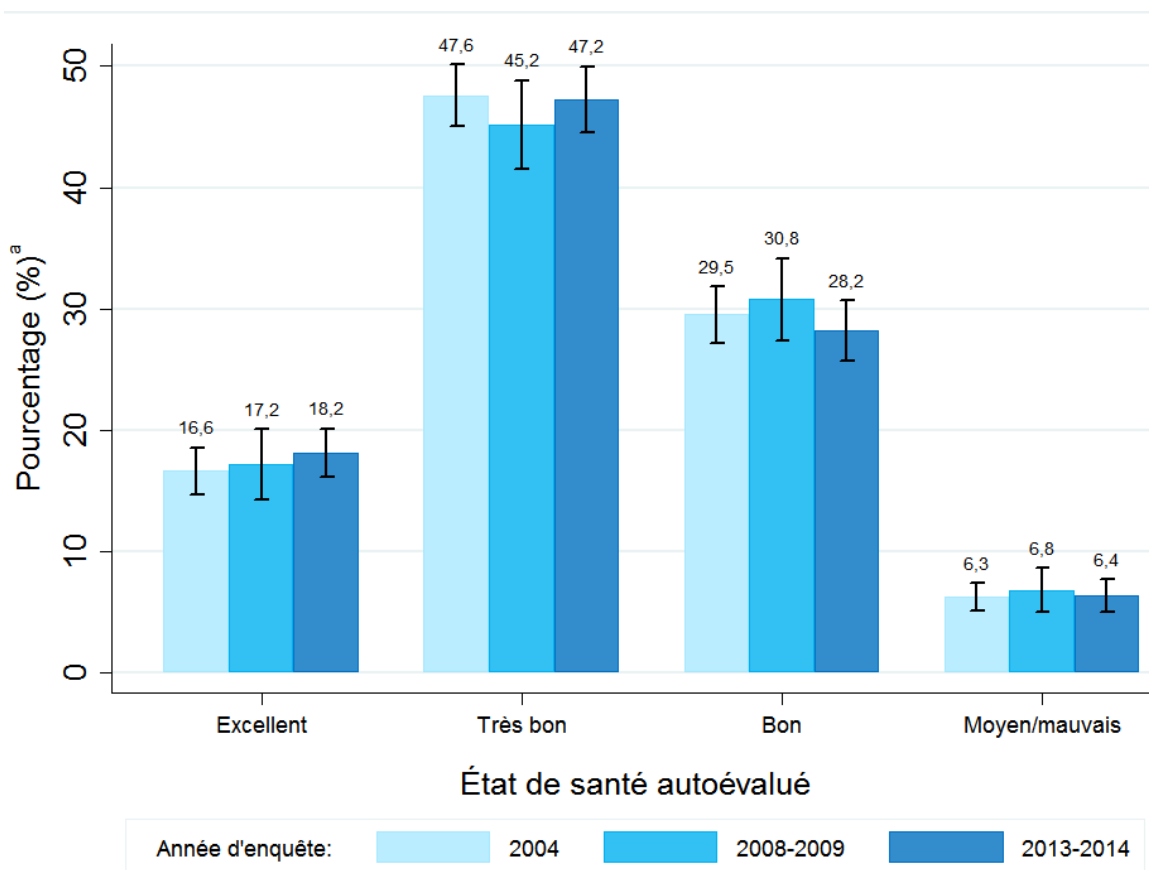


Figure 1-1 : État de santé autoévalué des membres de la Force régulière.

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

En 2013-2014, la déclaration d'un niveau de santé élevé était plus probable chez : (1) les militaires âgés de 18 à 29 ans, comparativement aux militaires âgés de 30 à 60 ans; (2) les officiers, comparativement aux militaires du rang; (3) les membres de la Force terrestre, comparativement aux membres de la Force aérienne; (4) les militaires ayant un poids normal, comparativement aux militaires en surpoids ou obèses; (5) les non-fumeurs, comparativement aux fumeurs; et (6) les militaires modérément ou suffisamment actifs, comparativement aux militaires inactifs² (Tableau 1-1). Les niveaux de santé autoévaluée n'affichaient aucune différence entre les sexes, les habitudes de consommation d'alcool nocives³ ou les militaires déployés au cours des deux dernières années.

² Le niveau d'activité physique a été mesuré à l'aide de l'échelle du temps consacré aux loisirs de Godin. Consulter le chapitre 7 pour obtenir plus de détails.

³ Les habitudes de consommation d'alcool nocives ont été mesurées à l'aide de l'échelle AUDIT (test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool). Consulter le chapitre 9 pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 1-1 : État de santé autoévalué des membres de la Force régulière

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)								
		Excellent		Très bon		Bon		Moyen/mauvais		Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		18,2	(16,2-20,1)	47,2	(44,5-50,0)	28,2	(25,8-30,7)	6,4	(5,1-7,7)	
Âge (années)	18 à 29	24,6	(20,1-29,1)	50,6	(45,3-56,0)	20,5	(16,1-24,9)	4,2	(2,0-6,4)	Référence
	30 à 39	17,9	(14,2-21,5)	48,2	(42,9-53,4)	27,7	(22,9-32,5)	6,2	(3,5-8,9)	0,65 (0,50-0,86)
	40 à 49	13,1	(10,2-16,0)	44,6	(39,8-49,4)	34,8	(30,1-39,4)	7,6	(5,1-10,0)	0,46 (0,36-0,60)
	50 à 60	14,6	(11,4-17,9)	41,4	(36,9-45,9)	34,0	(29,8-38,3)	10,0	(7,3-12,7)	0,44 (0,34-0,58)
Grade	MR	14,5	(12,1-16,9)	47,1	(43,6-50,5)	31,1	(28,0-34,3)	7,3	(5,5-9,0)	Référence
	Officier	29,0	(25,8-32,3)	47,7	(44,1-51,3)	19,5	(16,6-22,3)	3,8	(2,4-5,2)	2,21 (1,83-2,68)
Élément de service	Force aérienne	17,5	(14,3-20,6)	45,2	(40,7-49,8)	30,4	(26,1-34,7)	6,9	(4,4-9,4)	Référence
	Force maritime	13,5	(9,6-17,4)	47,4	(41,0-53,9)	31,1	(25,0-37,1)	8,0	(4,5-11,4)	0,87 (0,65-1,15)
	Force terrestre	20,4	(17,2-23,6)	48,3	(44,3-52,4)	26,1	(22,5-29,6)	5,2	(3,5-7,0)	1,28 (1,02-1,60)
Indice de masse corporelle	Poids normal	26,9	(22,7-31,1)	52,2	(47,1-57,2)	17,1	(13,2-21,0)	3,9	(1,9-5,9)	Référence
	Surpoids	19,1	(16,0-22,2)	50,6	(46,5-54,6)	26,1	(22,5-29,7)	4,3	(2,8-5,8)	0,63 (0,49-0,80)
	Obésité	6,4	(3,7-9,2)	36,2	(30,7-41,7)	44,4	(38,7-50,1)	13,0	(9,0-16,9)	0,20 (0,15-0,27)
Fumeur actuel	Non	20,5	(18,1-22,8)	47,2	(44,2-50,3)	26,3	(23,6-29,0)	6,0	(4,6-7,5)	Référence
	Oui	8,9	(5,0-12,8)	47,7	(40,7-54,7)	35,6	(28,8-42,5)	7,7	(4,3-11,2)	0,57 (0,44-0,74)
Niveau d'activité physique	Inactif	5,5	(1,5-9,4) ^a	25,9	(17,1-34,6)	46,8	(36,6-57,0)	21,8	(13,4-30,2)	Référence
	Modérément actif	10,1	(4,2-16,0)	40,7	(31,0-50,4)	39,9	(30,3-49,5)	9,3	(3,3-15,4) ^a	2,36 (1,39-4,02)
	Suffisamment actif	20,1	(17,8-22,4)	49,9	(46,9-52,9)	25,3	(22,7-27,9)	4,7	(3,4-5,9)	5,27 (3,50-7,93)

^a Moins de 20 observations non pondérées; l'estimation peut être instable; interprétez avec prudence.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

On a également demandé aux répondants du SSSV si leur santé limitait leur participation à des activités physiques intenses. Dans l'ensemble, 61,2 % des membres de la Force régulière ont déclaré que leur participation à des activités physiques intenses n'était pas limitée par leur santé, et 30,7 % ont indiqué que leur participation à ces activités n'était qu'« un peu limitée » par leur santé. Ces pourcentages sont demeurés presque similaires de 2008 à 2009 (Figure 1-2).

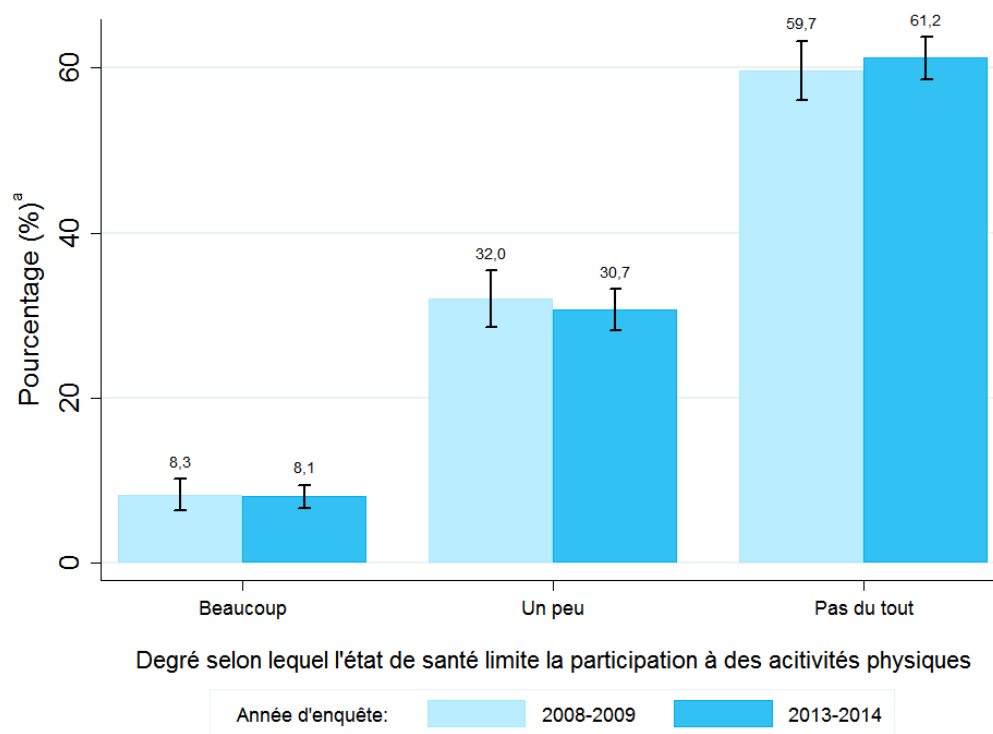


Figure 1-2 : Degré auquel l'état de santé limite la participation des membres de la Force régulière à une activité physique intense.

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

En 2013-2014, la déclaration d'une plus grande limitation de la participation à des activités physiques intenses attribuable à l'état de santé était plus probable chez les groupes suivants : (1) les militaires âgés de 30 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les militaires du rang, comparativement aux officiers; (3) les membres de la Force aérienne, comparativement aux membres de la Force terrestre; (4) les militaires en surpoids ou obèses, comparativement aux militaires d'un poids normal; et (5) les militaires inactifs, comparativement aux militaires modérément ou suffisamment actifs (Tableau 1-2). Il n'y avait pas de différence selon les sexes, l'usage de tabac, ou la consommation nocive d'alcool. Il est intéressant de noter que près de 40 % des militaires inactifs ne pensaient pas que leur santé limitait leur participation à une activité physique intense. Autrement dit, les limitations liées à la santé n'incluent pas les faibles niveaux d'activité chez près de 40 % des militaires inactifs. Cette constatation met en évidence un important segment du personnel inactif auprès duquel des interventions de promotion de la santé ciblant l'activité physique pourraient être particulièrement efficaces. Le niveau d'activité physique des membres de la Force régulière est traité de façon plus approfondie au chapitre 7.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 1-2 : Degré auquel l'état de santé limite la participation des membres de la Force régulière à une activité physique intense

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)			Rapport de cotes (IC à 95 %)
		Beaucoup	Un peu	Pas du tout	
En général		8,1 (6,6-9,5)	30,7 (28,3-33,2)	61,2 (58,6-63,8)	
Âge (années)	18 à 29	2,6 (0,9-4,3)	20,3 (16,0-24,7)	77,1 (72,6-81,6)	Référence
	30 à 39	7,0 (4,2-9,8)	27,6 (22,9-32,3)	65,4 (60,4-70,4)	1,83 (1,31-2,56)
	40 à 49	11,5 (8,4-14,6)	41,2 (36,4-46,0)	47,3 (42,5-52,1)	3,75 (2,75-5,12)
	50 à 60	17,9 (14,5-21,3)	42,4 (37,9-46,9)	39,7 (35,2-44,2)	5,42 (3,97-7,38)
Grade	MR	9,0 (7,2-10,8)	31,3 (28,2-34,4)	59,6 (56,4-62,8)	Référence
	Officier	5,1 (3,5-6,7)	28,9 (25,7-32,1)	66,0 (62,7-69,3)	0,74 (0,61-0,90)
Élément de service	Force aérienne	8,1 (5,5-10,6)	36,4 (32,0-40,9)	55,5 (50,9-60,0)	Référence
	Force maritime	10,9 (7,2-14,6)	25,5 (19,9-31,0)	63,6 (57,6-69,7)	0,78 (0,56-1,08)
	Force terrestre	6,8 (4,9-8,7)	29,2 (25,6-32,8)	64,0 (60,2-67,8)	0,72 (0,57-0,91)
Indice de masse corporelle	Poids normal	4,3 (2,3-6,3)	21,9 (17,9-25,9)	73,8 (69,6-78,1)	Référence
	Surpoids	6,2 (4,4-8,0)	31,0 (27,3-34,7)	62,7 (58,9-66,6)	1,66 (1,26-2,18)
	Obésité	14,3 (10,4-18,2)	39,4 (33,8-44,9)	46,3 (40,6-52,1)	3,37 (2,45-4,62)
Niveau d'activité physique	Inactif	30,9 (21,9-39,9)	29,7 (20,4-39,0)	39,4 (29,4-49,4)	Référence
	Modérément actif	12,9 (6,5-19,3)	34,3 (25,2-43,5)	52,8 (43,0-62,5)	0,43 (0,23-0,81)
	Suffisamment actif	5,5 (4,2-6,8)	30,3 (27,6-33,0)	64,2 (61,4-67,0)	0,25 (0,15-0,42)



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

1.3 Temps passé à l'extérieur du travail

L'absentéisme au travail est une autre mesure liée à l'état de santé global (Allen, 2008). Même si des employés peuvent s'absenter du travail pour plusieurs raisons, dont de nombreuses ne sont pas liées à la santé, un mauvais état de santé global est un facteur contributif bien connu relativement aux forts taux d'absentéisme du travail (Hendriks, 2015; Gustafsson, 2014; Merchant, 2014). Dans le SSSV 2013-2014, on a demandé aux participants le nombre de jours qu'ils s'étaient absentés du travail au cours du dernier mois.

Pendant le mois précédant la réalisation du sondage, 35,4 % de l'ensemble des membres de la Force régulière avaient manqué au moins un jour de travail (Tableau 1-3). Les membres qui ont manqué au moins un jour de travail au cours du dernier mois étaient plus susceptibles d'être : (1) âgés de 30 à 49 ans plutôt que de 18 à 29 ans; (2) des femmes plutôt que des hommes; et (3) membres de la Force aérienne plutôt que de la Force terrestre (Tableau 1-3). On n'a pas fait état de différences entre les militaires du rang et les officiers.

Tableau 1-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont manqué au moins un jour de travail au cours du dernier mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		35,4	(32,8-37,9)		
Âge (années)	18 à 29	28,0	(23,3-32,7)	Référence	
	30 à 39	38,9	(33,8-44,0)	1,64	(1,19-2,25)
	40 à 49	38,9	(34,1-43,6)	1,64	(1,20-2,23)
	50 à 60	34,3	(29,9-38,6)	1,34	(0,99-1,82)
Sexe	Féminin	41,9	(38,5-45,4)	Référence	
	Hommes	34,3	(31,4-37,3)	0,72	(0,60-0,88)
Élément de service	Force aérienne	39,3	(34,8-43,8)	Référence	
	Force maritime	39,3	(33,0-45,6)	1,00	(0,72-1,39)
	Force terrestre	31,1	(27,4-34,8)	0,70	(0,54-0,90)

Parmi les membres de la Force régulière qui ont manqué au moins un jour de travail au cours du mois passé, le nombre moyen de jours d'absence était de 4,5 (IC à 95 % : 3,9-5,1). Dans l'ensemble, on estimait à 91,718 jours (IC à 95 % : 77,801; 105,636) le nombre de jours d'absence au sein de la Force régulière au cours du mois précédant la réalisation du sondage. Les raisons les plus souvent citées pour ces jours d'absence étaient : (1) la maladie; (2) la garde d'enfants à charge ou de personnes âgées; et (3) une incapacité attribuable à un accident ou à une blessure (Figure 1-3).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

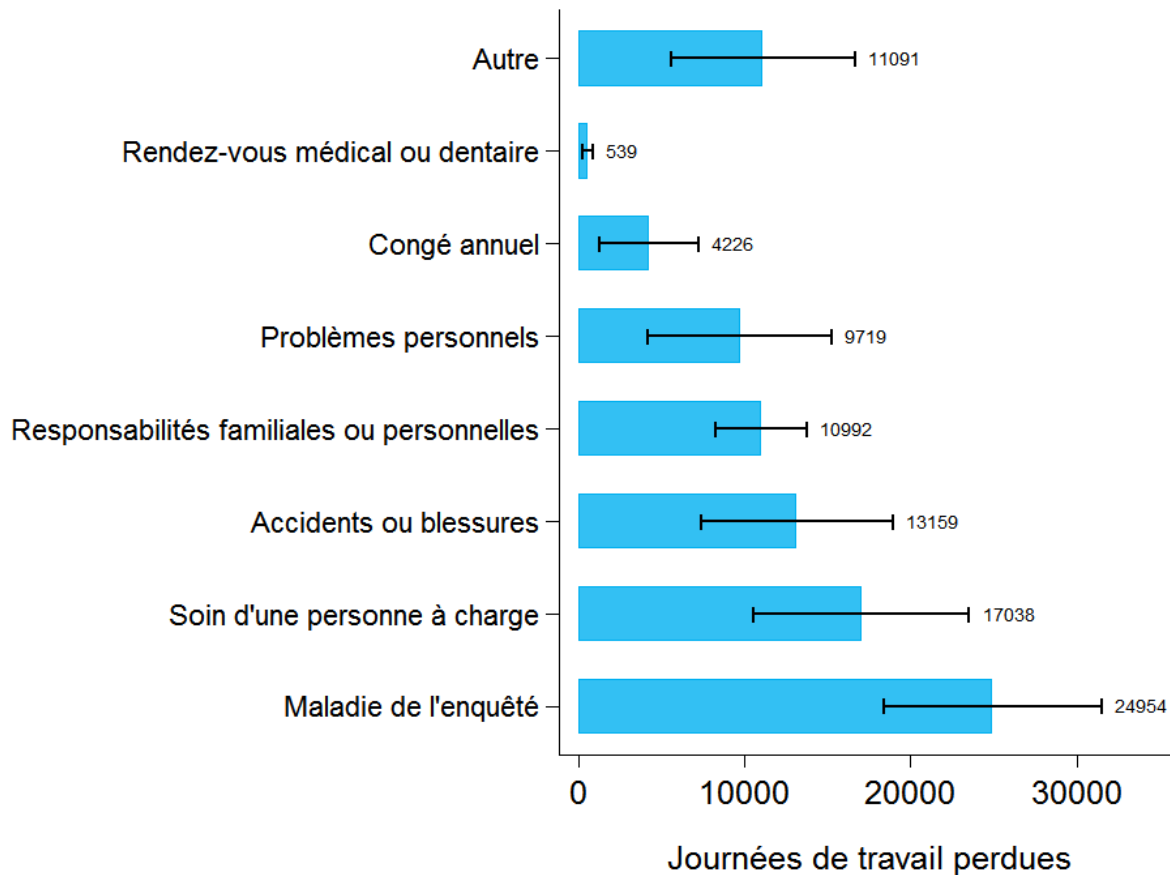


Figure 1-3 : Nombre de jours d'absence au sein de la Force régulière au cours du dernier mois.

Tel qu'il est illustré dans la Figure 1-3, les membres de la Force régulière sont parfois absents du travail pour des raisons inévitables, même chez une population active en parfaite santé (p. ex., rendez-vous médicaux, responsabilités personnelles, garde de personnes à charge, congé annuel). Toutefois, il arrive que les membres de la Force régulière soient également absents du travail pour des raisons liées à leur santé (p. ex., maladie, incapacité attribuable à un accident ou à une blessure). Ces absences sont considérées comme évitables et sont fortement préoccupantes pour les FAC. Pendant le mois précédant la réalisation du sondage, 18,4 % des membres de la Force régulière ont manqué au moins un jour de travail pour cause de maladie ou en raison d'une incapacité attribuable à un accident ou à une blessure (Tableau 1-4). L'absence du travail pendant au moins un jour en raison d'un problème de santé pendant le dernier mois était plus probable chez : (1) les militaires âgés de 30 à 39 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; (3) les membres de la Force aérienne, comparativement aux membres de la Force terrestre; et (4) les militaires inactifs, comparativement aux militaires suffisamment actifs (Tableau 1-4). On n'a constaté aucune différence relative au grade, à l'obésité, à l'usage de tabac ou à la consommation nocive d'alcool. Dans l'ensemble, on estimait à 38,113 jours (IC à 95 % : 29,332; 46,895) le nombre de jours d'absence liée à la santé au sein de la Force régulière dans le mois précédant la réalisation du sondage (Figure 1-3).



Tableau 1-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont manqué au moins un jour de travail au cours du dernier mois en raison de problèmes de santé

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		18,4	(16,4-20,6)		
Âge (années)	18 à 29	14,6	(11,3-18,6)	Référence	
	30 à 39	20,4	(16,5-24,9)	1,50	(1,02-2,22)
	40 à 49	19,4	(15,9-23,5)	1,41	(0,96-2,07)
	50 à 60	19,7	(16,3-23,5)	1,44	(0,99-2,09)
Sexe	Féminin	24,4	(21,5-27,6)	Référence	
	Masculin	17,5	(15,2-20,0)	0,65	(0,52-0,82)
Élément de service	Force aérienne	23,3	(19,6-27,5)	Référence	
	Force maritime	22,6	(17,6-28,5)	0,96	(0,66-1,40)
	Force terrestre	13,8	(11,3-16,8)	0,53	(0,39-0,72)
Niveau d'activité physique	Inactif	26,8	(19,3-36,0)	Référence	
	Modérément actif	20,9	(14,4-29,4)	0,72	(0,39-1,35)
	Suffisamment actif	17,4	(15,3-19,8)	0,58	(0,37-0,91)

Les estimations mensuelles présentées ci-dessus reflètent approximativement huit jours d'absence liée à une maladie ou à une incapacité attribuable à un accident ou à une blessure par an, pour chaque membre en service dans la Force régulière en 2013-2014. Par comparaison, au sein de la population canadienne, les employés à temps plein étaient absents du travail 7,7 jours en moyenne pour cause de maladie ou d'incapacité en 2011 (Dabboussy, 2012). Cependant, une comparaison directe des taux d'absentéisme lié à la santé entre l'effectif militaire et l'effectif civil est difficile, en raison d'importantes différences dans la répartition selon le sexe et l'âge dans ces deux populations. En outre, contrairement à certains de leurs homologues civils, tous les membres de la Force régulière ont droit à un congé de maladie payé, un facteur qui a été démontré comme augmentant les taux d'absentéisme (Dabboussy, 2012). Par ailleurs, la nature physique du travail militaire pourrait empêcher de nombreux militaires de retourner au travail jusqu'à ce qu'ils se soient complètement rétablis de leurs blessures.

Il est à noter qu'une comparaison des résultats associés à l'absentéisme lié à la santé aux résultats des versions antérieures du SSSV ne peut être effectuée en raison des modifications apportées à la formulation des questions sur l'absentéisme.

1.4 Troubles chroniques

Dans le SSSV 2013-2014, un trouble chronique est défini comme un problème de santé qui a duré ou devrait durer au moins six mois et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Dans l'ensemble, 52,4 % des membres de la Force régulière ont déclaré un trouble chronique diagnostiqué par un professionnel de la santé. Ce pourcentage n'a pas changé entre 2004 et 2008-2009 (Tableau 1-5). La déclaration d'un trouble



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

chronique diagnostiqué était plus probable chez : (1) les militaires âgés de 30 à 60 ans, comparativement aux militaires de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; et (3) les membres de la Force aérienne, comparativement aux membres de la Force terrestre (Tableau 1-6). Il n'y avait pas de différence selon le grade.

Tableau 1-5 : Pourcentage^a des membres de la Force régulière qui ont indiqué souffrir d'au moins un trouble chronique diagnostiqué, par année de sondage

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	53,7	(51,1-56,3)	1,06	(0,91-1,23)
2008-2009	55,6	(51,9-59,3)	1,14	(0,95-1,37)
2013-2014	52,4	(49,7-55,0)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Tableau 1-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont indiqué souffrir d'au moins un trouble chronique diagnostiqué

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		52,4 (49,7-55,0)	
Âge (années)	18 à 29	38,9 (33,8-44,1)	Référence
	30 à 39	47,2 (41,9-52,4)	1,40 (1,03-1,90)
	40 à 49	65,3 (60,7-69,9)	2,96 (2,20-3,98)
	50 à 60	72,8 (68,7-76,8)	4,19 (3,10-5,65)
Sexe	Féminin	58,9 (55,6-62,2)	Référence
	Masculin	51,3 (48,3-54,4)	0,74 (0,61-0,88)
Élément de service	Force aérienne	57,2 (52,6-61,7)	Référence
	Force maritime	49,7 (43,3-56,0)	0,74 (0,54-1,01)
	Force terrestre	50,6 (46,6-54,6)	0,77 (0,60-0,98)

Dans l'ensemble, 28,3 % des membres de la Force régulière ont déclaré prendre des médicaments sur ordonnance pour soigner un trouble chronique au cours du dernier mois (Tableau 1-7). Autrement dit, un peu plus de la moitié des membres souffrant d'un trouble chronique diagnostiqué avait pris des médicaments sur ordonnance pour soigner au moins un trouble chronique au cours du mois dernier. Ce pourcentage n'a pas changé de façon significative par rapport à 2008-2009 (Tableau 1-7).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 1-7 : Pourcentage^a des membres de la Force régulière qui ont pris des médicaments sur ordonnance au cours du dernier mois pour soigner un trouble chronique diagnostiqué

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2008-2009	29,3	(26,1-32,6)	1,05	(0,87-1,27)
2013-2014	28,3	(26,0-30,6)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Comme ce fut le cas en 2008-2009, les problèmes musculosquelettiques représentaient une partie importante du fardeau lié aux maladies chroniques parmi les membres de la Force régulière. En 2013-2014, les troubles chroniques diagnostiqués prédominants parmi les membres de la Force régulière étaient les suivants : (1) problèmes d'articulations et des muscles des membres inférieurs; (2) problèmes de dos; et (3) problèmes d'articulations et de muscles des membres supérieurs (Figure 1-4). En 2008-2009, les problèmes dorsaux et musculosquelettiques contribuaient également aux trois troubles chroniques prédominants. En raison des modifications à la liste des maladies utilisée pour faire passer le sondage aux répondants concernant leurs troubles chroniques entre le SSSV 2008-2009 et le SSSV 2013-2014, une comparaison directe des troubles chroniques les plus courants parmi les membres de la Force régulière n'a pu être effectuée.

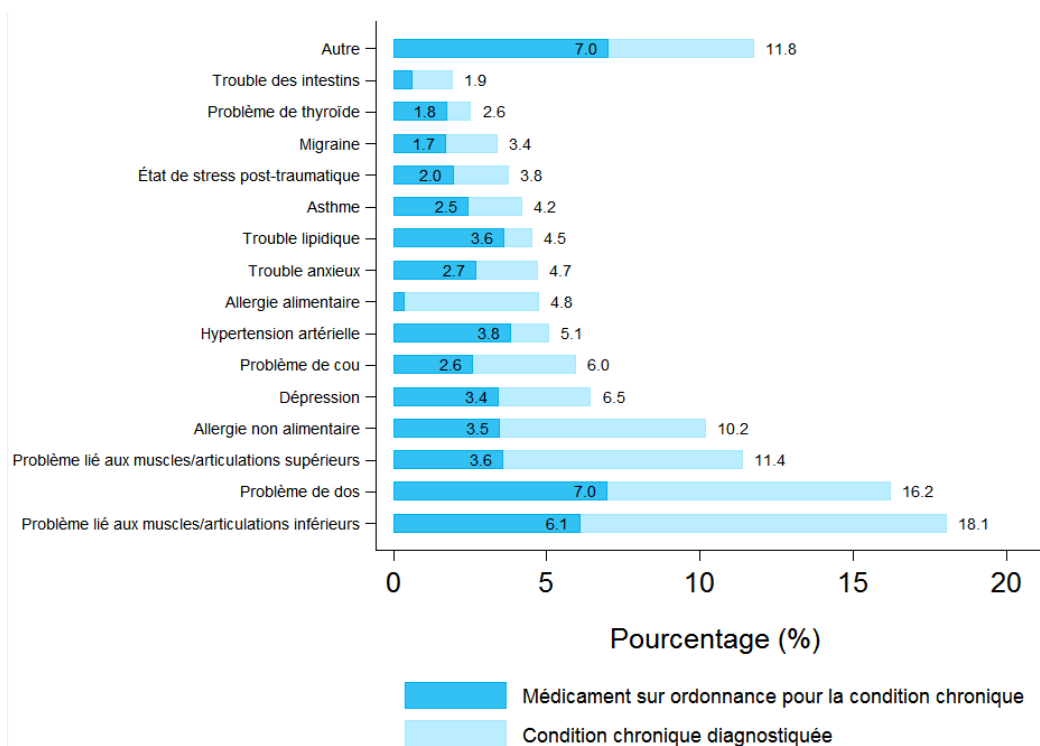


Figure 1-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière : (1) atteints d'un trouble chronique diagnostiqué; et (2) qui ont pris des médicaments sur ordonnance pour soigner leur trouble chronique au cours du dernier mois.

^a Il est à noter que les répondants pouvaient signaler plus d'un trouble chronique.



1.5 Conclusion

La santé autoévaluée par les membres de la Force régulière, le degré auquel leur santé empêche leur participation à des activités physiques intenses, et la prédominance globale des troubles chroniques ont peu changé entre 2004, 2008-2009 et 2013-2014.

Près de 40 % des membres physiquement inactifs ont déclaré que leur état de santé ne limitait pas leur participation à des activités physiques intenses. Des facteurs non liés à la santé sont susceptibles d'être responsables des faibles niveaux d'activité physique chez une grande partie des militaires inactifs.

Près de 20 % des membres de la Force régulière avaient manqué au moins un jour de travail au cours du dernier mois pour cause de maladie ou en raison d'une incapacité attribuable à un accident ou à une blessure. Dans l'ensemble, on a relevé 38,113 jours d'absence liée à ces raisons au cours du mois précédant la réalisation du questionnaire. Cependant, les taux d'absentéisme lié à la santé au sein de la Force régulière concordent avec ceux qui ont été déclarés pour la population active canadienne.

1.6 Références

ALLEN, H. « Using routinely collected data to augment the management of health and productivity loss », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 50, n° 6, 2008, p. 615-632.

DABBOUSSY, M., et S. UPPAL. *Les absences du travail en 2011*, Statistique Canada, 2012. Sur Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2012002/article/11650-fra.pdf>>.

GUSTAFSSON, K., et S. MARKLUND. « Associations between health and combinations of sickness presence and absence », *Occupational Medicine (London)*, vol. 64, n° 1, 2014, p. 49-55.

HENDRIKS, S.M., J. SPIJKER, C.M. LICHT, F. HARDEVELD, R. DE GRAAF, N.M. BATELAAN et coll. « Long-term disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders », *Journal of Affective Disorders*, vol. 178, 2015, p. 121-130.

MERCHANT, J.A., K.M. KELLY, L.F. BURMEISTER, M.J. LOZIER, A. AMENDOLA, D.P. LIND et coll. « Employment status matters: a statewide survey of quality-of-life, prevention behaviors, and absenteeism and presenteeism », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 56, n° 7, 2014, p. 686-698.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York, du 19 juin au 22 juillet 1946, signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments », *WHO Regional Publications, European Series*, n° 58, Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, 1996.

SARGENT-COX, K.A., K.J. ANSTEY et M.A. LUSZCZ. « The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing », *BMC Geriatrics*, vol. 10, 2010, p. 18.

Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière



STATISTIQUE CANADA. *Santé perçue*, 2010. Sur Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/status/phx-fra.htm>>.



Chapitre 2 – Bien-être mental et social

2.1 Introduction

On définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (OMS, 2014). La santé mentale est essentielle au bien-être à court et à long terme des membres des Forces armées canadiennes (FAC); elle est notamment cruciale pour maintenir une force militaire forte et déployable. Enfin, le bien-être mental des FAC a une profonde incidence sur le recours aux services de santé, les ressources et la planification.

La santé mentale des membres des FAC est influencée par une combinaison unique et complexe de facteurs biologiques, psychologiques, sociologiques, et professionnels. D'un côté, les membres des FAC sont recrutés auprès de la population canadienne générale; leur état de santé mental devrait donc refléter celui de leurs homologues civils. D'un autre côté, les recrues potentielles atteintes de graves maladies mentales sont éliminées au cours du processus de sélection des FAC. Toutefois, les membres des FAC risquent d'être exposés à des traumatismes et à un stress opérationnel rarement observés ailleurs dans la société canadienne. Ils sont également sujets aux mêmes risques et vulnérabilités qui peuvent avoir un impact sur la santé mentale de la population canadienne générale.

Au cours des dernières années, un afflux de soutien politique et d'engagement financier visant à comprendre et à optimiser la santé mentale des membres des FAC se fait remarquer. En 2013, la publication de la *Stratégie du médecin général en matière de santé mentale* a consolidé le plan des FAC visant à améliorer la santé mentale de son personnel (MDN, 2013).

Le chapitre suivant présente les résultats du SSSV 2013-2014 qui pertinenent à la santé mentale. Premièrement, des estimations de la prévalence de divers problèmes de santé mentale sont présentées. Deuxièmement, le recours par les membres des FAC à des services de santé mentale est traité. Enfin, des données sur des problèmes relationnels et familiaux sont fournies.

Les résultats du SSSV 2013-2014 sont comparés aux résultats des versions antérieures du SSSV, s'il y a lieu. Cependant, d'importantes différences contextuelles doivent être gardées à l'esprit lorsque les résultats de différentes années de sondage sont comparés. Depuis le dernier sondage, de nombreux soldats canadiens ont été déployés à l'appui de la mission en Afghanistan. Les FAC ont subi de nombreuses pertes au combat entre 2008-2009 et 2013-2014. Au cours de la même période, d'importants efforts ont été déployés pour améliorer les soins de santé mentale destinés aux membres des FAC. Comparativement à la population interrogée au cours des années précédentes, la Force régulière de 2013-2014 aurait été exposée à davantage de traumatismes psychologiques, mais avait également accès à de meilleurs soins de santé mentale. Ces deux facteurs pourraient influencer sur les résultats présentés dans ce chapitre.

2.2 Problèmes de santé mentale parmi les Forces armées canadiennes

Le SSSV 2013-2014 a mis en évidence le fait que la majorité des membres des FAC ont une santé mentale excellente ou bonne, mais qu'une importante minorité est atteinte de problèmes de santé mentale. Ces observations sont en accord avec les résultats provenant d'autres études récentes sur les membres des FAC (Statistique Canada, 2014; Zamorski, 2014).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Dans l'ensemble, 66,8 % des membres de la Force régulière ont évalué que leur santé mentale était excellente ou très bonne (Tableau 2-1). La santé mentale était plus susceptible d'être évaluée comme excellente ou très bonne chez : (1) les militaires âgés de 18 à 29 ans, comparativement aux militaires âgés de 30 à 49 ans; (2) les officiers, comparativement aux militaires du rang; (3) les militaires d'un poids normal, comparativement aux militaires en surpoids ou obèses; (4) les militaires suffisamment actifs, comparativement aux militaires physiquement inactifs; (5) les militaires mariés ou conjoints de fait, comparativement aux militaires veufs, séparés ou divorcés; et (6) les militaires francophones, comparativement aux militaires anglophones (Tableau 2-1). La santé mentale autoévaluée n'affichait pas de différence selon le sexe, l'élément de service ou les récents antécédents de déploiement.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-1 : Santé mentale autoévaluée parmi les membres de la Force régulière

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)							Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Excellente		Très bonne		Bonne		Passable ou médiocre	
En général		28,3 (25,9-30,7)	38,5 (35,9-41,2)	24,1 (21,7-26,4)	9,1 (7,5-10,8)				
Âge (années)	18 à 29	35,9 (30,8-41,0)	38,2 (33,0-43,3)	17,8 (13,8-21,9)	8,2 (5,1-11,2)			Référence	
	30 à 39	25,0 (20,7-29,3)	37,9 (32,8-43,0)	26,9 (22,1-31,6)	10,3 (6,9-13,6)			0,60 (0,46-0,80)	
	40 à 49	23,0 (19,1-27,0)	40,2 (35,5-45,0)	27,7 (23,3-32,1)	9,0 (6,3-11,8)			0,59 (0,46-0,77)	
	50 à 60	32,4 (28,2-36,6)	37,0 (32,6-41,4)	22,5 (18,7-26,2)	8,1 (5,7-10,6)			0,84 (0,64-1,09)	
Grade	MR	24,6 (21,6-27,5)	38,4 (35,1-41,8)	26,4 (23,3-29,4)	10,6 (8,5-12,8)			Référence	
	Officier	39,5 (36,0-43,0)	38,7 (35,2-42,2)	17,2 (14,5-19,9)	4,6 (3,1-6,1)			2,06 (1,72-2,47)	
Indice de masse corporelle	Poids normal	35,6 (30,8-40,4)	38,8 (33,9-43,7)	17,7 (13,8-21,6)	7,9 (5,1-10,7)			Référence	
	Surpoids	27,9 (24,3-31,4)	39,0 (35,0-42,9)	23,7 (20,2-27,2)	9,4 (7,0-11,8)			0,70 (0,55-0,90)	
	Obésité	21,2 (16,6-25,8)	38,0 (32,4-43,6)	30,3 (25,0-35,6)	10,5 (6,8-14,3)			0,51 (0,39-0,68)	
Niveau d'activité physique ^b	Inactif	16,7 (9,7-23,7)	39,9 (29,8-50,0)	32,3 (22,9-41,7)	11,1 (4,8-17,4)			Référence	
	Modérément actif	26,0 (17,4-34,6)	36,9 (27,4-46,5)	23,7 (15,8-31,6)	13,4 (6,0-20,7) ^c			1,33 (0,80-2,22)	
	Suffisamment actif	29,6 (27,0-32,3)	38,8 (35,9-41,7)	23,4 (20,8-26,0)	8,2 (6,5-9,9)			1,73 (1,23-2,43)	
État matrimonial	Marié ou conjoint de fait	28,2 (25,4-31,1)	40,6 (37,4-43,8)	23,3 (20,5-26,2)	7,8 (6,0-9,7)			Référence	
	Veuf/veuve, séparé(e), divorcé(e)	20,0 (13,2-26,8)	31,4 (23,3-39,5)	34,5 (25,9-43,0)	14,2 (8,0-20,3)			0,54 (0,38-0,76)	
	Célibataire	32,3 (26,7-37,8)	35,6 (29,9-41,3)	21,1 (16,2-26,0)	11,0 (7,0-15,1)			1,04 (0,79-1,36)	
Première langue officielle	Français	32,8 (27,9-37,6)	38,0 (32,9-43,1)	21,9 (17,6-26,2)	7,4 (4,6-10,1)			Référence	
	Anglais	26,5 (23,8-29,3)	38,9 (35,8-42,0)	24,7 (21,8-27,5)	9,9 (7,9-11,9)			0,76 (0,60-0,95)	

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinaire. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

^b Niveau d'activité physique évalué à l'aide de l'échelle du temps consacré aux loisirs de Godin; voir le chapitre 7 pour obtenir plus de détails.

^c Moins de 20 observations non pondérées; l'estimation peut être instable; interprétez avec prudence.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Dans l'ensemble, 32,2 % des membres de la Force régulière ont déclaré éprouver actuellement un problème lié au stress, aux émotions, aux drogues ou à l'alcool, ou à la famille au temps du sondage (Figure 2-1). Les militaires éprouvant un problème de santé mentale courant (quelle que soit sa gravité) étaient plus susceptibles d'être : (1) les militaires âgés de 30 à 49 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; (3) les militaires veufs, séparés ou divorcés, comparativement aux militaires mariés, conjoints de fait ou célibataires; et (4) les militaires anglophones, comparativement aux militaires francophones (Tableau 2-2). Le pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré éprouver un problème de santé mentale courant (quelle que soit sa gravité) n'affichait pas de différences selon les catégories de grade, l'élément de service, les antécédents récents de déploiement, l'indice de masse corporelle (IMC), ou le niveau d'activité physique.

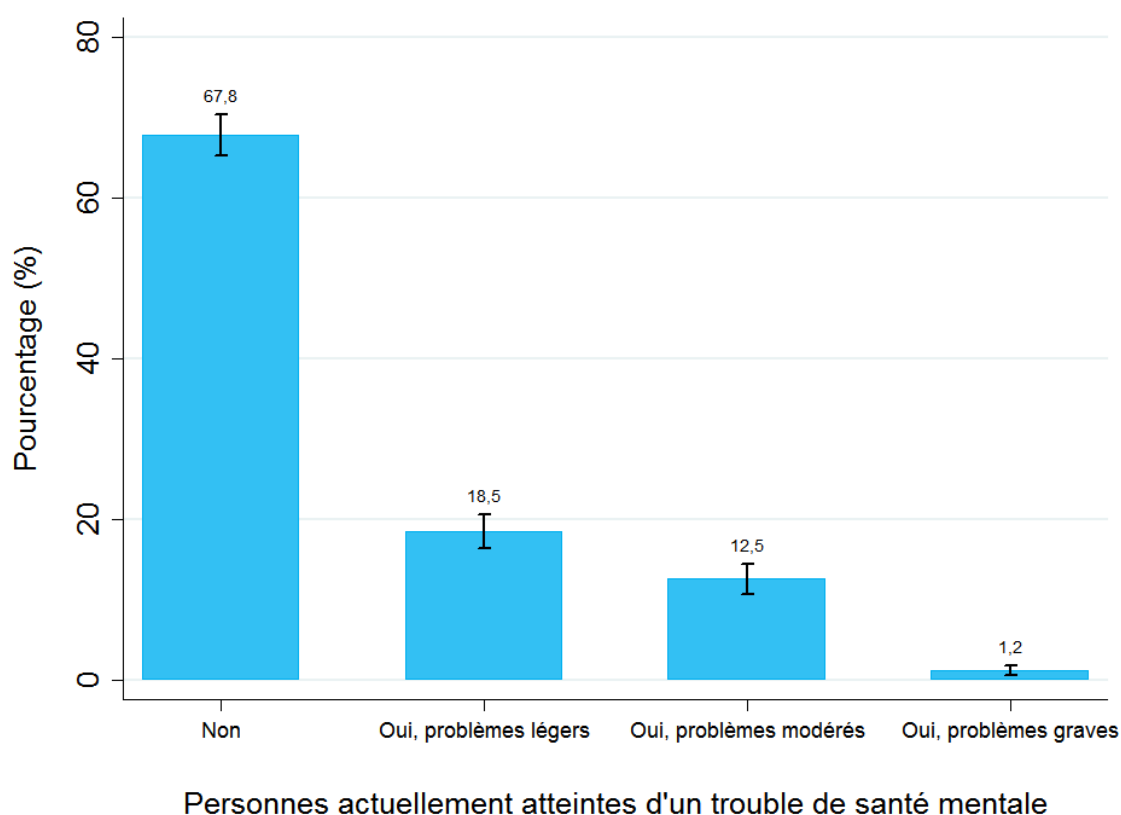


Figure 2-1 : Membres de la Force régulière qui ont déclaré faire l'expérience d'un problème de santé mentale, soit émotionnel, lié au stress, lié à la drogue ou à l'alcool, ou lié à la famille, au temps du sondage.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière éprouvant actuellement du stress, des problèmes émotionnels, familiaux ou liés à la drogue ou à l'alcool

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		32,2	(29,6-34,7)		
Âge (années)	18 à 29	23,8	(19,4-28,3)	Référence	
	30 à 39	36,1	(31,0-41,2)	1,80	(1,29-2,51)
	40 à 49	37,3	(32,6-41,9)	1,90	(1,38-2,60)
	50 à 60	28,5	(24,4-32,6)	1,27	(0,93-1,75)
Sexe	Féminin	38,4	(35,0-41,8)	Référence	
	Masculin	31,2	(28,3-34,1)	0,73	(0,60-0,89)
État matrimonial	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	31,6	(28,5-34,6)	Référence	
	Veuf/veuve, séparé(e), divorcé(e)	50,8	(42,0-59,7)	2,24	(1,53-3,28)
	Célibataire	25,3	(20,2-30,5)	0,74	(0,54-1,01)
Première langue officielle	Français	26,7	(22,1-31,2)	Référence	
	Anglais	34,2	(31,2-37,3)	1,43	(1,09-1,88)

2.2.1 Dépression

À l'échelle mondiale, la dépression est la principale cause d'incapacité (Marcus, 2012). Il s'agit d'un trouble mental très commun dont les symptômes comprennent la tristesse, la perte d'intérêt à l'égard d'activités normalement appréciées, la faible estime de soi, des troubles de l'appétit et du sommeil, des difficultés de concentration et un manque d'énergie (OMS, 2012). La dépression est associée à une baisse de la qualité de vie, à une morbidité accrue, à une diminution de l'aptitude à assumer ses responsabilités régulières et à un risque accru de suicide (Kessler, 2001; Wells, 1989).

Le SSSV 2013-2014 a mesuré la dépression à l'aide du questionnaire sur la santé du patient-2 (PHQ-2). Ce questionnaire est un outil de mesure qui a été largement validé et qui est facile à passer soi-même. Il interroge les répondants sur deux symptômes clés de la dépression : (1) la perte d'intérêt ou de plaisir auprès des activités quotidiennes; et (2) les sentiments de tristesse, de déprime ou de désespoir. Les répondants déclarent la fréquence à laquelle ils ont ressenti ces symptômes au cours des deux dernières semaines. Les répondants sont ensuite classés par catégorie, soit comme étant « déprimés » ou « non déprimés » à l'aide d'un seuil validé qui permet d'identifier correctement 83 % des gens réellement atteints d'un trouble dépressif majeur et 90 % des gens qui ne sont pas atteints d'un trouble dépressif majeur (Kroenke, 2003).

Le PHQ-2 a donc fourni une estimation valide de la prévalence de la dépression chez les FAC en 2013-2014. Cependant, le *Composite International Diagnostic Interview Short-Form* (CIDI-SF) a été utilisé pour mesurer la dépression lors du SSSV 2004 et non le PHQ-2. Ayant été conçu comme outil de mesure distribué par un



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

interrogateur, le CIDI-SF est plus difficile à passer soi-même que le PHQ-2. Le CIDI-SF comprend des questions sur la présence, la durée et la fréquence des symptômes de dépression au cours des 12 derniers mois. Il n'a jamais été entièrement validé comme un outil d'autoévaluation, et son utilisation n'est plus recommandée pour mesurer la dépression. Il a été inclus dans le SSSV 2013-2014 uniquement pour permettre des comparaisons historiques avec le SSSV 2004.

Le PHQ-2 et le CIDI-SF ont tous les deux laissé entendre que les taux de dépression n'avaient pas changé depuis les cycles du SSSV (Tableau 2-3).

Tableau 2-3 : Prévalence de la dépression majeure parmi les membres de la Force régulière, telle qu'elle est mesurée par deux outils de dépistage différents, par année de sondage

Outil	SSSV	Pourcentage (IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes (IC à 95 %)
PHQ-2	2008-2009	6,8 (4,8-8,8)	0,89 (0,61-1,30)
	2013-2014	7,6 (6,1-9,1)	Référence
CIDI-SF	2004	7,1 (5,9-8,3)	0,89 (0,67-1,18)
	2008-2009	8,2 (6,2-10,2)	1,04 (0,74-1,46)
	2013-2014	7,9 (6,3-9,4)	Référence

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

À l'aide du PHQ-2, la prévalence estimée de la dépression majeure en 2013-2014 était de 7,6 %. La dépression majeure était plus souvent observée chez : (1) les militaires du rang, comparativement aux officiers; et (2) les militaires veufs, séparés ou divorcés, comparativement aux militaires mariés ou conjoints de fait (Tableau 2-4). La prévalence estimée de la dépression majeure ne changeait pas selon l'âge, le sexe, l'élément de service, l'indice de masse corporelle, le niveau d'activité physique, ou la première langue officielle. Les membres de la Force régulière qui avaient été déployés outre-mer au cours des deux dernières années ne présentaient pas un plus haut risque de dépression majeure que ceux qui n'avaient pas été déployés outre-mer au cours de la même période.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière atteints de dépression majeure, telle qu'elle est mesurée à l'aide de l'outil de dépistage PHQ-2

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		7,6 (6,1-9,1)	
Grade	MR	8,8 (6,8-10,8)	Référence
	Officier	3,8 (2,5-5,2)	0,41 (0,27-0,64)
État matrimonial	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	6,4 (4,7-8,0)	Référence
	Veuf/veuve, séparé(e), divorcé(e)	13,2 (7,0-19,5)	2,24 (1,21-4,15)
	Célibataire	9,2 (5,4-12,9)	1,48 (0,87-2,54)

2.2.2 État de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est la blessure de stress opérationnel la plus courante chez les membres des FAC (MDN, 2013). Il s'agit d'un trouble psychiatrique qui risque de se développer chez une personne après l'exposition à un événement traumatisant, tel que la mort, la menace de la mort, une blessure grave, ou des sévices sexuels. Quel que soit le facteur déclencheur, l'ESPT, par définition, cause une souffrance cliniquement significative et une diminution du fonctionnement psychosocial et professionnel (APA, 2013). Compte tenu des milieux dangereux dans lesquels les militaires doivent parfois mener des opérations, l'ESPT est particulièrement préoccupant au sein des FAC.

Le SSSV 2013-2014 a mesuré l'ESPT à l'aide de l'échelle de dépistage de l'ESPT en soins primaires. Cette échelle est un outil de mesure facile à compléter soi-même qui a été validé dans le contexte des soins primaires (Prins, 2003). Elle est largement utilisée pour identifier les patients en soins primaires qui ont besoin d'une évaluation de l'ESPT plus approfondie. Cet outil fonctionne comme questionnaire qui identifie la présence ou l'absence de quatre symptômes de l'ESPT au cours du mois précédent chez les répondants. Les répondants indiquant trois symptômes ou plus sont signalés comme exigeant une évaluation plus approfondie. Des études de validation ont montré que ce seuil permet d'identifier correctement 78 % des personnes qui sont réellement atteintes de l'ESPT et 87 % des personnes qui n'en sont pas atteintes. Toutefois, l'échelle de dépistage de l'ESPT en soins primaires n'a été validée que dans le cadre des soins primaires, où il y a une plus haute prévalence d'ESPT que chez la population générale. Ainsi, le taux de faux positifs peut être relativement élevé si cet outil est utilisé à des fins épidémiologiques plutôt que pour l'évaluation des patients en soins primaires (Lee, 2014; Terhakopin, 2008). Autrement dit, l'utilisation de cette échelle de dépistage en dehors du cadre de soins primaires pourrait surestimer la prévalence de l'ESPT. Néanmoins, elle constituait l'outil de mesure de l'ESPT autoadministré le plus efficace disponible lorsque le SSSV 2013-2014 a été conçu.

En 2013-2014, 10,4 % des membres de la Force régulière ont été signalés comme ayant besoin d'une évaluation de l'ESPT plus approfondie. Même si ce pourcentage était légèrement plus élevé qu'en 2008-2009, cette hausse n'était pas statistiquement significative (Tableau 2-5).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant besoin d'une évaluation plus approfondie de l'état de stress post-traumatique, tel qu'il est mesuré avec l'échelle de dépistage de l'état de stress post-traumatique en soins primaires, par année de sondage

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2008-2009	8,2	(6,0-10,4)	0,77	(0,54-1,09)
2013-2014	10,4	(8,7-12,2)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

En 2013-2014, l'obtention d'un résultat positif avec l'outil de mesure de l'ESPT en soins primaires était plus probable chez : (1) les militaires du rang, comparativement aux officiers; (2) les militaires obèses, comparativement aux militaires de poids normal; (3) les militaires veufs, séparés ou divorcés, comparativement aux militaires mariés ou en union de fait; et (4) les militaires anglophones, comparativement aux militaires francophones (Tableau 2-6). L'association entre l'obésité et l'ESPT a été observée dans d'autres études récentes; l'ESPT paraît être un facteur de risque pour la prise de poids malsaine, notamment chez les femmes (Pagoto, 2012; Kubzansky, 2014). Le pourcentage des membres de la Force régulière ayant besoin d'une évaluation plus approfondie de l'ESPT ne variait pas selon l'âge, le sexe, l'élément de service ou le niveau d'activité physique. Les membres de la Force régulière qui avaient pris part à un déploiement outre-mer au cours des deux dernières années n'étaient pas plus susceptibles d'avoir besoin d'une évaluation plus approfondie de l'ESPT que ceux qui n'avaient pas pris part à un déploiement outre-mer au cours de la même période. Il est à noter que de nombreux déploiements outre-mer n'impliquent pas le combat (p. ex., les membres des FAC peuvent prendre part à des opérations humanitaires, à des missions d'instruction et à des missions consultatives; voir le chapitre 10). La relation entre l'ESPT et l'exposition à des traumatismes liés au combat n'a pu être évaluée dans le cadre du SSSV 2013-2014.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant besoin d'une évaluation plus approfondie de l'état de stress post-traumatique, tel qu'il est mesuré à l'aide de l'échelle de dépistage de l'état de stress post-traumatique en soins primaires

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		10,4	(8,7-12,2)		
Grade	MR	11,8	(9,6-14,1)	Référence	
	Officier	6,3	(4,5-8,0)	0,50	(0,34-0,72)
Indice de masse corporelle	Poids normal	7,9	(4,9-10,9)	Référence	
	Surpoids	10,3	(7,8-12,8)	1,34	(0,82-2,19)
	Obésité	13,3	(9,0-17,5)	1,79	(1,03-3,10)
Situation familiale	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	10,3	(8,2-12,4)	Référence	
	Veuf/veuve, séparé(e), divorcé(e)	19,6	(11,7-27,4)	2,12	(1,22-3,67)
	Célibataire	6,4	(3,6-9,3)	0,60	(0,35-1,01)
Première langue officielle	Français	4,5	(2,3-6,6)	Référence	
	Anglais	12,7	(10,4-15,0)	3,12	(1,81-5,38)

2.2.3 Détresse psychologique

La détresse psychologique est un terme général englobant divers symptômes psychologiques non spécifiques. Des études antérieures ont démontré que des symptômes de détresse non spécifiques sont fortement liés à une large gamme de maladies mentales graves⁴ (Cairney, 2007; Kessler, 2003). C'est à ce titre que la détresse psychologique est un indicateur important de la santé mentale générale. Elle peut être utilisée pour identifier les personnes ayant des problèmes généraux de santé mentale qui ont besoin d'une évaluation clinique approfondie (Kessler, 2010).

Le SSSV 2013-2014 a mesuré la détresse psychologique à l'aide de l'échelle de dépistage de détresse psychologique de Kessler (K6). L'échelle K6 est un outil de mesure qui a été largement validé et qui est facile à utiliser soi-même. Elle interroge les répondants sur six symptômes psychologiques : (1) la nervosité; (2) le désespoir; (3) l'agitation; (4) l'humeur dépressive; (5) le sentiment de dévalorisation; et (6) le sentiment de fatigue pendant les activités quotidiennes. D'après la fréquence déclarée de ces symptômes au cours des 30 derniers jours, les répondants sont classés selon deux catégories : « souffre probablement d'une maladie mentale grave » ou « ne souffre probablement pas d'une maladie mentale grave » en utilisant un seuil d'identification validé. On a démontré que l'utilisation de cette méthode et des valeurs de seuil permettait de cerner 36 % des gens qui sont réellement atteints d'une maladie mentale grave et 96 % des gens qui ne

⁴ Toute affection décrite dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) qui a une incidence importante sur le niveau de fonctionnement d'un patient est considérée comme une maladie mentale grave (Insel, 2013).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

présentent réellement aucun signe de maladie mentale grave, au sein d'une population générale affichant une faible prévalence de maladie mentale grave (Kessler, 2003). Aux valeurs de seuil utilisées dans ce rapport, l'échelle K6 ne peut être utilisée pour estimer l'ampleur de services de santé mentale auprès des FAC car elle sous-estimera probablement le nombre de membres des FAC atteints d'une maladie mentale grave. L'échelle K6 demeure néanmoins un outil de mesure utile pour comparer les niveaux de détresse psychologique entre des catégories démographiques et de suivre les tendances au fil du temps⁵.

La prévalence estimée de la détresse psychologique en 2013-2014 était de 2,9 %. Ce pourcentage est demeuré constant entre le SSSV 2004 et le SSSV 2008-2009 (Tableau 2-7).

Tableau 2-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière atteints de détresse psychologique, tel qu'il est mesuré avec l'échelle de détresse psychologique Kessler 6, par année de sondage

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	2,4	(1,6-3,2)	0,85	(0,53-1,36)
2008-2009	2,3	(1,0-3,6)	0,81	(0,42-1,56)
2013-2014	2,9	(1,9-3,8)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

En 2013-2014, l'obtention d'un résultat positif avec l'échelle de détresse psychologique Kessler 6 était plus probable : (1) chez les femmes que chez les hommes; (2) chez les militaires du rang que chez les officiers; et (3) chez les militaires veufs, séparés ou divorcés que chez les militaires mariés ou en union de fait (Tableau 2-8). Le pourcentage des membres de la Force régulière qui ont été signalés comme étant atteints de détresse psychologique ne variait pas selon l'âge, l'élément de service, l'indice de masse corporelle, la participation récente à un déploiement ou la première langue officielle.

⁵ Il est à noter que l'échelle K6 peut également être utilisée pour étudier une variété de maladies mentales, y compris des troubles en dessous des niveaux de seuil de diagnostic. Dans le contexte du SSSV, l'échelle K6 est utilisée pour mesurer les maladies mentales graves d'une manière qui n'est pas propre au diagnostic.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière atteints de détresse psychologique, tel qu'il est mesuré avec l'échelle de détresse psychologique Kessler 6.

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		2,9	(1,9-3,8)		
Sexe	Femmes	4,8	(3,3-6,3)	Référence	
	Hommes	2,6	(1,5-3,6)	0,52	(0,31-0,90)
Grade	MR	3,3	(2,1-4,5)	Référence	
	Officier	1,6	(0,8-2,4)	0,48	(0,25-0,92)
Situation familiale	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	2,4	(1,4-3,5)	Référence	
	Veuf/veuve, séparé(e), divorcé(e)	7,3	(2,1-12,4) ^a	3,16	(1,31-7,60)
	Célibataire	1,6	(0,2-3,1) ^a	0,67	(0,25-1,80)

^a Moins de 20 observations non pondérées; l'estimation peut être instable; interprétez avec prudence.

2.2.4 Idées suicidaires

En 2013-2014, 10,0 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir sérieusement contemplé le suicide à un moment de leur vie, et 3,9 % ont déclaré avoir sérieusement contemplé le suicide au cours des 12 derniers mois. Le pourcentage des membres de la Force régulière qui avaient sérieusement contemplé le suicide au cours de leur vie ou des 12 derniers mois est demeuré constant entre le SSSV 2004 et le SSSV 2008-2009 (Tableau 2-9).

Tableau 2-9 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont sérieusement envisagé le suicide, par année de sondage

Cycle du SSSV	Ont déjà contemplé le suicide				Ont contemplé le suicide au cours des 12 derniers mois			
	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	8,6	(7,1-10,1)	0,84	(0,65-1,10)	3,2	(2,3-4,1)	0,82	(0,54-1,23)
2008-2009	9,1	(6,9-11,3)	0,90	(0,65-1,24)	3,1	(1,6-4,5)	0,77	(0,44-1,35)
2013-2014	10,0	(8,4-11,7)	Référence		3,9	(2,8-5,0)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

En 2013-2014, le fait d'avoir sérieusement contemplé le suicide au cours des 12 derniers mois a été davantage déclaré par : (1) les militaires en surpoids, comparativement aux militaires de poids normal; et (2) les militaires veufs, séparés ou divorcés, comparativement aux militaires mariés ou en union de fait (Tableau 2-10). Le pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré avoir contemplé le suicide au cours des



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

12 derniers mois ne variait pas selon l'âge, le sexe, le grade, l'élément de service, la participation récente à un déploiement, le niveau d'activité physique ou la première langue officielle.

Tableau 2-10 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont sérieusement contemplé le suicide au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		3,9	(2,8-5,0)		
Indice de masse corporelle	Poids normal	2,1	(1,0-3,2)	Référence	
	Surpoids	4,6	(2,7-6,4)	2,24	(1,15-4,37)
	Obésité	3,8	(1,7-6,0)	1,86	(0,85-4,06)
Situation familiale	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	3,0	(1,8-4,1)	Référence	
	Veuf/veuve, séparé(e), divorcé(e)	8,8	(3,7-14,0)	3,17	(1,49-6,76)
	Célibataire	4,3	(1,8-6,9)	1,49	(0,72-3,09)

2.2.5 Tentative de suicide

Parmi les membres de la Force régulière qui ont déclaré avoir sérieusement contemplé le suicide, 19,7 % (IC à 95 % : 13,6 %-27,8 %) ont déclaré avoir fait une tentative de suicide à un moment de leur vie. Autrement dit, 1,9 % (IC à 95 % : 1,3 %-2,9 %) des membres de la Force régulière ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Le SSSV n'a pu déterminer si ces tentatives de suicide déclarées sont survenues avant ou après le recrutement dans les FAC.

Trop peu de répondants du SSSV 2013-2014 ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois pour qu'il soit possible d'effectuer une comparaison avec les résultats de sondages précédents.

2.2.6 Colère

La colère est une forte réaction émotionnelle à une provocation perçue. En elle-même, la colère n'est pas forcément problématique; il est naturel pour les êtres humains d'éprouver de la colère en tant qu'émotion passagère de temps à autre. Cependant, des problèmes liés à la colère peuvent se manifester lorsque cette émotion est éprouvée fréquemment. Une colère survenant de manière chronique peut avoir un impact négatif sur l'ajustement psychologique et la santé personnelle. L'incapacité à bien gérer sa colère peut également mener à des comportements physiquement agressifs (Novaco, 1986). Dans le cadre du SSSV 2013-2014, les répondants se sont faits interrogés sur leur niveau de colère général et son impact sur leur vie personnelle et professionnelle.

Dans l'ensemble, 61,4 % des membres de la Force régulière pensaient que leur capacité à gérer leur colère était excellente ou très bonne (Tableau 2-11). Une plus grande capacité à gérer sa colère a été davantage déclarée par : (1) les militaires âgés de 50 à 60 ans, comparativement aux militaires de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; et (3) les officiers, comparativement aux militaires du rang (Tableau 2-11). La capacité de gestion de la colère autodéclarée n'a pas été associée à l'élément de service, au niveau d'activité physique, à la situation familiale, à la participation récente à un déploiement, ou à la première langue officielle.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-11 : Autoévaluation de la capacité à gérer sa colère chez les membres de la Force régulière

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)				Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Excellente	Très bonne	Bonne	Passable ou médiocre	
En général		21,9 (19,8-24,1)	39,5 (36,8-42,2)	24,9 (22,5-27,3)	13,7 (11,7-15,7)	
Âge (années)	18 à 29	22,7 (18,4-26,9)	36,2 (31,1-41,3)	26,8 (22,0-31,6)	14,3 (10,5-18,2)	Référence
	30 à 39	20,7 (16,5-24,9)	38,8 (33,7-43,9)	26,1 (21,5-30,7)	14,4 (10,5-18,4)	0,97 (0,74-1,28)
	40 à 49	20,1 (16,3-23,8)	42,6 (37,8-47,4)	23,0 (18,8-27,1)	14,4 (10,9-17,8)	1,03 (0,79-1,33)
	50 à 60	29,5 (25,3-33,7)	42,9 (38,4-47,5)	20,2 (16,6-23,7)	7,4 (5,0-9,8)	1,67 (1,29-2,15)
Sexe	Femmes	23,0 (20,2-25,8)	42,9 (39,4-46,4)	24,2 (21,1-27,2)	9,9 (7,9-12,0)	Référence
	Hommes	21,8 (19,3-24,3)	39,0 (35,9-42,0)	25,0 (22,2-27,7)	14,3 (12,0-16,6)	0,83 (0,71-0,98)
Grade	MR	19,3 (16,6-22,0)	38,9 (35,5-42,2)	26,5 (23,4-29,5)	15,4 (12,8-17,9)	Référence
	Officier	29,8 (26,6-33,1)	41,4 (37,9-45,0)	20,0 (17,2-22,9)	8,7 (6,7-10,7)	1,79 (1,49-2,15)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinaire. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Les répondants au SSSV 2013-2014 se sont également fait demander à quel degré leur colère limitait leur participation à chacune des cinq activités communes suivantes : (1) le travail; (2) les interactions sociales; (3) les activités familiales; (4) les activités de loisirs; et (5) les tâches quotidiennes. Pour environ trois quarts des membres de la Force régulière, la colère n'entravait pas leur participation à chacune des cinq activités (Tableau 2-12). Les hommes et les militaires du rang étaient plus susceptibles de déclarer que leur colère avait un plus grand impact sur leur participation à chacune de ces cinq activités, comparativement aux femmes et aux officiers, respectivement. Les militaires âgés de 18 à 29 ans étaient plus susceptibles de déclarer que leur colère avait un plus grand impact sur leur participation au travail, aux interactions sociales et aux activités familiales, comparativement aux militaires âgés de 50 à 60 ans (données non présentées).

Tableau 2-12 : Degré auquel la colère limite la participation des membres de la Force régulière à cinq activités communes

Activité	Degré auquel la participation est limitée		
	Pas du tout	Un peu	Plus qu'un peu
	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)
Travail (profession principale)	69,4 (66,9-72,0)	21,3 (19,0-23,7)	9,2 (7,6-10,9)
Interactions sociales	71,5 (69,0-74,1)	17,6 (15,5-19,7)	10,9 (9,1-12,8)
Activités familiales	69,5 (67,0-72,1)	18,7 (16,6-20,8)	11,8 (9,9-13,6)
Activités de loisirs	77,5 (75,2-79,9)	15,0 (13,0-17,0)	7,5 (5,9-9,0)
Tâches quotidiennes	74,4 (71,9-76,8)	18,8 (16,5-21,0)	6,9 (5,4-8,4)

2.2.7 Stress

Le stress est une expérience émotionnelle négative qui peut être accompagnée de modifications biochimiques, physiologiques, cognitives et comportementales prévisibles, qui peuvent altérer l'événement stressant comme tel ou permettre de s'adapter à ses effets (Taylor, 2009). Lorsqu'une personne perçoit un facteur de stress potentiel comme néfaste, menaçant ou stimulant, son niveau de confiance quant à sa capacité à gérer ce facteur de stress déterminera si le facteur est réellement stressant ou non (Lazarus, 1984). S'il est mal géré, un stress excessif et chronique peut perturber le système immunitaire, aggraver une maladie physique, et avoir un impact négatif sur la santé mentale (Shields, 2004). Dans le cadre du SSSV 2013-2014, on a interrogé les répondants sur leur niveau de stress général et son impact sur leur vie personnelle et professionnelle.

Globalement, 17,9 % des membres de la Force régulière ont déclaré que leurs journées sont en général largement ou extrêmement stressantes (Tableau 2-13). De plus hauts niveaux de stress ont été déclarés par : (1) les militaires âgés de 30 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; (3) les officiers, comparativement aux militaires du rang; (4) les militaires en surpoids ou obèses, comparativement aux militaires de poids normal; et (5) les militaires dont la première langue officielle est l'anglais, comparativement aux militaires dont la première langue officielle est le français (Tableau 2-13). L'élément de service, la participation récente à un déploiement et le niveau d'activité physique n'ont pas été associés au degré de stress éprouvé lors d'une journée typique.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Dans l'ensemble, 56,9 % des membres de la Force régulière pensaient que leur capacité à gérer leur stress était excellente ou très bonne (Tableau 2-14). Une grande capacité à gérer son stress a été davantage déclarée par : (1) les hommes, comparativement aux femmes; (2) les officiers, comparativement aux militaires du rang; (3) les militaires physiquement actifs, comparativement aux militaires physiquement inactifs; et (4) les militaires de poids normal, comparativement aux militaires obèses (Tableau 2-14). La capacité de gestion du stress n'a pas été associée à l'âge, à l'élément de service, à la participation récente à un déploiement, à la situation familiale ou à la première langue officielle.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-13 : Degré de stress éprouvé par les membres de la Force régulière au cours d'une journée typique

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)				Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Pas du tout	Pas vraiment	Un peu	Largement/extrêmement	
En général		9,0 (7,4-10,7)	31,8 (29,3-34,4)	41,2 (38,5-43,9)	17,9 (15,8-20,0)	
Âge (années)	18 à 29	12,1 (8,5-15,8)	39,9 (34,6-45,1)	35,5 (30,4-40,5)	12,5 (9,1-15,9)	Référence
	30 à 39	9,9 (6,5-13,2)	27,9 (23,2-32,6)	42,8 (37,6-48,0)	19,4 (15,2-23,6)	1,69 (1,27-2,25)
	40 à 49	4,9 (2,8-7,0)	28,0 (23,5-32,4)	45,4 (40,6-50,2)	21,8 (17,7-25,8)	2,13 (1,64-2,77)
	50 à 60	8,8 (6,3-11,4)	33,1 (28,8-37,5)	40,7 (36,2-45,2)	17,4 (14,0-20,8)	1,48 (1,15-1,92)
Sexe	Femmes	5,4 (3,9-6,9)	30,4 (27,1-33,6)	43,1 (39,6-46,5)	21,2 (18,4-24,0)	Référence
	Hommes	9,6 (7,7-11,5)	32,1 (29,2-35,0)	40,9 (37,9-44,0)	17,4 (15,0-19,7)	0,76 (0,64-0,90)
Grade	MR	10,3 (8,1-12,5)	33,3 (30,1-36,6)	38,4 (35,1-41,8)	17,9 (15,3-20,5)	Référence
	Officier	5,2 (3,7-6,8)	27,4 (24,3-30,6)	49,5 (45,9-53,1)	17,9 (15,2-20,6)	1,39 (1,17-1,66)
Indice de masse corporelle	Poids normal	10,8 (7,3-14,3)	36,2 (31,3-41,1)	39,6 (34,8-44,5)	13,5 (10,3-16,7)	Référence
	Surpoids	9,2 (6,6-11,7)	29,2 (25,4-32,9)	43,4 (39,4-47,4)	18,3 (15,2-21,4)	1,39 (1,09-1,76)
	Obésité	6,2 (3,2-9,1)	31,3 (26,0-36,6)	39,5 (33,9-45,1)	23,1 (18,1-28,1)	1,63 (1,22-2,18)
Première langue officielle	Français	13,6 (9,7-17,5)	35,4 (30,4-40,5)	33,3 (28,5-38,2)	17,6 (13,8-21,5)	Référence
	Anglais	7,1 (5,4-8,9)	30,5 (27,6-33,5)	44,3 (41,1-47,5)	18,1 (15,6-20,6)	1,48 (1,15-1,89)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinaire. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-14 : Autoévaluation de la capacité à gérer son stress chez les membres de la Force régulière

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)				Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Excellente	Très bonne	Bonne	Passable ou médiocre	
En général		18,5 (16,3-20,6)	38,4 (35,8-41,0)	30,2 (27,7-32,7)	12,9 (11,0-14,8)	
Sexe	Femmes	11,7 (9,5-13,9)	38,8 (35,4-42,2)	33,8 (30,5-37,2)	15,7 (13,1-18,2)	Référence
	Hommes	19,5 (17,1-22,0)	38,4 (35,4-41,3)	29,6 (26,8-32,5)	12,5 (10,4-14,7)	1,42 (1,20-1,68)
Grade	MR	18,0 (15,3-20,7)	36,4 (33,1-39,7)	31,5 (28,3-34,7)	14,1 (11,7-16,5)	Référence
	Officier	19,9 (17,1-22,7)	44,5 (41,0-48,1)	26,1 (23,0-29,3)	9,4 (7,4-11,4)	1,39 (1,16-1,66)
Niveau d'activité physique ^b	Inactif	9,4 (3,8-15,0)	37,6 (27,9-47,3)	34,6 (25,1-44,1)	18,4 (9,8-27,0)	Référence
	Modérément actif	14,3 (7,4-21,2)	33,5 (24,6-42,4)	39,1 (29,3-48,9)	13,1 (6,0-20,2)	1,20 (0,73-1,98)
	Suffisamment actif	19,5 (17,1-21,9)	39,4 (36,5-42,3)	28,9 (26,2-31,6)	12,1 (10,1-14,1)	1,72 (1,18-2,51)
Indice de masse corporelle	Poids normal	17,1 (13,2-20,9)	45,0 (40,0-50,0)	27,5 (23,0-31,9)	10,5 (7,4-13,6)	Référence
	Surpoids	19,7 (16,4-23,0)	38,7 (34,8-42,7)	28,2 (24,5-31,8)	13,4 (10,6-16,2)	0,93 (0,74-1,18)
	Obésité	17,4 (13,0-21,8)	31,6 (26,5-36,8)	36,3 (30,7-41,9)	14,7 (10,4-18,9)	0,71 (0,53-0,93)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

^b Niveau d'activité physique évalué à l'aide de l'échelle du temps consacré aux loisirs de Godin; voir le chapitre 7 pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Les répondants au SSSV 2013-2014 se sont également fait demander à quel degré leur stress limitait leur participation à chacune des cinq activités communes suivantes : (1) le travail; (2) les interactions sociales; (3) les activités familiales; (4) les activités de loisirs; et (5) les tâches quotidiennes. Un peu plus de la moitié des membres actifs de la Force régulière ont déclaré que leur stress n'entravait pas leur participation à chacune de ces cinq activités (Tableau 2-15). Les femmes étaient plus susceptibles de déclarer que leur stress avait un plus grand impact sur leur participation aux tâches quotidiennes que les hommes. Les militaires du rang étaient plus susceptibles de déclarer que leur stress avait un plus grand impact sur leur participation aux activités dans le cadre de leur travail que les officiers. Les militaires âgés de 30 à 49 ans étaient plus susceptibles de déclarer que leur stress avait un plus grand impact sur leur participation aux interactions sociales, aux activités familiales, aux activités de loisirs et aux tâches quotidiennes, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans (données non présentées).

Tableau 2-15 : Degré auquel le stress limite la participation des membres de la Force régulière à cinq activités courantes

Activité	Degré auquel la participation est limitée		
	Pas du tout	Un peu	Plus qu'un peu
	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)
Travail (profession principale)	54,2 (51,5-56,9)	29,6 (27,2-32,2)	16,1 (14,2-18,3)
Interactions sociales	52,6 (49,9-55,3)	27,5 (25,1-30,0)	19,9 (17,8-22,2)
Activités familiales	58,0 (55,3-60,7)	25,7 (23,4-28,2)	16,2 (14,3-18,4)
Activités de loisirs	57,3 (54,6-59,9)	26,4 (24,0-28,8)	16,3 (14,4-18,5)
Tâches quotidiennes	56,3 (53,6-59,0)	29,7 (27,3-32,2)	14,0 (12,2-16,0)

2.3 Recours aux services de santé mentale au sein des Forces armées canadiennes

Comme c'est le cas dans le milieu civil, de nombreux membres des FAC consultent leur médecin de soins primaires lorsqu'ils ont besoin de soins de santé mentale. Les médecins de soins primaires peuvent soit fournir directement l'assistance requise à leurs patients, soit les référer vers des soins de santé mentale spécialisés offerts par les Services de santé des Forces canadiennes. Ces soins spécialisés sont coordonnés au niveau national par la Direction de la santé mentale et offerts au niveau local par des Centres des services de santé des Forces canadiennes.

Il existe deux différents niveaux de services spécialisés de santé mentale pour les FAC. Le premier niveau est nommé le « Programme de services psychosociaux » et est accessible à la plupart des cliniques médicales des FAC (Figure 2-2). Dans le cadre de ce programme de premier niveau, des travailleurs sociaux et des infirmiers en santé mentale offrent des services de santé mentale de base comme l'intervention en cas de crise, des consultations liées à la toxicomanie et l'intervention à court terme. Le deuxième niveau est nommé le « Programme de santé mentale générale » et est accessible aux bases des FAC plus grandes (Figure 2-2). Dans le cadre de ce programme de deuxième niveau, des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmiers en santé mentale, des conseillers en toxicomanie et des aumôniers offrent une vaste gamme de services de santé mentale. Certaines grandes bases des FAC comportent un « Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels » (CSTSO), qui offre également un traitement exhaustif aux patients



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

atteints d'une blessure de stress opérationnel (Figure 2-2). Les membres des FAC qui servent sur ces grandes bases ont donc accès à une plus vaste gamme de services de santé mentale offerts par les Services de santé des Forces canadiennes. Toutefois, les membres des FAC sont toujours référés vers des prestataires civils de soins de santé lorsque les services de santé mentale dont ils ont besoin ne sont pas disponibles aux lieux mêmes des FAC. On compte en fait, sur la liste des prestataires de soins de la Croix Bleue^{MC}, plus de 2 000 professionnels de la santé civils qui offrent différents niveaux de services aux membres des FAC partout au Canada. En outre, les membres des FAC ont accès en tout temps aux conseillers professionnels du Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes.

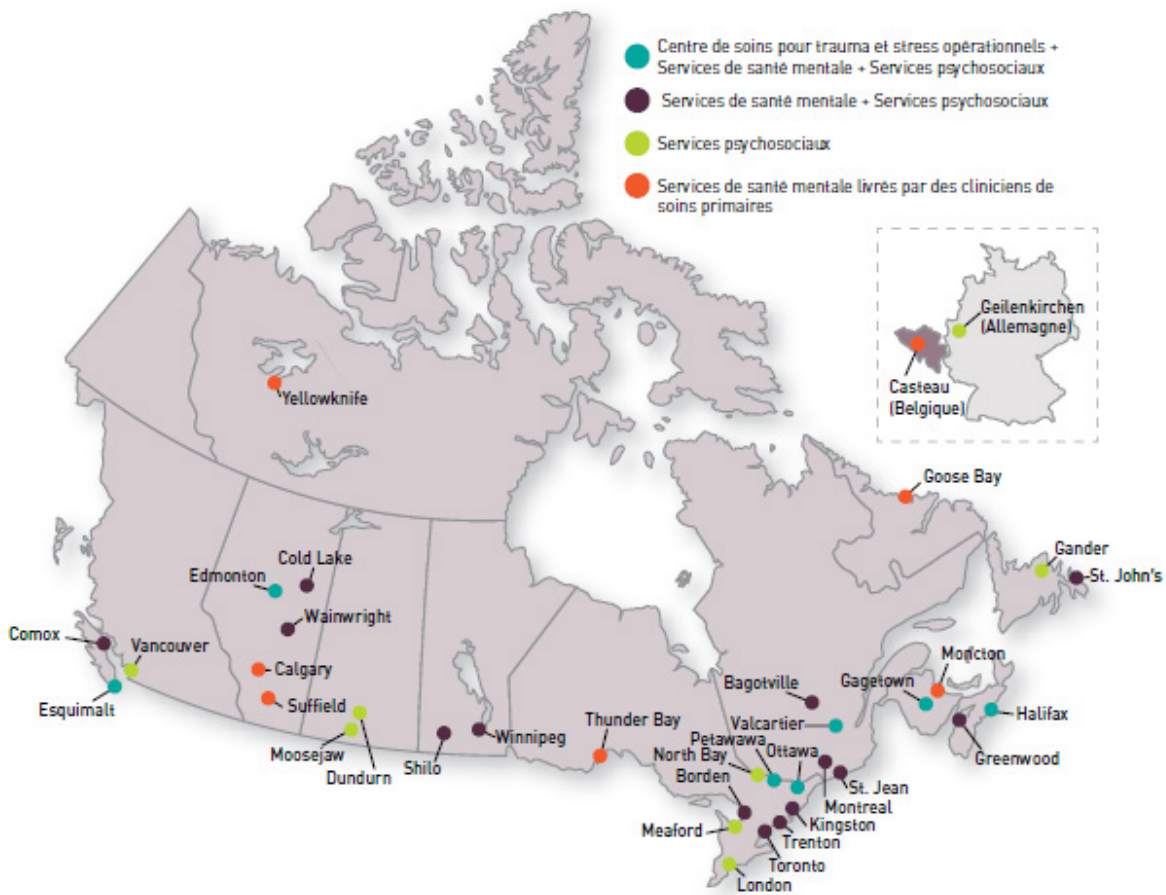


Figure 2-2 : Niveau de soins de santé mentale disponibles par l'intermédiaire des Services de santé des Forces canadiennes (MDN, 2013).

2.3.1 Obtenir des soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé

17,1 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir parlé à un professionnel de la santé concernant leur santé mentale pour des raisons autres que le dépistage lié au déploiement au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage est demeuré constant par rapport au sondage de 2008-2009, mais il est supérieur à celui de 2004 (Tableau 2-16). Les professionnels de la santé les plus souvent consultés pour un problème de santé mentale étaient des officiers médicaux/généralistes et des travailleurs sociaux/conseillers (Figure 2-3).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-16 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont obtenu des soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois, par année de sondage

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	12,9	(11,3-14,5)	0,72	(0,59-0,88)
2008-2009	14,8	(12,5-17,2)	0,85	(0,67-1,07)
2013-2014	17,1	(15,0-19,1)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

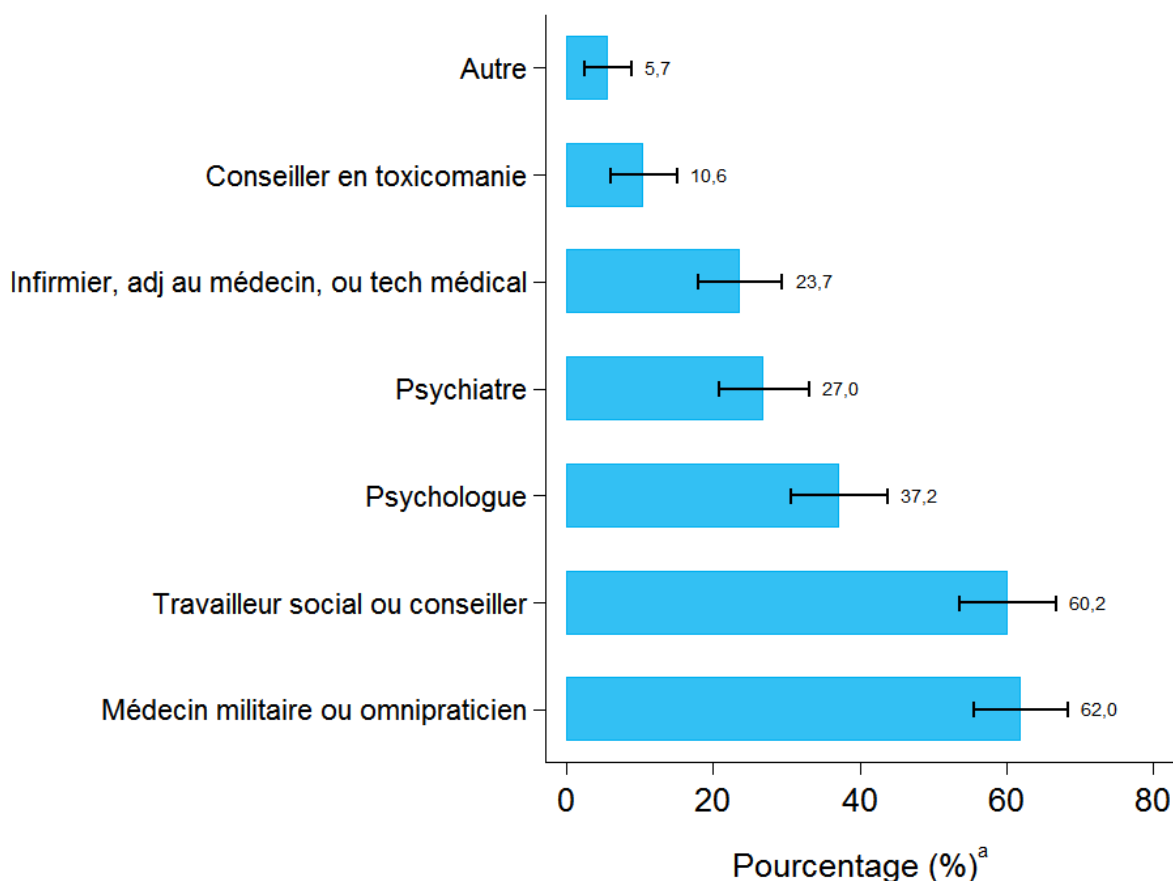


Figure 2-3 : Types de professionnels de la santé consultés pour des problèmes de santé mentale par les membres de la Force régulière qui ont obtenu des soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois.

^a Il est à noter que les répondants au sondage peuvent avoir consulté plus d'un type de professionnel. Les totaux peuvent dépasser les 100 %.

Le recours accru aux services de santé mentale peut être lié à : (1) un besoin accru de soins; et/ou (2) l'atténuation des obstacles aux soins. Comme cela a été indiqué à la section 2.2, la prévalence estimée du trouble dépressif



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

majeur, de l'ESPT, d'idées suicidaires et de la détresse psychologique est demeurée constante par rapport aux sondages antécédents. Ces constatations laissent supposer que le besoin de soins de santé mentale n'a pas considérablement changé au cours des dernières années. D'un autre côté, les obstacles aux soins de santé mentale peuvent avoir été réduits; un plus grand pourcentage des membres de la Force régulière atteints de troubles de santé mentale avaient récemment obtenu des soins en 2013-2014 par rapport à 2004 (Tableau 2-17). Même si les changements n'étaient pas significatifs pour un trouble en particulier, leur effet combiné peut expliquer en partie pourquoi la demande de soins a augmenté de 2004 à 2013-2014.

Tableau 2-17 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont obtenu des soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois, parmi ceux dont l'évaluation s'est avérée positive pour divers troubles de santé mentale, par année de sondage

Trouble	SSSV	Ont cherché à obtenir des soins de santé mentale		Rapport de cotes	(IC à 95 %)
		Pourcentage	(IC à 95 %) ^a		
Dépression majeure ^b	2004	55,4	(46,5-63,9)	0,74	(0,42-1,29)
	2008-2009	58,2	(45,1-70,2)	0,83	(0,42-1,64)
	2013-2014	62,7	(52,2-72,1)	Référence	
Évaluation approfondie de l'ESPT requise ^c	2008-2009	39,5	(27,4-53,1)	0,70	(0,36-1,35)
	2013-2014	48,5	(39,4-57,6)	Référence	
Détresse psychologique ^d	2004	59,3	(42,2-74,5)	0,80	(0,30-2,14)
	2008-2009	59,7	(31,6-82,7)	0,81	(0,21-3,18)
	2013-2014	64,6	(47,5-78,6)	Référence	
Idées suicidaires au cours des 12 derniers mois	2004	43,9	(31,2-57,4)	0,51	(0,23-1,14)
	2008-2009	59,4	(36,5-78,9)	0,96	(0,32-2,90)
	2013-2014	60,4	(45,9-73,4)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour la répartition selon l'âge et le sexe de l'effectif de la Force régulière de 2013.

^b La dépression majeure a été mesurée à l'aide du Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF).

^c Le besoin d'une évaluation plus approfondie de l'état de stress post-traumatique (ESPT) a été mesuré à l'aide de l'échelle de dépistage de l'ESPT en soins primaires.

^d La détresse psychologique a été mesurée à l'aide de l'échelle de Kessler 6.

La sollicitation de soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois a été davantage déclarée par : (1) les militaires âgés de 30 à 39 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; et (2) les femmes, comparativement aux hommes (Tableau 2-18). Le pourcentage des membres de la Force régulière qui ont sollicité des soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois ne différait pas selon le grade, l'élément de service ou la participation récente à un déploiement. La disponibilité locale du Programme de la Santé Mentale n'a pas été associée au pourcentage des membres de la Force régulière qui ont obtenu des soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois.

Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière



Tableau 2-18 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont obtenu des soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		17,1	(15,0-19,1)		
Âge (années)	18 à 29	14,0	(10,4-17,6)	Référence	
	30 à 39	19,7	(15,5-23,9)	1,51	(1,01-2,25)
	40 à 49	18,1	(14,5-21,7)	1,36	(0,92-2,00)
	50 à 60	14,2	(11,1-17,2)	1,01	(0,68-1,50)
Sexe	Femmes	26,1	(23,0-29,2)	Référence	
	Hommes	15,7	(13,4-18,0)	0,53	(0,41-0,67)
Dépression majeure ^a	Non	14,5	(12,5-16,5)	Référence	
	Oui	48,7	(38,0-59,5)	5,60	(3,54-8,86)
Évaluation approfondie de l'ESPT requise ^b	Non	13,1	(11,2-15,0)	Référence	
	Oui	48,5	(39,3-57,6)	6,24	(4,17-9,36)
Détresse psychologique ^c	Non	15,8	(13,8-17,9)	Référence	
	Oui	64,6	(48,6-80,6)	9,70	(4,74-19,85)
Idées suicidaires au cours des 12 derniers mois	Non	14,4	(12,4-16,3)	Référence	
	Oui	60,4	(46,3-74,5)	9,10	(4,94-16,76)

^a La dépression majeure a été mesurée à l'aide du questionnaire sur la santé du patient-2 (PHQ-2).

^b Le besoin d'une évaluation plus approfondie de l'état de stress post-traumatique (ESPT) a été mesuré à l'aide de l'échelle de dépistage de l'ESPT en soins primaires.

^c La détresse psychologique a été mesurée à l'aide l'échelle de Kessler 6.

Les membres de la Force régulière qui ont été signalés comme étant potentiellement atteints d'un problème de santé mentale à l'aide de chacun des outils de dépistage décrits dans les sections précédentes (c.-à-d. PHQ-2, échelle de dépistage de l'ESPT en soins primaires, et échelle K-6) étaient plus susceptibles d'avoir sollicités des soins de santé mentale au cours des 12 derniers mois comparativement aux militaires qui n'ont pas été signalés. Cependant, un important pourcentage de militaires signalés comme étant potentiellement atteints d'un problème de santé mentale n'avaient pas obtenu de soins au cours des 12 derniers mois (Tableau 2-18). Par exemple, seulement 60,4 % des militaires qui avaient sérieusement contemplé le suicide au cours des 12 derniers mois avaient obtenu des soins de santé mentale au cours de la même période.

Parmi les membres de la Force régulière qui avaient obtenu des soins de santé mentale au cours des 12 derniers mois, 72,6 % étaient très satisfaits ou satisfaits du traitement et des services qu'ils avaient reçus (Figure 2-4). Le niveau de satisfaction à l'égard du traitement et des services de santé mentale ne variait pas selon le sexe ou le grade. Trop peu de répondants au sondage ont déclaré être insatisfaits des services de traitement de santé mentale reçus pour permettre le reportage de statistiques significatives par âge et par élément de service.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

En raison de modifications à la conception des questions, le niveau de satisfaction à l'égard des services de santé mentale n'a pas pu être comparé entre les années de sondage.

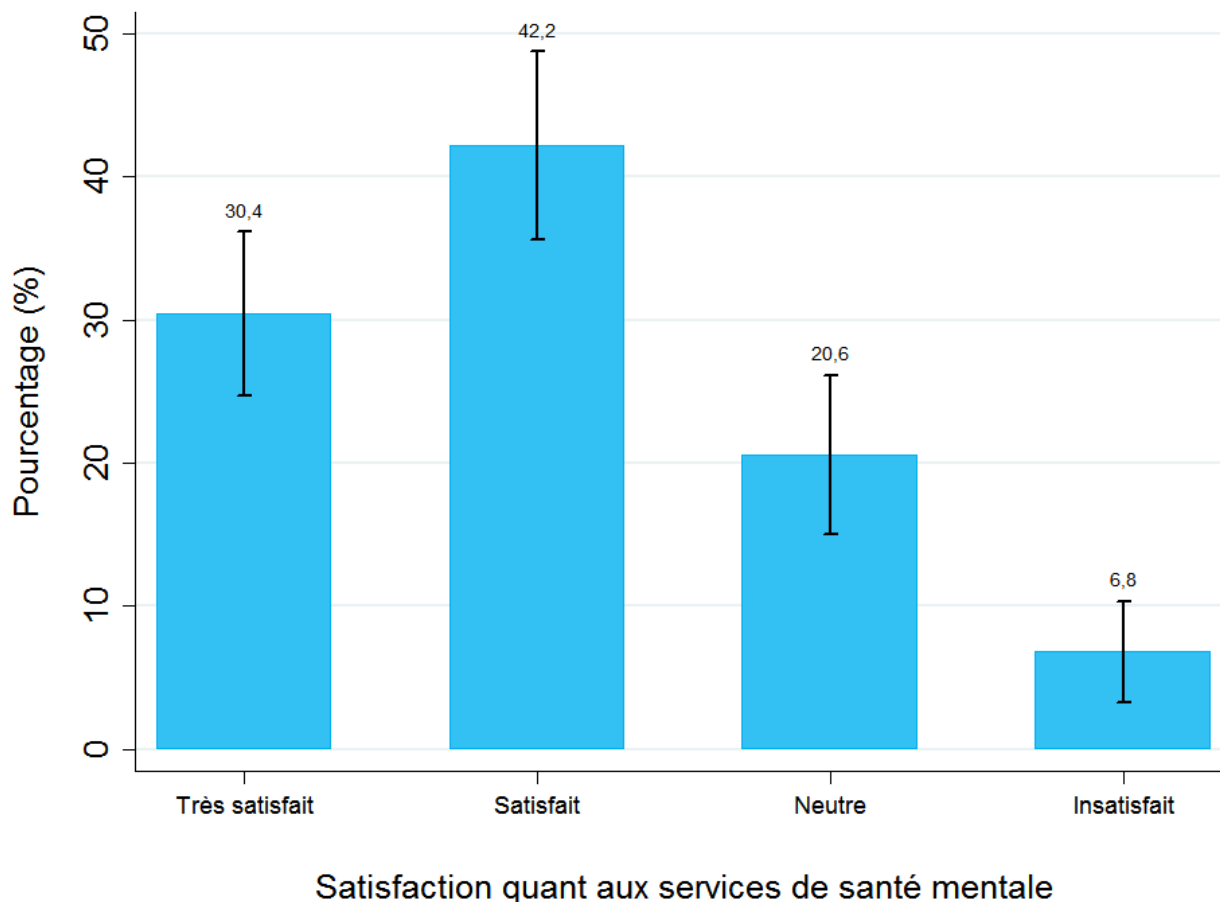


Figure 2-4 : Satisfaction à l'égard du traitement et des services reçus par les membres de la Force régulière qui ont obtenu des soins de santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois.

2.3.2 Mettre fin aux consultations pour un problème de santé mentale

Parmi les membres de la Force régulière qui avaient obtenu des soins de santé mentale au cours des 12 derniers mois, 54,8 % (IC à 95 % : 48,3 %-61,2 %) ont aussi mis fin à leurs consultations avec leur professionnel de la santé pour le traitement d'un problème de santé mentale. Ce pourcentage est demeuré constant par rapport à 2008-2009. Les raisons les plus souvent citées pour l'arrêt des consultations en santé mentale auprès d'un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois étaient : (1) se sentait mieux; (2) a achevé le traitement recommandé; et (3) pensait que le traitement était inutile (Figure 2-5).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

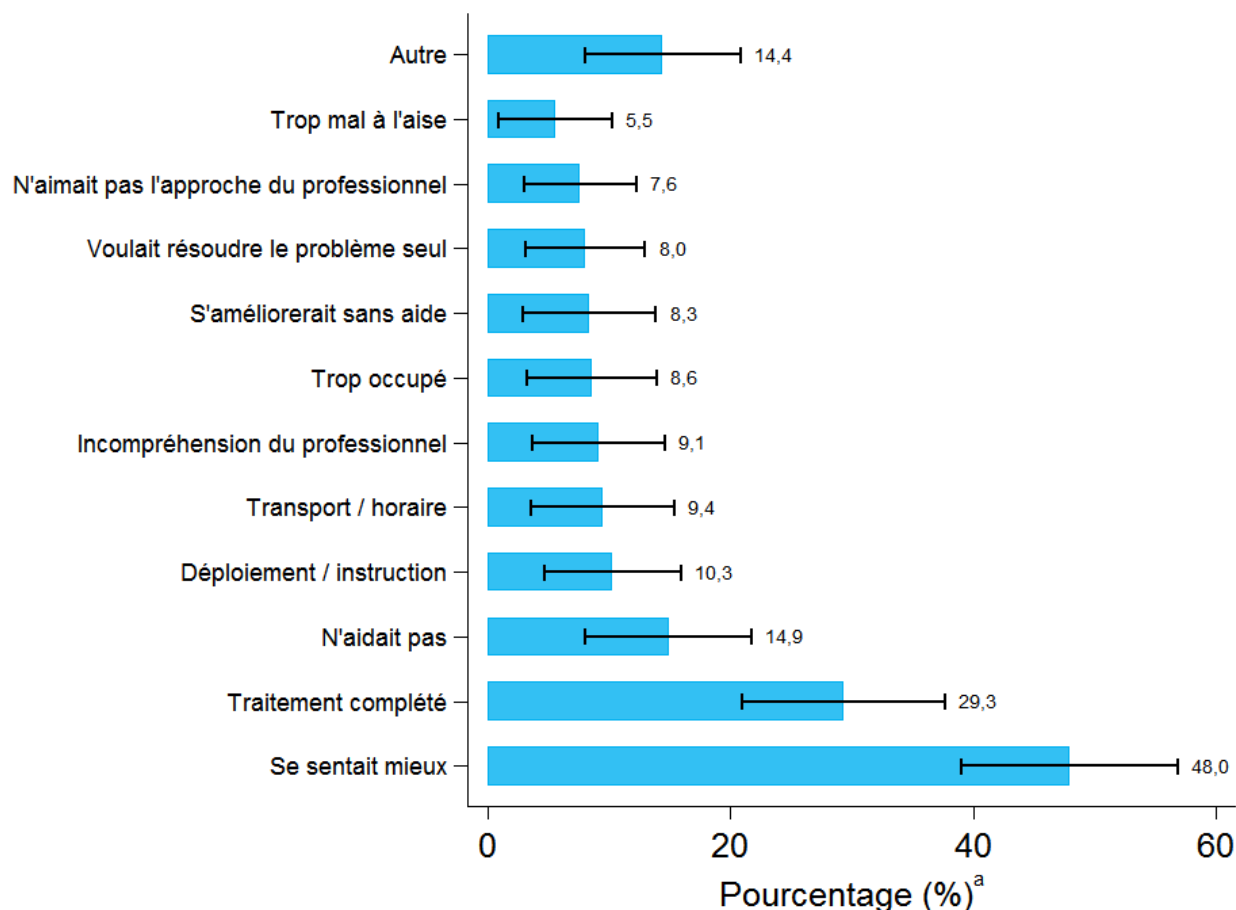


Figure 2-5 : Raisons pour lesquelles les consultations en santé mentale auprès d'un professionnel de la santé ont été arrêtées, chez les membres de la Force régulière qui ont mis fin à leurs consultations auprès d'un professionnel de la santé pour le traitement d'un problème de santé mentale au cours des 12 derniers mois.

^a Il est à noter que les répondants au sondage peuvent avoir cessé de consulter plus d'un type de professionnel de la santé. Les totaux peuvent dépasser les 100 %.

Certaines raisons énumérées à la Figure 2-5 indiquent un traitement efficace et reflètent les résultats désirés pour les patients en santé mentale (p. ex., le patient se sentait mieux). Toutefois, d'autres raisons indiquent un arrêt prématuré du traitement et reflètent des résultats non désirés par les patients en santé mentale (p. ex., le patient était trop occupé pour poursuivre le traitement). Les militaires dont la raison de l'arrêt des consultations en santé mentale au cours des 12 derniers mois était « se sentait mieux » ou « a achevé le traitement recommandé » ont donc été exclus des analyses suivantes. Il est à noter que le pourcentage de militaires qui ont déclaré avoir mis fin à leurs consultations en santé mentale au cours des 12 derniers mois parce qu'ils se sentaient mieux ou avaient achevé le traitement est demeuré constant depuis 2008-2009.

Parmi les membres de la Force régulière qui ont déclaré avoir obtenu des soins de santé mentale au cours des 12 derniers mois, 30,3 % ont aussi déclaré avoir mis fin à leurs consultations en santé mentale pour des raisons autres que le fait de se sentir mieux ou d'avoir achevé le traitement recommandé (c.-à-d. qu'ils ont mis fin à leurs consultations prématurément). Ce pourcentage est demeuré constant par rapport à 2008-2009.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

L'arrêt prématuré des consultations en santé mentale était plus probable chez les militaires âgés de 18 à 29 ans que chez les militaires âgés de 40 à 60 ans (Tableau 2-19). Le pourcentage des membres de la Force régulière qui avaient prématurément mis fin à leurs consultations en santé mentale au cours des 12 derniers mois ne variait pas selon le sexe, le grade ou l'élément de service.

Tableau 2-19 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont cessé leurs consultations en santé mentale au cours des 12 derniers mois pour des raisons autres que le fait de se sentir mieux ou d'avoir achevé le traitement recommandé, parmi les membres de la Force régulière qui ont consulté un professionnel de la santé mentale au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		30,3	(24,1-36,5)		
Âge (années)	18 à 29	39,9	(25,9-53,9)	Référence	
	30 à 39	35,4	(23,8-47,1)	0,83	(0,38-1,79)
	40 à 49	19,2	(10,6-27,8)	0,36	(0,16-0,80)
	50 à 60	16,7	(8,0-25,4)	0,30	(0,13-0,71)

2.3.3 Obstacles à l'accès aux soins de santé mentale

Il y a eu d'importants investissements en matière d'accès aux services de santé mentale chez les FAC depuis le changement du millénaire, notamment en ce qui concerne les traitements pour des blessures de stress opérationnel (MDN, 2013). Cependant, pour que ces services aient un impact optimal sur la santé des membres des FAC, ils doivent être facilement accessibles à tous ceux qui en ont besoin. Le SSSV 2013-2014 a donc interrogé les répondants sur les obstacles auxquels ils ont été confrontés lorsqu'ils cherchaient à obtenir des soins de santé mentale.

À un moment au cours des 12 mois précédant le SSSV 2013-2014, 14,7 % des membres de la Force régulière pensaient qu'ils avaient besoin de l'aide d'un professionnel de la santé mentale, mais ne l'ont pas reçue. Le pourcentage des membres de la Force régulière qui n'avaient pas reçu de l'aide bien qu'ils en percevaient la nécessité ne différait pas en 2013-2014 par rapport à 2008-2009 (Tableau 2-20). Depuis 2008-2009, d'importants efforts ont été déployés pour accroître l'accès aux services de santé mentale chez les membres de la Force régulière. Cependant, des efforts ont également été déployés pour sensibiliser davantage le personnel à l'égard des problèmes de santé mentale et des ressources disponibles. Même si la prévalence des troubles de santé mentale courants est demeurée constante, il est possible qu'un plus grand pourcentage des membres de la Force régulière reconnaissent qu'ils ont besoin de soins de santé mentale. Une recherche approfondie serait nécessaire pour discerner les effets combinés de : (1) l'accès accru aux soins; et (2) la sensibilisation accrue à l'égard des symptômes des problèmes de la santé mentale sur le taux d'obstacles aux soins nécessaires rapportés.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-20 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont perçu un besoin en soins de santé mentale, mais qui n'en ont pas reçu au cours des 12 derniers mois, par année de sondage

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2008-2009	11,7	(9,3-14,0)	0,77	(0,58-1,01)
2013-2014	14,7	(12,7-16,7)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

En 2013-2014, les militaires âgés de 18 à 29 ans étaient plus susceptibles de déclarer ne pas avoir reçu les soins de santé mentale dont ils avaient besoin, comparativement aux militaires âgés de 50 à 60 ans (Tableau 2-21). Le pourcentage des membres de la Force régulière qui n'avaient pas reçu les soins de santé mentale dont ils avaient besoin au cours des 12 derniers mois ne variait pas selon le sexe, le grade ou l'élément de service.

Tableau 2-21 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont perçu un besoin en soins de santé mentale, mais qui n'en ont pas reçu au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
Globalement		14,7	(12,7-16,7)		
Âge (années)	18 à 29	13,5	(10,0-17,1)	Référence	
	30 à 39	17,9	(13,8-22,0)	1,39	(0,92-2,11)
	40 à 49	13,9	(10,5-17,2)	1,03	(0,68-1,56)
	50 à 60	9,1	(6,5-11,6)	0,64	(0,41-0,99)

En 2013-2014, les raisons les plus communément citées pour la non-obtention de soins de santé requis étaient les suivantes : (1) le militaire préférait gérer le problème lui-même; (2) le militaire avait peur des répercussions négatives sur sa carrière militaire; et (3) le militaire avait peur de demander de l'aide (Figure 2-6). La fréquence à laquelle ces raisons ont été citées ne différait pas par rapport à 2008-2009. Ces constatations mettent en évidence la stigmatisation persistante liée à l'obtention de soins de santé mentale parmi les FAC.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

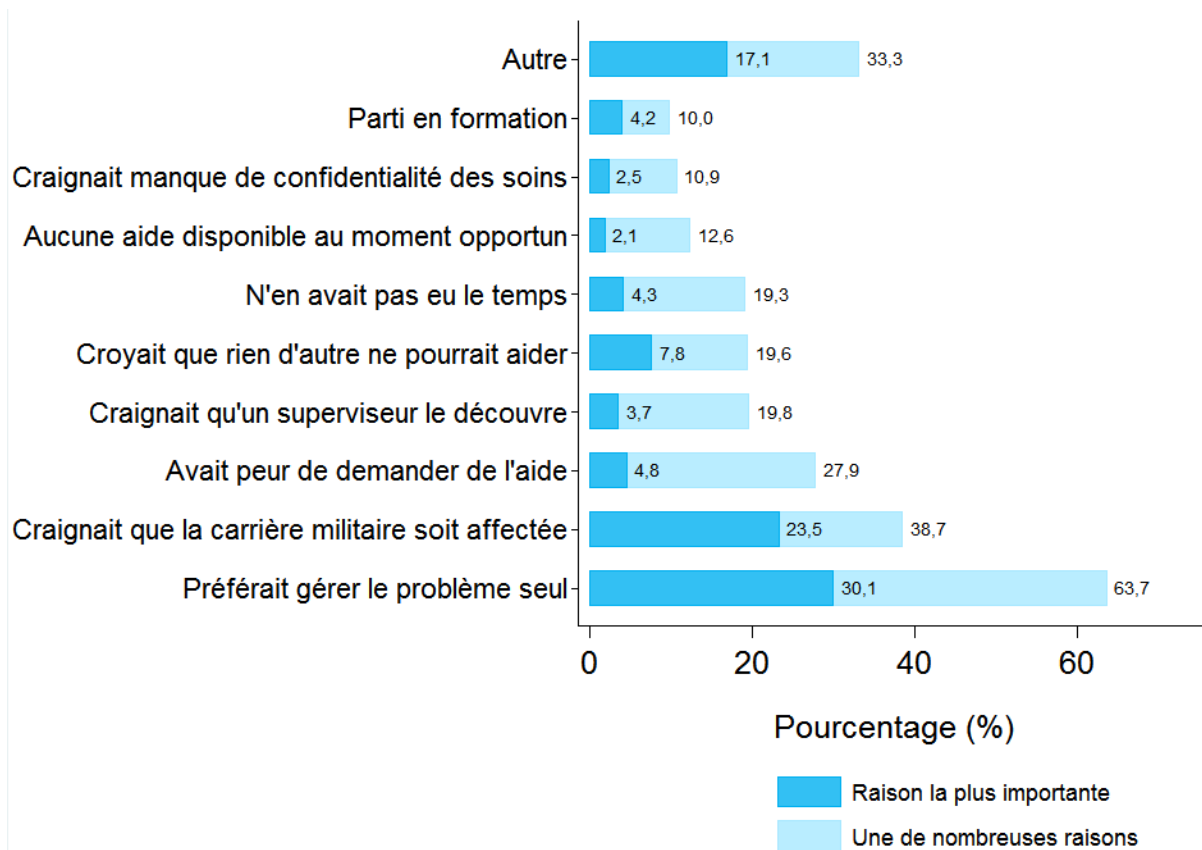


Figure 2-6 : Raisons pour lesquelles des membres de la Force régulière n'ont pas reçu les soins de santé mentale dont ils avaient besoin au cours des 12 derniers mois.

En 2013-2014, 40,5 % des membres de la Force régulière pensaient que l'obtention de soins de santé mentale nuirait certainement ou probablement à leur carrière militaire (Figure 2-7). L'opinion des membres de la Force régulière à l'égard de l'effet de l'obtention de soins de santé mentale sur leur carrière n'a pas changé depuis 2008-2009.

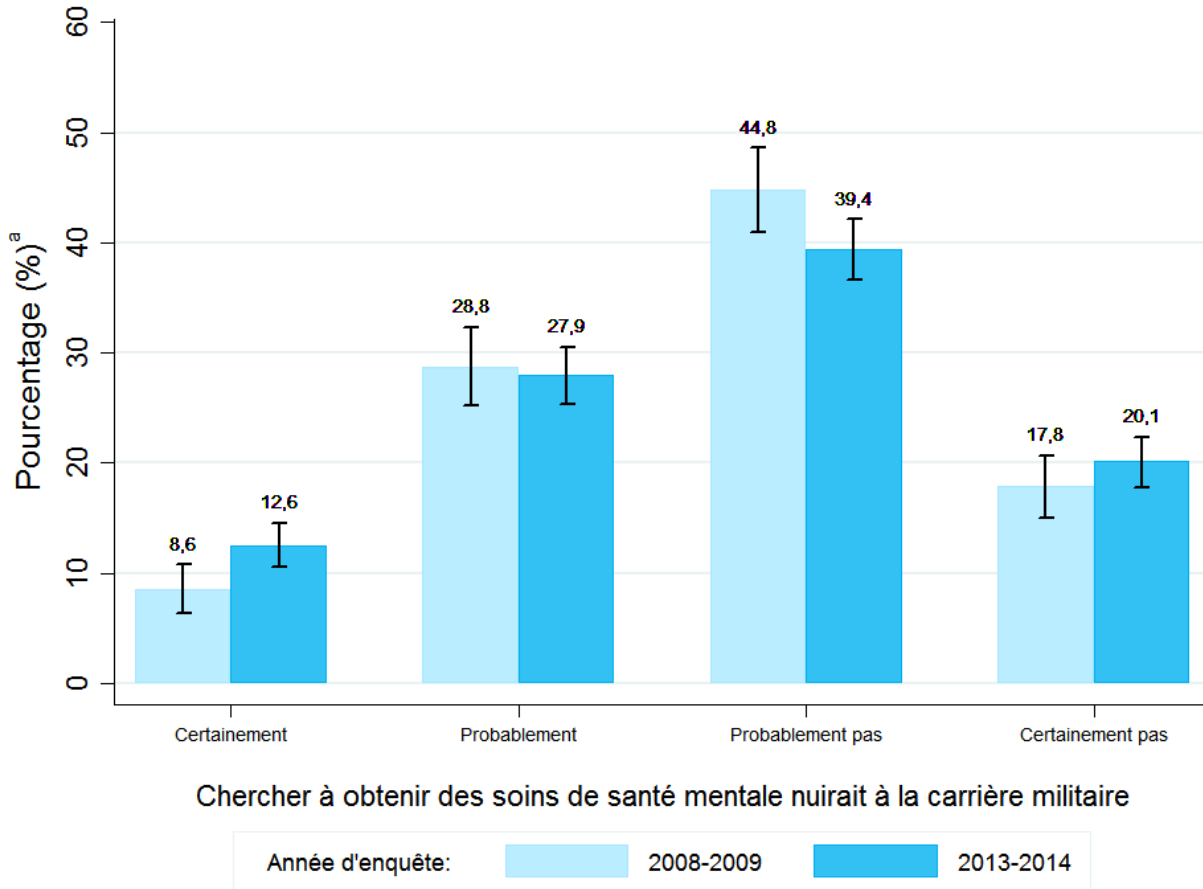


Figure 2-7 : Opinions des membres de la Force régulière concernant l'impact de l'obtention de soins de santé mentale sur leur carrière militaire.

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

En 2013-2014, la croyance qu'un recours aux services de soins de la santé mentale impacterait négativement sa carrière militaire était plus commune chez : (1) les militaires âgés de 18 à 29 ans, comparativement aux militaires âgés de 30 à 60 ans; (2) les hommes, comparativement aux femmes; (3) les militaires du rang, comparativement aux officiers; et (4) les membres de la Force terrestre, comparativement aux membres de la Force aérienne (Tableau 2-22).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 2-22 : Opinions des membres de la Force régulière concernant l'impact de l'obtention de soins de la santé mentale sur leur carrière militaire

Variable	Catégorie	L'obtention de soins de santé mentale nuirait à ma carrière militaire [pourcentage (IC à 95 %)]								
		Certainement		Probablement		Probablement pas		Certainement pas		Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
En général		12,6	(10,6-14,6)	27,9	(25,3-30,6)	39,4	(36,6-42,1)	20,1	(17,8-22,4)	
Âge (années)	18 à 29	12,2	(8,4-16,0)	34,9	(29,6-40,2)	40,5	(35,1-45,9)	12,4	(8,9-15,9)	Référence
	30 à 39	14,6	(10,6-18,6)	25,1	(20,2-30,0)	37,2	(32,0-42,4)	23,1	(18,4-27,8)	0,72 (0,54-0,96)
	40 à 49	11,6	(8,2-15,0)	25,3	(20,8-29,7)	39,8	(34,9-44,8)	23,3	(19,0-27,6)	0,65 (0,50-0,84)
	50 à 60	9,0	(6,2-11,8)	25,2	(21,0-29,5)	42,7	(37,8-47,5)	23,1	(19,0-27,2)	0,59 (0,46-0,76)
Sexe	Féminin	9,1	(6,9-11,3)	23,6	(20,5-26,6)	48,1	(44,4-51,7)	19,2	(16,4-22,1)	Référence
	Masculin	13,1	(10,8-15,4)	28,6	(25,6-31,6)	38,0	(34,9-41,2)	20,3	(17,7-22,9)	1,25 (1,06-1,48)
Grade	MR	13,9	(11,3-16,5)	29,2	(25,8-32,5)	37,3	(33,8-40,8)	19,7	(16,8-22,5)	Référence
	Officier	8,7	(6,5-10,9)	24,4	(21,2-27,5)	45,5	(41,8-49,2)	21,5	(18,4-24,6)	0,72 (0,60-0,87)
Élément de service	Force aérienne	9,3	(6,2-12,3)	26,9	(22,5-31,2)	41,0	(36,3-45,7)	22,8	(18,7-27,0)	Référence
	Force maritime	10,1	(6,2-14,1)	28,0	(21,7-34,3)	39,0	(32,4-45,6)	22,8	(17,0-28,6)	1,06 (0,77-1,44)
	Force terrestre	15,4	(12,3-18,6)	28,7	(24,8-32,5)	38,4	(34,4-42,5)	17,5	(14,3-20,6)	1,44 (1,14-1,83)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



2.4 Relations intimes

Une relation intime avec un conjoint ou un partenaire a de profondes répercussions sur la santé mentale car elle constitue souvent la relation interpersonnelle la plus importante et la plus complexe qu'une personne entretiendra. Tandis que les relations saines peuvent protéger les deux partenaires intimes contre divers problèmes de santé mentale, les relations stressantes peuvent augmenter le risque de troubles mentaux chez les deux partenaires (Whisman, 2012). Afin de mieux comprendre la satisfaction à l'égard de la relation intime ainsi que la violence conjugale auprès des FAC, dans le cadre du SSSV 2013-2014 les répondants se sont faits interroger sur des aspects liés à leur relation intime actuelle.

2.4.1 Satisfaction relationnelle

Au cours des 12 derniers mois, 86,5 % (IC à 95 % : 84,5 %, 88,3 %) des membres de la Force régulière étaient mariés, fréquentaient quelqu'un ou entretenaient une relation amoureuse stable. Parmi les militaires qui entretenaient une relation au cours des 12 derniers mois, 78,8 % (IC à 95 % : 75,5 %, 81,7 %) ont déclaré être très satisfaits ou satisfaits de leur relation au cours de la même période (Figure 2-8). Ce pourcentage ne variait pas selon l'âge, le sexe, le grade ou l'élément de service.

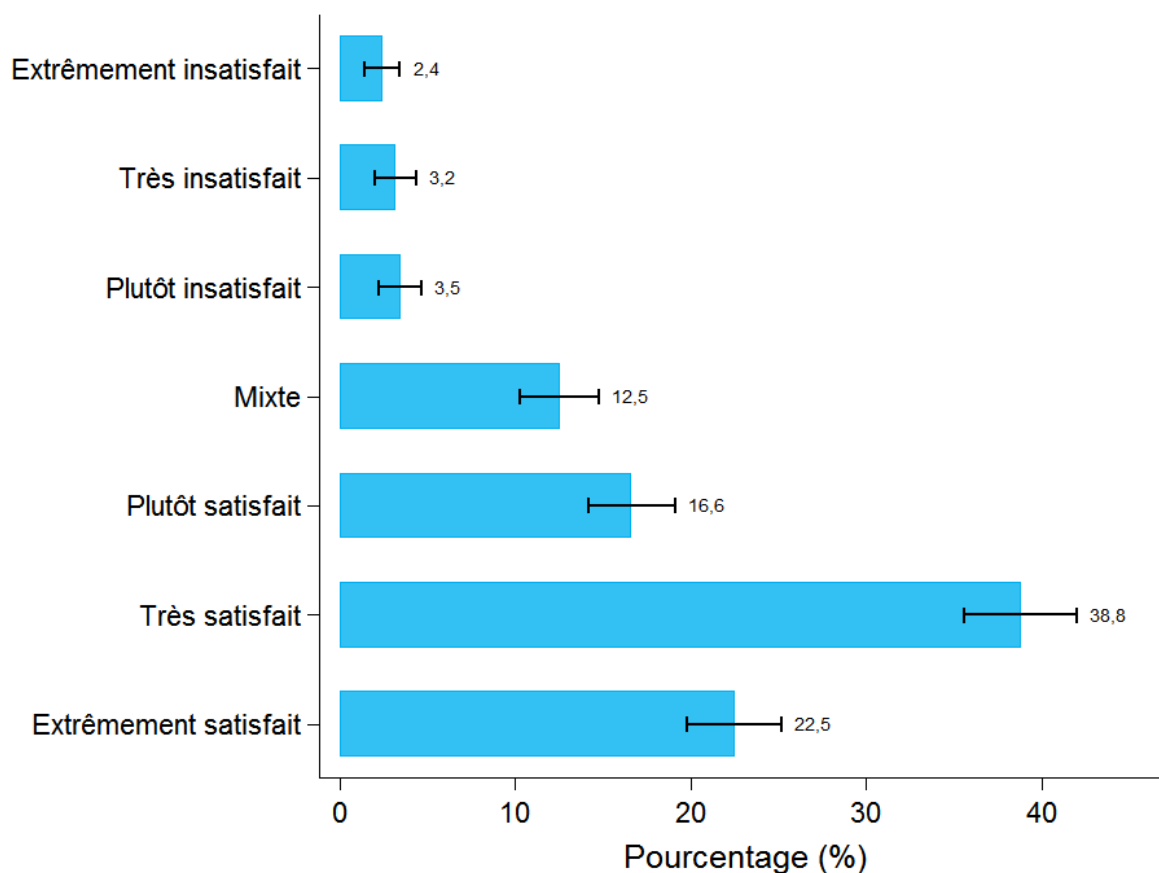


Figure 2-8 : Satisfaction en matière de relation amoureuse au cours des 12 derniers mois parmi les membres de la Force régulière qui étaient mariés, fréquentaient quelqu'un ou entretenaient une relation au cours des 12 derniers mois.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

2.4.2 Abus physique et sexuel infligé par des membres des Forces armées canadiennes

Parmi les membres de la Force régulière qui entretenaient une relation intime au cours des 12 derniers mois, 5,8 % (IC à 95 % : 4,6 %, 7,4 %) ont admis avoir infligé une forme de maltraitance physique ou sexuelle à leur partenaire au cours de la même période. Ce pourcentage ne variait pas selon l'âge, le sexe, le grade ou l'élément de service. Ces pourcentages ne peuvent être comparés aux résultats du SSSV 2008-2009 en raison des modifications importantes apportées à la formulation des questions.

Le type de maltraitance le plus couramment déclaré était le fait de pousser son partenaire, de le saisir par le bras ou de le bousculer (Tableau 2-23). Trop peu de répondants ont déclaré avoir infligé des sévices physiques ou sexuels à leur partenaire intime au cours des 12 derniers mois pour que l'on puisse effectuer des comparaisons significatives entre les types de maltraitance par les différentes catégories démographiques.

Tableau 2-23 : Prévalence d'abus physiques et sexuels entre des partenaires intimes au cours des 12 derniers mois, parmi les membres de la Force régulière qui entretenaient une relation amoureuse au cours des 12 derniers mois

Type de maltraitance	Membre de la Force régulière ayant maltraité son partenaire		Membre de la Force régulière ayant été maltraité par son partenaire	
	Pourcentage	(IC à 95 %)	Pourcentage	(IC à 95 %)
Pousser, saisir par le bras, bousculer	5,5	(4,1-6,9)	7,4	(5,7-9,0)
Gifler, donner un coup de pied, mordre ou frapper	1,1	(0,5-1,7)	5,2	(3,8-6,7)
Infliger des coupures ou des ecchymoses	0,9	(0,3-1,6) ^a	0,9	(0,4-1,5) ^a
Forcer à avoir des rapports sexuels	–	–	0,8	(0,3-1,2) ^a

^a Moins de 20 observations non pondérées; l'estimation peut être instable; interprétez avec prudence.

2.4.3 Abus physiques et sexuels infligés par des partenaires intimes des Forces armées canadiennes

Parmi les membres de la Force régulière qui entretenaient une relation intime au cours des 12 derniers mois, 9,9 % ont déclaré avoir subi des sévices physiques ou sexuels de la part de leur partenaire au cours de la même période. Ce pourcentage ne variait pas selon le sexe, le grade ou l'élément de service. Toutefois, un plus grand pourcentage de militaires âgés de 18 à 29 ans ont déclaré avoir été maltraités par leur partenaire intime au cours des 12 derniers mois, comparativement aux militaires âgés de 40 à 60 ans (Tableau 2-24). Ces pourcentages ne peuvent être comparés aux résultats du SSSV 2008-2009 en raison des modifications importantes apportées à la formulation des questions.



Tableau 2-24 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré avoir subi des abus physiques ou sexuels de la part de leur partenaire au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		9,9	(8,0-11,7)		
Âge (années)	18 à 29	13,8	(9,7-18,0)	Référence	
	30 à 39	9,4	(6,1-12,7)	0,65	(0,39-1,09)
	40 à 49	7,9	(5,0-10,8)	0,53	(0,31-0,90)
	50 à 60	5,9	(3,5-8,3)	0,39	(0,23-0,68)

2.5 Conclusion

La prévalence estimée d'importants problèmes de santé mentale, tel que la dépression majeure, l'état de stress post-traumatique, la détresse psychologique et les idées suicidaires n'a pas changé entre le SSSV 2004 et le SSSV 2008-2009.

Les récents déploiements outre-mer n'ont pas été associés aux problèmes de santé mentale, mais il faut garder trois points importants à l'esprit lors de l'interprétation de ces résultats : (1) seuls les militaires qui ont réussi les tests de dépistage approfondis pour des problèmes de santé mentale auraient pu être déployés outre-mer; (2) seules les données sur les déploiements au cours des deux dernières années ont été évaluées; et (3) aucune donnée n'a été recueillie pour mesurer l'exposition ou non des militaires au combat ou à d'autres événements traumatisants pendant le déploiement.

En général, la santé mentale tendait à être plus pauvre chez : (1) les militaires du rang, comparativement aux officiers; (2) les militaires veufs, divorcés ou séparés, comparativement aux militaires mariés ou conjoints de fait; et (3) les militaires obèses, comparativement aux militaires de poids normal. Ces constatations concordent avec la documentation scientifique. En fait, de récentes études ont révélé que les personnes ayant une mauvaise santé mentale présentent un plus haut risque de prise de poids malsaine.

Le pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consulté un professionnel de la santé concernant un problème de santé mentale au cours des 12 derniers mois n'avait pas changé depuis le SSSV 2008-2009. Le pourcentage des membres de la Force régulière qui jugeaient avoir besoin de soins de santé mentale, mais qui ne les avaient pas obtenus au cours des 12 derniers mois n'avait pas changé depuis le SSSV 2008-2009. Cependant, une proportion importante des militaires atteints de problèmes de santé mentale n'avaient pas tenté d'obtenir des soins de santé mentale au cours des 12 derniers mois. Par exemple, seulement 60 % des militaires qui avaient sérieusement contemplé le suicide au cours de 12 derniers mois avaient obtenu des soins de santé mentale au cours de la même période. Les obstacles aux soins de santé mentale persistent pour les membres de la Force régulière. Compte tenu du fait que le recours aux services de santé mentale est suscité par le (1) besoin en soins et (2) l'accessibilité aux soins et leur acceptabilité, de plus amples recherches sont nécessaires.

2.6 Références

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e éd., Arlington, VA (États-Unis), American Psychiatric Publishing, 2013, p. 271-280.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

CAIRNEY, J., S. VELDHUIZEN, T.J. WADE, P. KURDYAK et D.L. STREINER. « Evaluation of 2 measures of psychological distress as screeners for depression in the general population », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 52, n° 2, 2007, p. 111-120.

CANADA. MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE. *Stratégie du médecin général en matière de santé mentale : une évolution de l'excellence*, Groupe des Services de santé des Forces canadiennes, 2013. Sur Internet : <http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/strategie-med-gen-sante-mentale.pdf>.

INSEL, T. *Getting Serious About Mental Illnesses*, National Institute of Mental Health, 2013. Sur Internet : <<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/getting-serious-about-mental-illnesses.shtml>>.

KESSLER, R.C., J.G. GREEN, M.J. GRUBER, N.A. SAMPSON, E. BROMET, M. CUITAN et coll. « Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 19, suppl. 1, 2010, p. 4-22.

KESSLER, R.C., P.R. BARKER, L.J. COLPE, J.G. EPSTEIN, J.C. GFROERER, E. HIRIPI et coll. « Screening for serious mental illness in the general population », *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, 2003, p. 184-189.

KESSLER, R.C., P.E. GREENBERG, K.D. MICKELSON, L.M. MENEADES et P.S. WANG. « The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 43, n° 3, 2001, p. 218-225.

KROENKE, K., R.L. SPITZER et J.B. WILLIAMS. « The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener », *Medical Care*, vol. 41, n° 11, 2003, p. 1284-1292.

KUBZANSKY, L.D., P. BORDELOIS, H.J. JUN, A.L. ROBERTS, M. CERDA, N. BLUESTONE et K.C. KOENEN. « The weight of traumatic stress: a prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and weight status in women », *JAMA Psychiatry*, vol. 71, n° 1, 2014, p. 44-51.

LAZARUS, R.S., et S. FOLKMAN. *Stress, Appraisal, and Coping*, New York (NY), Springer Publishing Company, 1984.

LEE, D.J., C.H. WARNER et C.W. HOGE. « Advances and controversies in military posttraumatic stress disorder screening », *Current Psychiatry Reports*, vol. 16, 2014, p. 467.

MARCUS, M., M.T. YASAMY, M. VAN OMMEREN, D. CHISHOLM et S. SAXENA. *Depression: A Global Public Health Concern*, Organisation mondiale de la Santé, Département de la Santé mentale et des Toxicomanies, 2012. Sur Internet : <http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf?ua=1>.

NOVACO, R. « Anger as a Clinical and Social Problem », *Advances in the Study of Aggression*, New York, Academic Press, 1986, vol. 2.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La dépression*, 2012. Aide-mémoire n° 369. Sur Internet : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>>.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *10 faits sur la santé mentale*, 2014. Sur Internet : <http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/>.

PAGOTO, S.L., K.L. SCHNEIDER, J.S. BODENLOS, B.M. APPELHANS, M.C. WHITED, Y. MA et S.C. LEMON. « Association of post-traumatic stress disorder and obesity in a nationally representative sample », *Obesity*, vol. 20, n° 1, 2012, p. 200-205.

PRINS, A., P. OUIMETTE, R. KIMERLING, R.P. CAMERON, S. HUGELSHOFER, J. SHAW-HEGWER et coll. « The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics », *Primary Care Psychiatry*, vol. 9, n° 1, 2003, p. 9-14.

SHIELDS, M. « Stress, santé et bienfaits du soutien social », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 15, n° 1, 2004, p. 9-41.

STATISTIQUE CANADA. *Étude : santé mentale dans les Forces armées canadiennes, 2013, 2014*. Sur Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/141125/dq141125c-fra.htm>>.

TAYLOR, S.E., et F.M. SIROIS. *Health Psychology*, Toronto (Ont.), McGraw-Hill Ryerson, 2009.

TERHAKOPIN, A., N. SINAI, C.C. ENGEL, P.P. SCHNURR et C.W. HOGE. « Estimating population prevalence of posttraumatic stress disorder: an example using the PTSD checklist », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 21, n° 3, 2008, p. 290-300.

WELLS, K.B., A. STEWART, R.D. HAYS, M.A. BURNAM, W. ROGERS, M. DANIELS et coll. « The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study », *JAMA*, vol. 262, n° 7, 1989, p. 914-919.

WHISMAN, M.A., et D.H. BAUCOM. « Intimate relationships and psychopathology », *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 15, n° 1, 2012, p. 4-13.

ZAMORSKI, M.A., C. RUSU et B.G. GARBER. « Prevalence and correlates of mental health problems in Canadian Forces personnel who deployed in support of the mission in Afghanistan: findings from postdeployment screenings, 2009-2012 », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 59, n° 6, 2014, p. 319-326.



Chapitre 3 – Blessures

3.1 Introduction

Les blessures constituent la principale menace à l'universalité du service ou au principe du « soldat d'abord », qui exige que tous les membres des Forces armées canadiennes (FAC) soient en bonne condition physique, aptes au travail et déployables (Gp Svc S FC, 2014). En temps de paix et au combat, les blessures ont une incidence négative sur la santé globale, la productivité et l'état de préparation opérationnelle de l'effectif militaire (Jones, 2010). Les blessures augmentent la perte de temps, le recours à des soins de santé et les coûts d'invalidité, ce qui génère un fardeau économique important (Nindl, 2013).

Paradoxalement, les exigences liées au travail et à l'instruction des FAC exposent le personnel à un plus grand risque de blessures. L'importance de la santé physique pour la préparation opérationnelle laisse entendre qu'il y a un besoin en programmes de prévention des blessures en vue d'atténuer le fardeau causé par les blessures. La détermination des facteurs de risque pourrait orienter l'attribution de ressources pour des possibilités d'intervention.

Une blessure qui est suffisamment grave pour limiter le fonctionnement quotidien normal, pendant au moins un jour, est considérée comme une blessure limitant l'activité. Un microtraumatisme répété (MTR) limitant l'activité découle d'un mouvement répété qui survient au cours d'une certaine période (p. ex., le développement du syndrome du canal carpien attribuable à l'exposition à des facteurs quotidiens du milieu de travail). Une blessure aiguë limitant l'activité découle généralement d'un seul incident à un moment donné (p. ex., une fracture).

Dans le cadre du SSSV 2013-2014, on a interrogé les répondants sur les microtraumatismes répétés et les blessures aiguës subis au cours des 12 derniers mois. Les répondants qui ont déclaré avoir subi une blessure ont été soumis à une évaluation approfondie pour obtenir plus de détails sur le contexte dans lequel la blessure est survenue.

3.2 Microtraumatismes répétés

Un MTR découle d'un mouvement répétitif et énergique touchant les muscles, les tendons et les nerfs pendant des périodes relativement longues (Yassi, 1997). Parmi les exemples courants de microtraumatismes répétés, mentionnons la tendinite, le syndrome du canal carpien et l'épicondylite latérale.

3.2.1 Prévalence d'un an de microtraumatismes répétés

Au cours des 12 derniers mois, 32,3 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir subi un MTR qui était suffisamment grave pour limiter leurs activités normales (Tableau 3-1). Le pourcentage des militaires ayant subi un MTR au cours des 12 derniers mois augmentait avec l'âge (Tableau 3-2). Les militaires de poids normal étaient moins susceptibles de subir un MTR au cours des 12 derniers mois que les militaires en surpoids ou obèses (Tableau 3-2). Le pourcentage des membres de la Force régulière ayant subi un MTR au cours des 12 derniers mois ne variait pas selon le sexe, le grade, l'élément de service, la consommation de tabac ou le niveau d'activité physique.

Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière



Tableau 3-1 : Pourcentage^a des membres de la Force régulière ayant subi un microtraumatisme répété au cours des 12 derniers mois, par année de sondage

SSSV	Pourcentage (IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes (IC à 95 %)
2004	26,4 (24,3-28,6)	0,75 (0,64-0,88)
2008-2009	22,6 (19,7-25,8)	0,61 (0,50-0,75)
2013-2014	32,3 (29,8-34,8)	Référence

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Tableau 3-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant subi un microtraumatisme répété au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		32,3 (29,8-34,8)	
Âge (années)	18 à 29	23,3 (19,1-28,2)	Référence
	30 à 39	31,7 (26,9-36,8)	1,52 (1,08-2,14)
	40 à 49	37,3 (32,8-42,1)	1,96 (1,42-2,71)
	50 à 60	45,9 (41,3-50,4)	2,79 (2,03-3,81)
Indice de masse corporelle	Poids normal	25,7 (21,6-30,3)	Référence
	Surpoids	31,7 (28,1-35,6)	1,34 (1,01-1,78)
	Obésité	42,3 (36,7-48,0)	2,11 (1,53-2,92)

Parmi les membres de la Force régulière qui ont subi un MTR grave au cours des 12 derniers mois, 79,8 % ont eu recours à des soins médicaux pour leur blessure. Autrement dit, 25,5 % des membres de la Force régulière ont obtenu des soins médicaux pour un MTR subi au cours des 12 derniers mois. Les femmes blessées étaient plus susceptibles de chercher des soins pour leur blessure que les hommes blessés (Tableau 3-3). On n'a observé aucune différence dans le comportement de recherche de soins pour des MTR récents selon l'âge, le grade ou l'élément de service.

Tableau 3-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière blessés qui ont obtenu des soins pour leur microtraumatisme répété au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		79,8 (75,6-83,5)	
Sexe	Féminin	87,5 (83,2-90,9)	Référence
	Masculin	78,5 (73,6-82,7)	0,52 (0,34-0,81)



3.2.2 Types de microtraumatismes répétés subis

Les parties du corps les plus couramment touchées par un MTR au cours des 12 derniers mois étaient : (1) la partie inférieure du dos; (2) les cuisses et les genoux; et (3) les épaules et la partie supérieure du dos (Figure 3-1). Les trois parties du corps les plus couramment touchées par un MTR au cours des 12 derniers mois étaient les mêmes pour les hommes et les femmes et variaient peu selon l'âge.

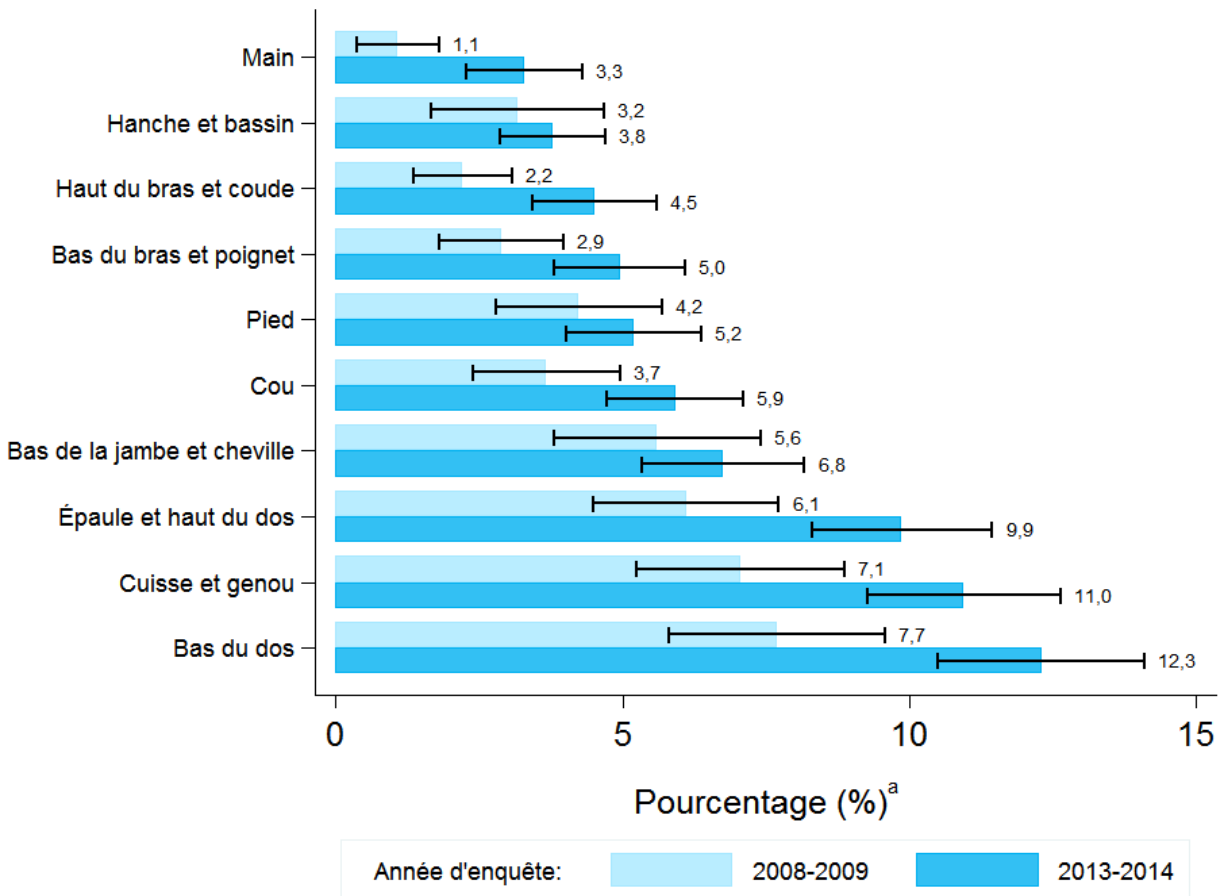


Figure 3-1 : Pourcentage de tous les membres de la Force régulière ayant subi un microtraumatisme répété propre à des parties du corps au cours des 12 derniers mois.

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Les activités auxquelles participaient les membres de la Force régulière lorsqu'ils se sont blessés au cours des 12 derniers mois étaient : (1) l'entraînement physique; (2) une activité sportive; et (3) l'entraînement militaire (Figure 3-2). Le jogging était l'activité physique associée au plus grand nombre de blessures parmi les membres de la Force régulière. Le hockey sur glace, un sport exercé par moins de militaires que le jogging, était l'activité physique associée au plus haut taux de blessure parmi les membres de la Force régulière (voir le chapitre 7).

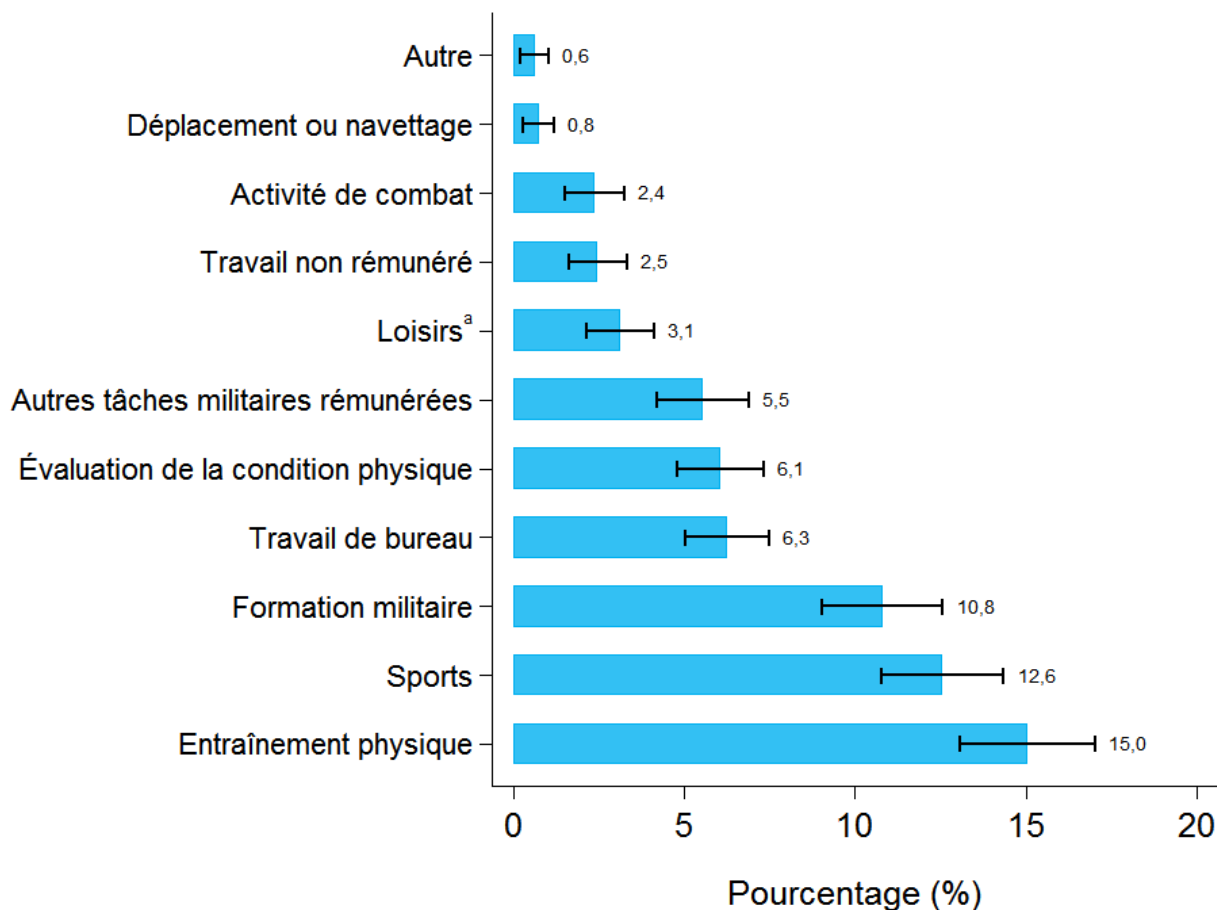


Figure 3-2 : Pourcentage de tous les membres de la Force régulière ayant subi un microtraumatisme répété en participant à des activités particulières au cours des 12 derniers mois.

^a Les activités de loisirs excluent les activités sportives, la formation par l’aventure et l’entraînement physique.

Il est à noter que 2,4 % de tous les microtraumatismes répétés subis et déclarés au cours des 12 derniers mois étaient associés à des activités liées au combat (Figure 3-2). Cependant, 33,6 % (IC à 95 % : 18,2 %, 53,6 %) des militaires qui ont déclaré avoir subi un MTR pendant une activité liée au combat au cours des 12 derniers mois n’avaient pas été déployés durant les deux dernières années. Par conséquent, les répondants interprétaient probablement les « activités liées au combat » comme : (1) des activités liées au combat contre une armée ennemie; et/ou (2) des activités liées à des simulations de combat menées dans le cadre d’exercices militaires. Il convient d’en tenir compte dans l’interprétation des résultats.

Les trois principales activités auxquelles participaient couramment les membres de la Force régulière lorsqu’ils ont subi un MTR au cours des 12 derniers mois étaient les mêmes pour les hommes et les femmes et variaient très peu selon l’âge. Parmi tous les microtraumatismes répétés graves subis par les membres de la Force régulière au cours des 12 derniers mois, 6,7 % étaient des blessures à la cuisse ou au genou subies pendant l’entraînement physique (Figure 3-3).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

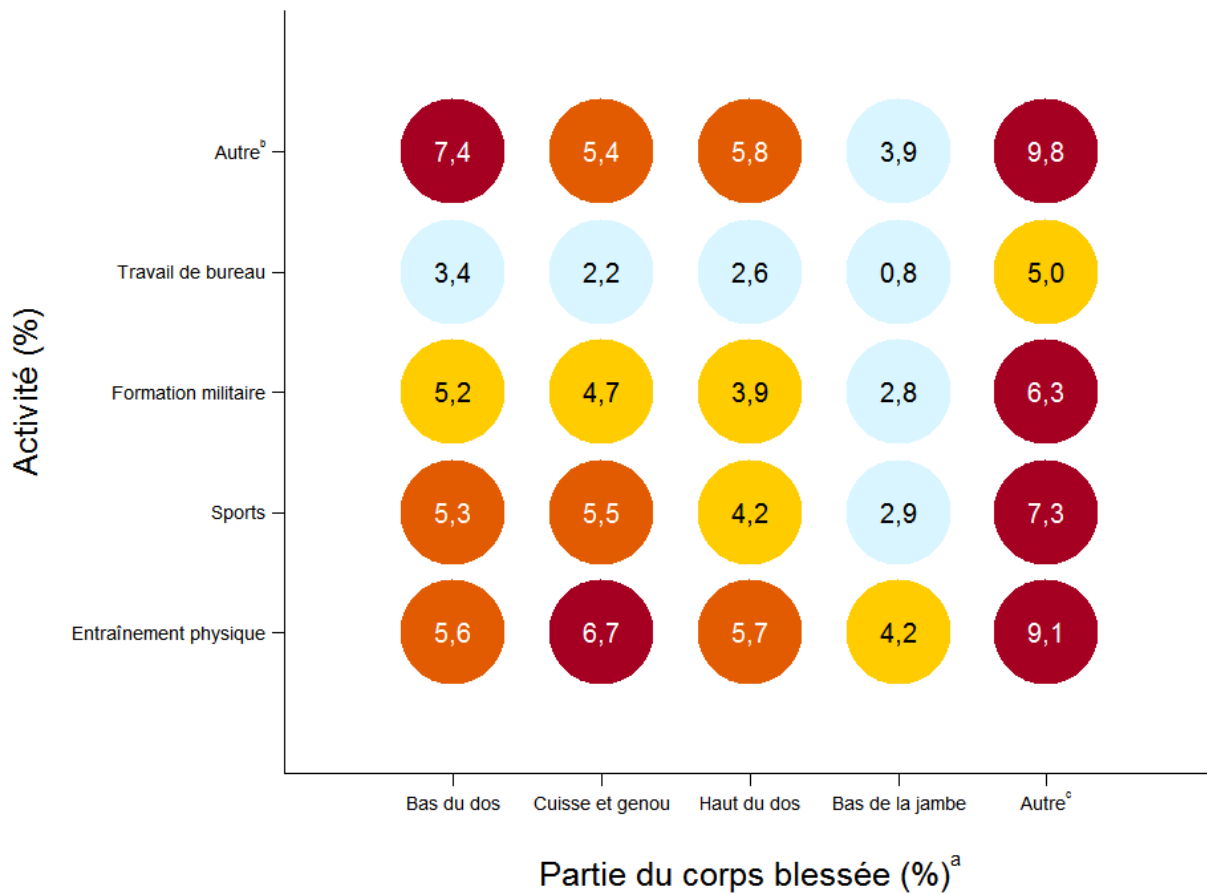


Figure 3-3 : Pourcentage de tous les microtraumatismes répétés subis à une partie précise du corps par des membres de la Force régulière au cours des 12 derniers mois et survenus lors de la participation à une activité donnée.

^a Il est à noter que des membres de la Force régulière peuvent avoir subi plus d'un microtraumatisme répété; ces pourcentages totalisés peuvent dépasser 100 %.

^b D'autres activités comprennent les activités liées au combat, le test d'évaluation de la condition physique, la formation par l'aventure, les déplacements, les travaux non payés, les activités de loisirs et d'autres tâches non payées.

^c D'autres parties du corps comprennent le cou, le haut du bras, le coude, le bas du bras, le poignet, la main, la hanche, le bassin, le pied, la poitrine et l'abdomen.

Il est à noter qu'un plus grand pourcentage des membres de la Force régulière ont déclaré avoir subi un MTR au cours des 12 derniers mois précédant le SSSV 2013-2014 par rapport aux sondages antérieurs (Tableau 3-1). Cette hausse apparente du nombre de cas sur une période d'un an de microtraumatismes répétés n'était pas attribuable à un seul type de blessures, mais à l'augmentation de nombreux types de microtraumatismes répétés (y compris des blessures au bas du dos, à la cuisse et au genou, à l'épaule et au haut du dos) de 2008-2009 à 2013-2014 (Figure 3-1). La raison de cette augmentation du nombre de cas sur une période d'un an des microtraumatismes répétés parmi les membres de la Force régulière est inconnue. La définition du microtraumatisme répété utilisée dans le SSSV a légèrement changé entre 2008-2009 et 2013-2014, mais il était peu probable que cette petite différence tienne compte de la forte hausse observée du nombre de cas sur une période d'un an de microtraumatismes répétés.



3.3 Blessures aiguës

Les blessures aiguës découlent d'un transfert soudain d'énergie à une ampleur qui dépasse le seuil de tolérance humain, ou de l'absence d'éléments vitaux comme l'oxygène ou la chaleur (CDC, 2001). Contrairement aux microtraumatismes répétés, les blessures aiguës sont causées par un seul événement et surviennent à un moment précis. Des exemples courants de blessures aiguës comprennent les fractures osseuses, les déchirements musculaires et les lacérations.

3.3.1 Fréquence des blessures aiguës sur une période d'un an

Au cours des 12 derniers mois, 19,4 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir subi une blessure aiguë qui était suffisamment grave pour limiter leurs activités normales. Ce pourcentage est demeuré inchangé par rapport au SSSV 2008-2009, mais est inférieur à celui observé en 2004 (Tableau 3-4). En 2013-2014, le pourcentage des membres de la Force régulière ayant subi une blessure aiguë au cours des 12 derniers mois ne variait pas selon l'âge, le sexe, le grade, l'élément de service, l'indice de masse corporelle, la consommation de tabac ou le niveau d'activité physique.

Tableau 3-4 : Pourcentage^a des membres de la Force régulière qui ont subi une blessure aiguë au cours des 12 derniers mois

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	26,1	(23,9-28,4)	1,47	(1,23-1,76)
2008-2009	20,5	(17,8-23,5)	1,07	(0,86-1,34)
2013-2014	19,4	(17,3-21,6)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Parmi les membres de la Force régulière qui ont subi une blessure aiguë au cours des 12 derniers mois, 83,2 % (IC à 95 % : 77,9 %, 87,4 %) ont obtenu des soins médicaux. Autrement dit, 16,1 % (IC à 95 % : 14,2 %, 18,2 %) des membres de la Force régulière ont obtenu des soins médicaux pour une blessure aiguë subie au cours des 12 derniers mois. Le pourcentage des membres de la Force régulière qui avaient reçu des soins médicaux pour une blessure aiguë subie au cours des 12 derniers mois ne variait pas selon l'âge, le sexe, le grade ou l'élément de service.

3.3.2 Types de blessures aiguës et parties du corps touchées

Les types de blessures aiguës subies au cours des 12 derniers mois et les plus couramment déclarées étaient : (1) une entorse ou une foulure de la hanche, de la cheville ou du pied; (2) une blessure au dos; et (3) une entorse ou une foulure de l'épaule, du coude, du poignet ou de la main (Figure 3-4). Comme prévu, le comportement de recherche de soins médicaux différait selon le type de blessures aiguës. À titre d'exemple, presque tous les membres de la Force régulière ayant souffert d'une fracture osseuse ou d'une déchirure des ligaments du genou au cours des 12 derniers mois ont obtenu des soins médicaux, tandis que 38 % des membres de la Force régulière ayant souffert d'écorchures, d'ecchymoses ou d'ampoules au cours des 12 derniers mois ont obtenu des soins (Figure 3-4).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

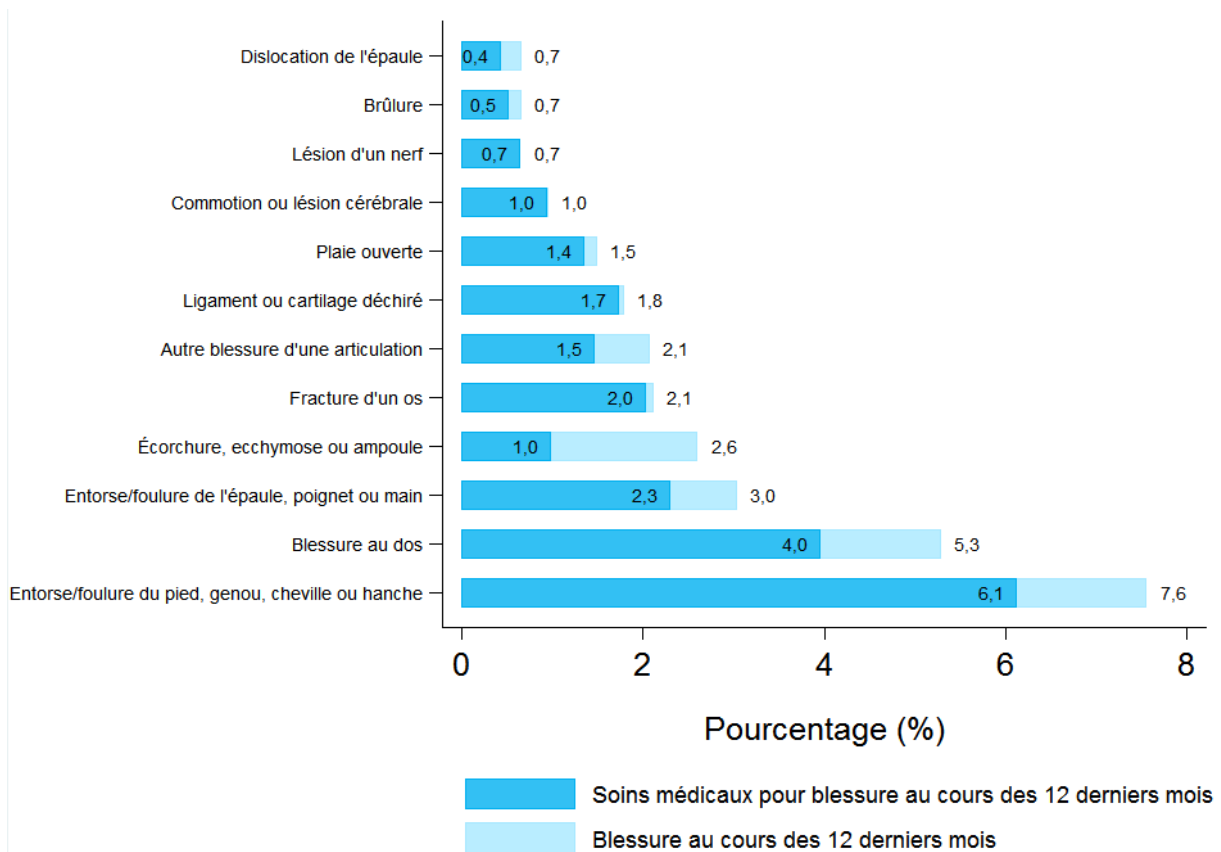


Figure 3-4 : Pourcentage de tous les membres de la Force régulière qui ont subi divers types de blessures aiguës au cours des 12 derniers mois et qui ont obtenu des soins médicaux pour leurs blessures.

3.3.3 Blessures aiguës les plus graves subies au cours des 12 derniers mois

On a demandé aux répondants qui ont déclaré avoir subi au moins une blessure aiguë au cours des 12 derniers mois de fournir davantage de détails sur la *plus grave* blessure aiguë qu'ils ont subie au cours de cette période. Les entorses ou foulures de la hanche, du genou, de la cheville ou du pied représentaient 26,4 % des blessures aiguës les plus graves subies par les membres de la Force régulière au cours des 12 derniers mois, et les blessures au dos (21,2 %) et les fractures osseuses (9,3 %) représentaient les deuxième et troisième types de blessures les plus graves et les plus fréquentes subies au cours de la même période (Figure 3-5).

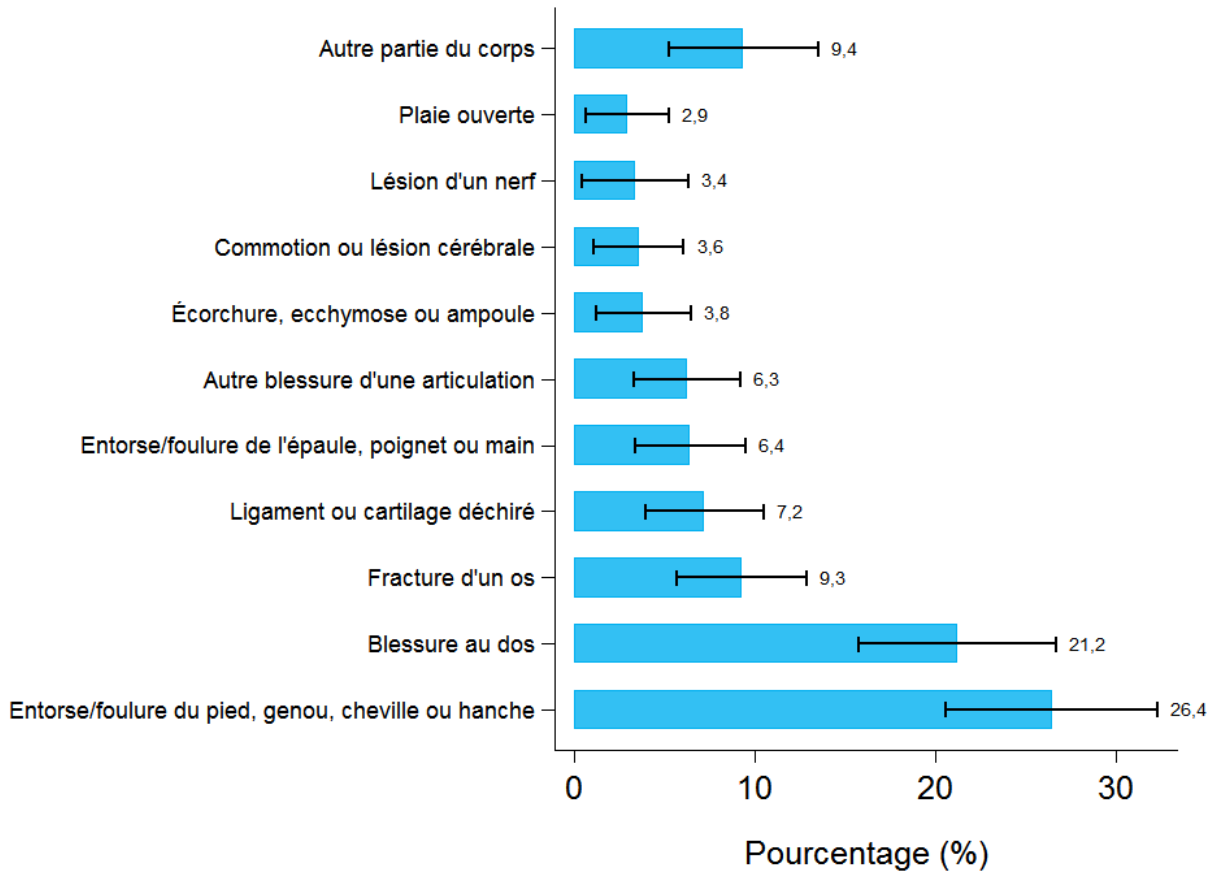


Figure 3-5 : Blessures aiguës les plus graves subies au cours des 12 derniers mois parmi les membres de la Force régulière qui ont subi au moins une blessure aiguë au cours de cette période.

Lorsqu'ils ont subi leur plus grave blessure aiguë au cours des 12 derniers mois, 31,5 % des membres de la Force régulière blessés participaient à des activités sportives, et 20,5 % participaient à un entraînement militaire (Figure 3-6). Il n'est donc pas surprenant que la majorité des blessures aiguës les plus graves subies au cours des 12 derniers mois soient survenues : (1) dans des zones utilisées pour l'entraînement militaire ou physique; ou (2) dans des zones d'activités sportives ou athlétiques (Figure 3-7). Tel qu'il a été mentionné précédemment, le jogging était l'activité physique associée au plus grand nombre de blessures, et le hockey sur glace était l'activité physique associée au plus grand risque de blessures (chapitre 7).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

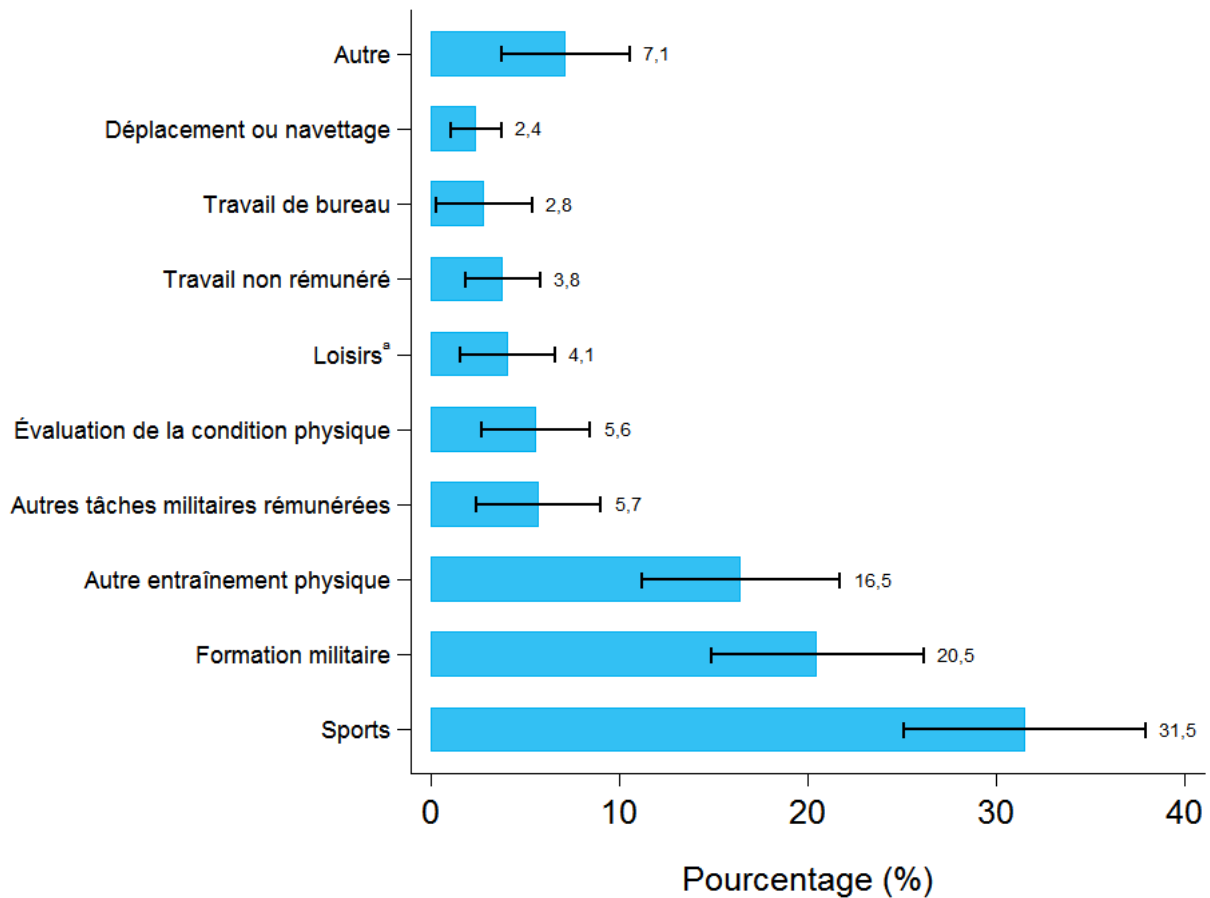


Figure 3-6 : Type d'activités auxquelles les membres de la Force régulière participaient lorsqu'ils ont subi leur blessure aiguë la plus grave au cours des 12 derniers mois, parmi ceux qui ont subi au moins une blessure aiguë au cours de cette période.

^a Les activités de loisirs excluent les activités sportives, la formation par l'aventure et l'entraînement physique.

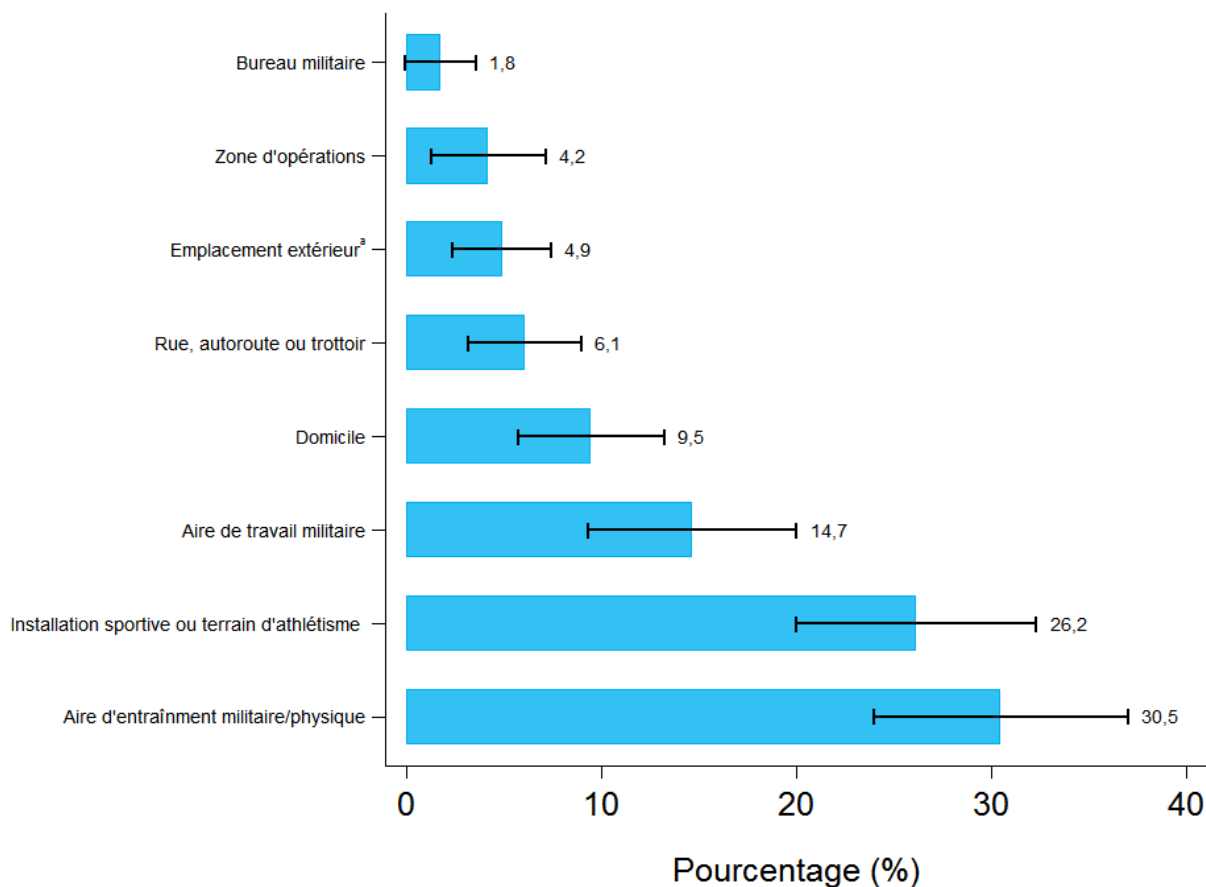


Figure 3-7 : Endroit où les membres de la Force régulière ont subi leur blessure aiguë la plus grave au cours des 12 derniers mois, parmi ceux qui ont subi au moins une blessure aiguë au cours de cette période.

^a Les endroits extérieurs comprennent la campagne, les forêts, les lacs, les plages, les parcs et les montagnes.

Le surmenage ou la fatigue ont contribué à 46,6 % des blessures aiguës les plus graves subies par des membres de la Force régulière au cours des 12 derniers mois (Figure 3-8). En fait, le surmenage dans un secteur d'entraînement militaire représentait 12,3 % des blessures aiguës les plus graves subies au cours des 12 derniers mois (Figure 3-9). De même, le surmenage au cours de l'entraînement militaire représentait 7,4 % des blessures aiguës les plus graves subies au cours des 12 derniers mois (Figure 3-10).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

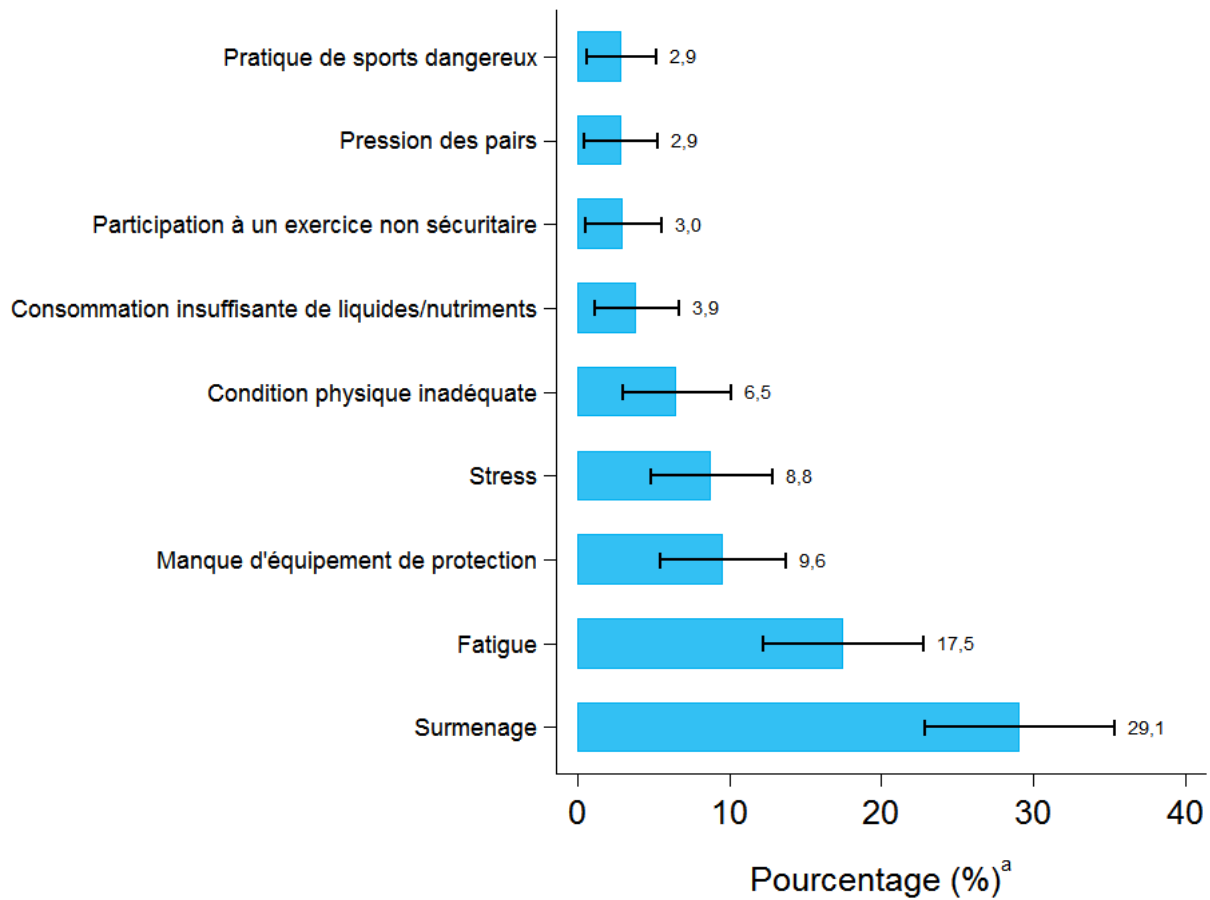


Figure 3-8 : Facteurs signalés par des membres de la Force régulière comme ayant contribué à leur blessure aiguë la plus grave subie au cours des 12 derniers mois.

^a Il est à noter que les répondants ne pouvaient déclarer qu'une blessure aiguë comme étant la blessure la plus grave subie au cours des 12 derniers mois. Cependant, certains répondants ont déclaré plusieurs facteurs contribuant à leur blessure la plus grave et d'autres n'ont déclaré aucun facteur contributif. La somme des pourcentages peut ne pas totaliser 100 %.

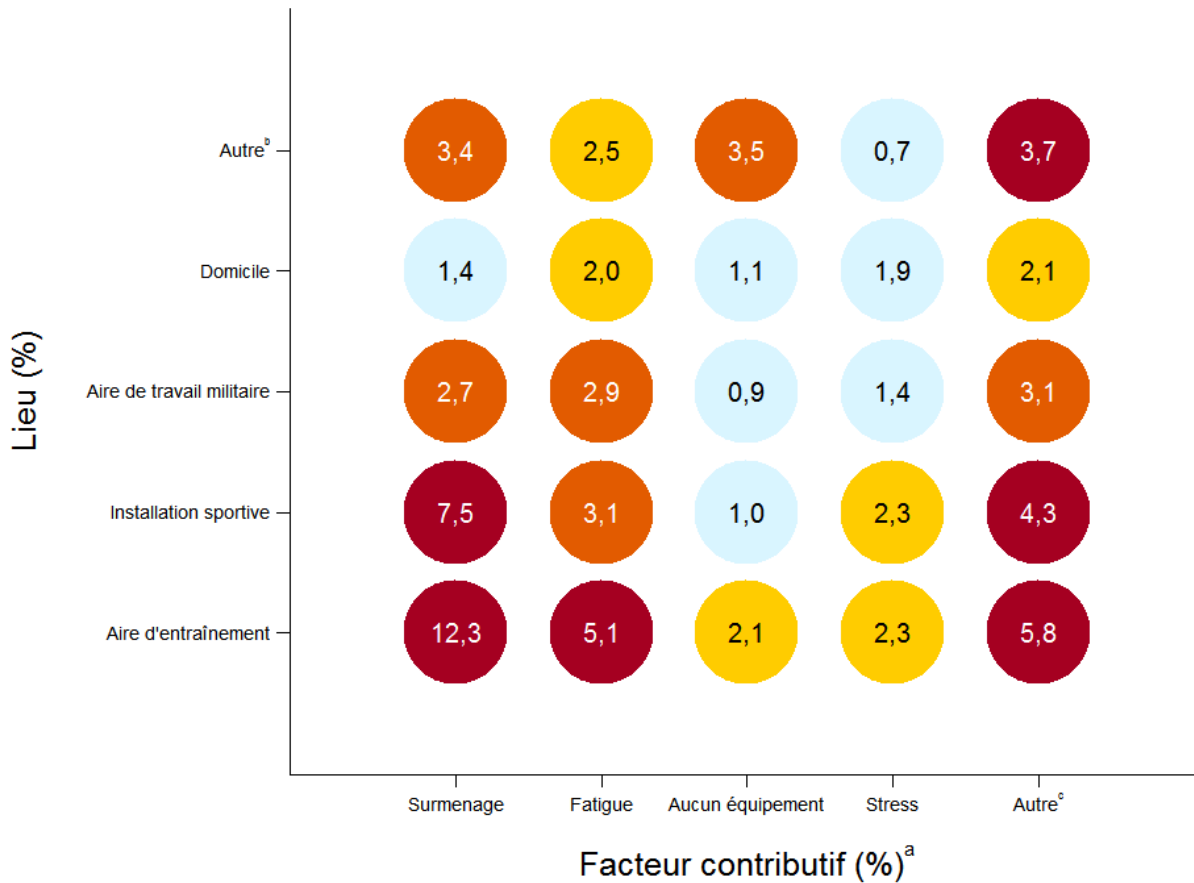


Figure 3-9 : Pourcentage de blessures aiguës les plus graves subies au cours des 12 derniers mois et pouvant être attribuées à une combinaison particulière de facteurs contributifs et d'emplacements géographiques.

^a Il est à noter que les répondants ne pouvaient déclarer qu'une blessure aiguë comme étant la blessure la plus grave subie au cours des 12 derniers mois. Cependant, certains répondants ont déclaré plusieurs facteurs contribuant à leur blessure la plus grave et d'autres n'ont déclaré aucun facteur contributif. La somme des pourcentages peut ne pas totaliser 100 %.

^b D'autres zones comprennent la zone d'opération, le bureau militaire, la rue et le trottoir, les bâtiments civils et l'exploitation agricole.

^c D'autres facteurs contributifs comprennent la consommation insuffisante de liquides ou d'aliments, la consommation d'alcool, la consommation de drogues, la pression des pairs, une condition physique inadéquate et la participation à un entraînement non sécuritaire.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

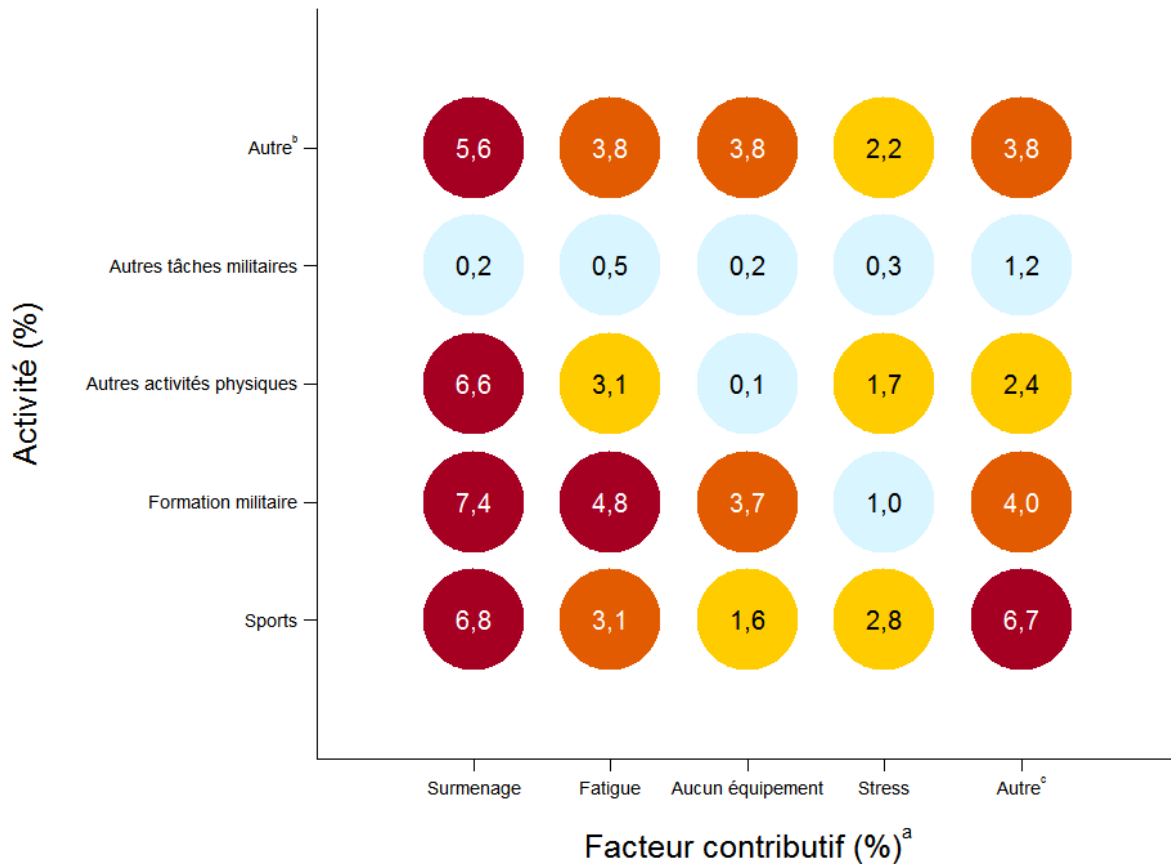


Figure 3-10 : Pourcentage de blessures aiguës les plus graves subies au cours des 12 derniers mois et pouvant être attribuées à une combinaison particulière de facteurs contributifs et de types d'activités.

^a Il est à noter que les répondants ne pouvaient déclarer qu'une blessure aiguë comme étant la blessure la plus grave subie au cours des 12 derniers mois. Cependant, certains répondants ont déclaré plusieurs facteurs contribuant à leur blessure la plus grave et d'autres n'ont déclaré aucun facteur contributif. La somme des pourcentages peut ne pas totaliser 100 %.

^b D'autres activités comprennent les activités liées au combat, le test d'évaluation de la condition physique, la formation par l'aventure, les déplacements, les travaux non payés, les activités de loisirs et d'autres tâches non payées.

^c D'autres facteurs contributifs comprennent la consommation insuffisante de liquides ou d'aliments, la consommation d'alcool, la consommation de drogues, la pression des pairs, une condition physique inadéquate et la participation à un entraînement non sécuritaire.

Parmi les membres de la Force régulière ayant subi leur plus grave blessure aiguë au cours des 12 derniers mois lors d'une activité sportive ou d'un entraînement physique, 73,4 % (IC à 95 % : 64,7 %, 80,7 %) ont déclaré que l'activité ou l'entraînement était supervisé (p. ex., entraînement physique de l'unité, sport de ligue). Le fait que de nombreuses blessures soient survenues au cours d'activités supervisées offre la possibilité d'optimiser les interventions en matière de prévention des blessures.

Enfin, 6,3 % (IC à 95 % : 3,6 %, 10,6 %) des membres de la Force régulière qui ont subi au moins une blessure aiguë au cours des 12 derniers mois ont été admis à l'hôpital et gardés en observation en raison de leur blessure aiguë la plus grave subie au cours de cette période.



3.4 Port du casque de vélo

Le cyclisme est l'une des activités physiques les plus populaires parmi les membres de la Force régulière (voir le chapitre 7). C'est également un mode de transport efficace offrant des avantages cardiovasculaires et environnementaux (Ivers, 2007). Cependant, des blessures à la tête liées au cyclisme constituent un risque important pour les cyclistes. Au Canada, plus de blessures sont associées au cyclisme qu'à tout autre sport d'été, et les blessures à la tête constituent le type de blessures le plus fréquent lié à cette activité (Cripton, 2014).

Le casque de vélo est un outil de prévention des blessures efficace. Il a été démontré que la bonne utilisation du casque réduisait le risque de blessures à la tête liées au cyclisme de 88 % (Ivers, 2007). Malgré la connaissance des avantages du casque en matière de sécurité, de nombreux cyclistes adultes refusent de le porter de façon régulière en raison de son manque de confort et de son apparence peu attrayante (Villamor, 2008). La fréquence du port du casque par les cyclistes est donc une mesure intéressante du comportement de prévention des blessures et de la propension au risque.

Les lois relatives au port du casque de vélo varient dans l'ensemble du Canada. La Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ont adopté des lois exigeant le port obligatoire du casque pour les cyclistes de tous les âges. En 2009, l'ESCC a révélé que 36,5 % de tous les cyclistes canadiens âgés de 12 ans et plus portent toujours un casque lorsqu'ils font du vélo (Statistique Canada, 2011). Ce pourcentage a été obtenu dans le cadre d'entrevues téléphoniques plutôt que par des questionnaires autoadministrés et tient compte d'une population dont l'âge, l'état de santé, le niveau d'éducation et les réalités socioéconomiques varient bien plus qu'au sein des FAC. Il reflète également l'utilisation du casque au sein de la population générale canadienne cinq ans avant la réalisation du SSSV 2013-2014. Le port du casque de vélo par les FAC ne doit donc pas être directement comparé à cette estimation de l'ESCC.

Au total, 82 % (IC à 95 % : 79,8 %, 84,1 %) des membres de la Force régulière ont déclaré faire du vélo au moins occasionnellement. Seulement 54,7 % des cyclistes de la Force régulière ont déclaré toujours porter un casque lorsqu'ils font du vélo (Figure 3-11). Le port systématique du casque en faisant du vélo augmentait avec l'âge. Le port systématique du casque en faisant du vélo était également plus probable chez : (1) les femmes, comparativement aux hommes; (2) les officiers, comparativement aux militaires du rang; et (3) les membres de la Force maritime, comparativement aux membres de la Force aérienne et de la Force terrestre (Tableau 3-5). Il est à noter que les deux plus grandes bases navales canadiennes (c.-à-d. BFC Halifax et BFC Esquimalt) sont situées dans des provinces où le port du casque est exigé par la loi pour les cyclistes adultes.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

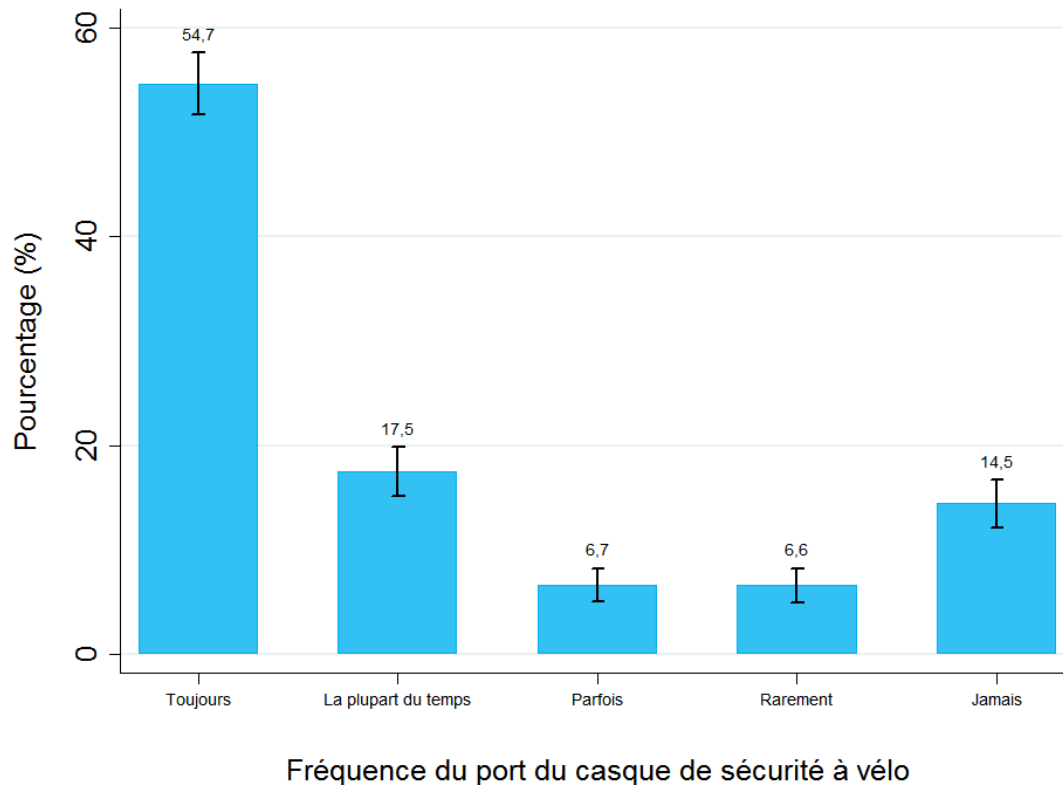


Figure 3-11 : Fréquence d'utilisation du casque chez les cyclistes de la Force régulière.

Tableau 3-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui portent toujours un casque lorsqu'ils circulent en vélo

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		54,7	(51,7-57,6)		
Âge (années)	18 à 29	39,4	(33,9-45,2)	Référence	
	30 à 39	52,6	(46,8-58,3)	1,71	(1,23-2,38)
	40 à 49	64,9	(59,7-69,8)	2,85	(2,06-3,95)
	50 à 60	74,2	(69,5-78,3)	4,42	(3,18-6,15)
Sexe	Féminin	65,5	(61,7-69,0)	Référence	
	Masculin	53,0	(49,7-56,3)	0,60	(0,48-0,73)
Grade	MR	49,8	(46,1-53,6)	Référence	
	Officier	67,7	(64,1-71,2)	2,11	(1,69-2,64)
Élément de service	Force aérienne	57,3	(52,2-62,2)	Référence	
	Force maritime	71,4	(64,4-77,5)	1,86	(1,27-2,73)
	Force terrestre	47,2	(43,0-51,5)	0,67	(0,51-0,87)



3.5 Conclusion

Dans l'ensemble, 44,4 % (IC à 95 % : 41,6 %, 47,1 %) des membres de la Force régulière ont subi une blessure aiguë ou un MTR au cours des 12 mois précédant le SSSV 2013-2014.

Près du tiers des membres de la Force régulière ont subi un MTR au cours des 12 mois précédant le SSSV 2013-2014. Le taux de MTR a augmenté depuis 2008-2009. La cause de cette hausse est inconnue. Cependant, la majorité des microtraumatismes répétés sont survenus au cours d'un entraînement physique ou d'une activité sportive et touchaient le bas du dos et les parties inférieures du corps.

Près de 20 % des membres de la Force régulière ont subi une blessure aiguë au cours des 12 mois précédant le SSSV 2013-2014. Le taux de blessures aiguës est demeuré inchangé depuis 2008-2009. Les activités qui étaient associées à une grande proportion de microtraumatismes répétés, comme le sport, l'entraînement militaire et l'entraînement physique, étaient également associées à la majorité des blessures aiguës les plus graves subies au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, la grande majorité des militaires qui ont subi une blessure aiguë au cours d'une activité sportive ou d'un entraînement physique ont déclaré que l'activité au cours de laquelle ils se sont blessés était supervisée. L'entraînement physique, l'entraînement militaire et les activités sportives pourraient être examinés de manière plus approfondie pour définir des mesures potentielles de réduction des blessures. Le fait que de nombreuses blessures soient survenues au cours d'activités supervisées offre la possibilité d'optimiser les interventions en matière de prévention des blessures.

3.6 Références

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes*, sous la direction de Y. Holder, M. Peden, E. Krug, J. Lund, G. Gururaj et O. Kobusingye, Atlanta et Genève, 2001.

CRIPTON, P.A., D.M. DRESSLER, C.A. STUART, C.R. DENNISON et D. RICHARDS. « Bicycle helmets are highly effective at preventing head injury during head impact: head-form accelerations and injury criteria for helmeted and unhelmeted impacts », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 70, 2014, p. 1-7.

GROUPE DES SERVICES DE SANTÉ DES FORCES CANADIENNES. *Rapport du médecin général 2014 : consolidation, innovation, préparation*, ministère de la Défense nationale, 2014. Sur Internet : <http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/rapport-medecin-general-2014.pdf>.

IVERS, R. « Systematic reviews of bicycle helmet research », *Injury Prevention*, vol. 13, n° 3, 2007, p. 190.

JONES, B.H., M. CANHAM-CHERVAK et D.A. SLEET. « An evidence-based public health approach to injury priorities and prevention recommendations for the U.S. Military », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 38, suppl. 1, 2010, p. S1-10.

NINDL, B.C., T.J. WILLIAMS, P.A. DEUSTER, N.L. BUTTLER et B.H. JONES. « Strategies for optimizing military physical readiness and preventing musculoskeletal injuries in the 21st century », *U.S. Army Medical Department Journal*, oct.-déc. 2013, p. 5-13.

STATISTIQUE CANADA. *Utilisation du casque de vélo, 2009, 2011*. Sur Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010002/article/11274-fra.htm>>.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

VILLAMOR, E., S. HAMMER et A. MARTINEZ-OLAIZOLA. « Barriers to bicycle helmet use among Dutch paediatricians », *Child: Care, Health and Development*, vol. 34, n° 6, 2008, p. 743-747.

YASSI, A. « Repetitive strain injuries », *Lancet*, vol. 349, 1997, p. 943-947.





Chapitre 4 – Promotion de la santé

4.1 Introduction

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci (OMS, 1986). Les interventions en matière de promotion de la santé visent à optimiser l'état de santé actuel, ce qui permet à une personne d'atteindre son plein potentiel de santé en lui garantissant des possibilités et des ressources équitables.

Les Forces armées canadiennes (FAC) reconnaissent que la promotion de la santé est une responsabilité partagée entre les personnes, le leadership des FAC, le secteur des services de santé et d'autres partenaires de la santé. En fin de compte, les personnes sont responsables de leur santé et de son maintien, mais leurs choix en matière de santé sont fortement influencés par l'environnement dans lequel elles travaillent. Le médecin général fournit donc un programme de promotion de la santé exhaustif pour les FAC dans le cadre du programme *Énergiser les Forces* (ELF). Le programme ELF a été conçu pour permettre aux membres des FAC d'atteindre l'objectif d'améliorer la santé et le bien-être de manière générale, ce qui permet de maintenir un effectif fort, en santé et en bonne condition physique.

Dans le cadre du SSSV 2013-2014, on a interrogé les répondants sur leur connaissance du programme ELF et certaines de ses campagnes. On les a également interrogés sur les mesures qui, selon eux, auraient une incidence positive sur leur santé et leur bien-être.

4.2 Le programme *Énergiser les Forces*

Il y a plus d'une décennie, les FAC ont entrepris une restructuration complète de leur système de soins de santé, dans le cadre d'un projet de réforme appelé Rx2000. L'un des quatre objectifs de Rx2000 était d'« établir des programmes aux fins d'atténuation des blessures et des maladies évitables, ce qui permettra de protéger les membres des FAC et de satisfaire aux exigences du MDN et des FC » (Barrington Research Group, 2005). Le programme ELF est une initiative de la Direction – Protection de la santé de la Force (DPSF) et il a été créé en vue de favoriser l'atteinte de cet objectif. Par l'intermédiaire de ce programme, les experts en la matière de la DPSF offrent des conseils, font de la sensibilisation, élaborent des politiques, mènent des recherches et forment les dirigeants et le personnel de promotion de la santé afin de mettre en œuvre des interventions de promotion en matière de santé. Ces interventions sont menées auprès des membres des FAC dans 26 bases et escadres dans l'ensemble du Canada, avec un soutien par satellite aux bases et aux escadres qui n'ont pas de bureau de prestation de services de promotion de la santé dédié (p. ex., Goose Bay, Yellowknife, Europe). Les interventions liées au programme ELF s'inscrivent dans quatre catégories :

- la sensibilisation et la prévention en matière de dépendances (c.-à-d. l'abus d'alcool et de drogues, l'abandon du tabagisme et la dépendance au jeu et aux jeux en ligne);
- la prévention des blessures et la vie active (c.-à-d. la prévention des blessures aiguës et des microtraumatismes répétés, et la promotion de l'activité physique);
- le mieux-être nutritionnel (c.-à-d. une alimentation saine, la gestion du poids, et la prévention du diabète et des maladies cardiaques); et
- le mieux-être social (c.-à-d. la gestion du stress, la gestion de la colère, la sensibilisation et l'éducation à l'égard de la violence familiale, la sensibilisation et l'éducation à l'égard du suicide, et la communication efficace).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Dans l'ensemble, 71,5 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir entendu parler du programme ELF. Le niveau de sensibilisation au programme ELF était plus élevé chez : (1) les militaires âgés de 30 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; (3) les officiers, comparativement aux militaires du rang; et (4) les membres de la Force aérienne, comparativement aux membres de la Force maritime et de la Force terrestre (Tableau 4-1). La sensibilisation au programme ELF avait augmenté considérablement entre le SSSV 2004 et le SSSV 2008-2009 (Tableau 4-2).

Tableau 4-1 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont entendu parler du programme *Énergiser les Forces*

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		71,5 (69,0-74,0)	
Âge (années)	18 à 29	58,0 (52,7-63,2)	Référence
	30 à 39	75,5 (70,8-80,1)	2,23 (1,60-3,11)
	40 à 49	77,8 (73,6-82,0)	2,54 (1,84-3,51)
	50 à 60	79,2 (75,5-83,0)	2,77 (2,02-3,79)
Sexe	Féminin	82,6 (80,1-85,1)	Référence
	Masculin	69,7 (66,9-72,6)	0,49 (0,39-0,61)
Grade	MR	68,7 (65,5-71,9)	Référence
	Officier	79,8 (77,0-82,6)	1,80 (1,43-2,27)
Élément de service	Force aérienne	76,9 (72,8-80,9)	Référence
	Force maritime	67,2 (61,1-73,4)	0,62 (0,43-0,89)
	Force terrestre	69,1 (65,3-72,9)	0,67 (0,50-0,90)

Tableau 4-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont entendu parler du programme *Énergiser les Forces*, par année de sondage

SSSV	Pourcentage (IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes (IC à 95 %)
2004	36,3 (33,9-38,8)	0,23 (0,19-0,27)
2008-2009	56,2 (52,6-59,9)	0,51 (0,42-0,62)
2013-2014	71,5 (69,0-74,0)	Référence

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

4.2.1 Campagnes *Énergiser les Forces*

Dans le cadre du programme ELF, on organise des campagnes de promotion de la santé tout au long de l'année afin de sensibiliser davantage les membres des FAC, d'accroître leurs connaissances, et de les inciter à



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

adopter un mode de vie sain. Ces campagnes sont mises en œuvre sous forme de marketing social, de concours, d'articles de journaux, d'événements et d'autres promotions. Dans le cadre du SSSV 2013-2014, on a demandé aux répondants s'ils avaient entendu parler des quatre récentes campagnes ELF et si ces dernières : (1) avaient eu une incidence sur leur sensibilisation aux problèmes liés à la santé; et/ou (2) les avaient aidés à effectuer des changements pour améliorer leur santé.

4.2.1.1 Campagnes de promotion de la nutrition

Dans l'ensemble, 71,3 % des membres de la Force régulière avaient entendu parler des campagnes de promotion de la nutrition ELF, y compris *Légumes et fruits* et *Visez juste – Mangez santé* (Tableau 4-3). Le niveau de sensibilisation à la campagne de promotion de la nutrition ELF était plus élevé chez : (1) les militaires âgés de 40 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; et (3) les officiers, comparativement aux militaires du rang. Les militaires qui ont déclaré avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises, qui tireraient théoriquement le plus parti d'interventions en promotion de la santé ciblant la nutrition, étaient moins susceptibles d'avoir entendu parler des campagnes de promotion de la nutrition ELF que les militaires ayant d'excellentes habitudes alimentaires (Tableau 4-3). La sensibilisation à ces campagnes ne variait pas selon l'élément de service ou l'indice de masse corporelle.

Tableau 4-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont entendu parler des campagnes de promotion de la nutrition *Énergiser les Forces*

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		71,3	(68,8-73,9)		
Âge (années)	18 à 29	64,6	(59,4-69,8)	Référence	
	30 à 39	69,7	(64,7-74,7)	1,26	(0,91-1,75)
	40 à 49	77,1	(72,9-81,2)	1,84	(1,33-2,55)
	50 à 60	80,0	(76,3-83,7)	2,19	(1,59-3,03)
Sexe	Féminin	82,1	(79,4-84,8)	Référence	
	Masculin	69,6	(66,7-72,6)	0,50	(0,40-0,63)
Grade	MR	69,4	(66,1-72,6)	Référence	
	Officier	77,1	(74,1-80,2)	1,49	(1,18-1,88)
Habitudes alimentaires	Excellentes	76,3	(67,6-85,0)	Référence	
	Très bonnes	77,3	(73,3-81,2)	1,06	(0,62-1,80)
	Bonnes	68,8	(64,8-72,9)	0,69	(0,41-1,15)
	Moyennes ou mauvaises	63,1	(56,0-70,2)	0,53	(0,30-0,94)

Parmi les membres de la Force régulière qui avaient entendu parler des campagnes de promotion de la nutrition ELF (71,3 %), 50,7 % ont déclaré que ces campagnes avaient accru leur niveau de sensibilisation aux problèmes de nutrition. Les campagnes de promotion de la nutrition ELF se sont avérées plus efficaces pour sensibiliser le



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

personnel aux problèmes de nutrition chez : (1) les militaires âgés de 50 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les militaires du rang, comparativement aux officiers; et (3) les militaires ayant des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises, comparativement aux militaires ayant d'excellentes habitudes alimentaires (Tableau 4-4). L'incidence des campagnes de promotion de la nutrition ELF sur la sensibilisation aux problèmes de nutrition parmi les membres de la Force régulière qui avaient entendu parler de ces campagnes ne variait pas selon le sexe, l'élément de service ou l'indice de masse corporelle.

Tableau 4-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière^a ayant déclaré que les campagnes de promotion de la nutrition *Énergiser les Forces* ont accru leur sensibilisation aux problèmes de nutrition

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		50,7 (47,5-53,9)	
Âge (années)	18 à 29	47,7 (41,1-54,2)	Référence
	30 à 39	46,2 (39,9-52,5)	0,94 (0,65-1,36)
	40 à 49	54,7 (49,2-60,2)	1,32 (0,94-1,87)
	50 à 60	60,3 (55,3-65,4)	1,67 (1,19-2,34)
Grade	MR	52,5 (48,4-56,7)	Référence
	Officier	45,8 (41,7-49,9)	0,76 (0,61-0,96)
Habitudes alimentaires	Excellentes	39,4 (29,0-49,8)	Référence
	Très bonnes	50,3 (45,2-55,5)	1,56 (0,96-2,52)
	Bonnes	51,0 (45,9-56,1)	1,60 (0,99-2,59)
	Moyennes ou mauvaises	56,8 (47,9-65,7)	2,02 (1,15-3,56)

^a Ne comprend que le personnel qui a entendu parler des campagnes de promotion de la nutrition.

Parmi les membres de la Force régulière qui avaient entendu parler des campagnes de promotion de la nutrition ELF (71,3 %), 30,8 % ont déclaré que ces campagnes les avaient aidés à apporter des changements positifs à leur mode de vie. Les campagnes de promotion de la nutrition ELF avaient été plus efficaces pour inciter le personnel à adopter des changements positifs à leur mode de vie chez : (1) les militaires âgés de 50 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; et (2) les militaires du rang, comparativement aux officiers (Tableau 4-5). L'incidence des campagnes de promotion de la nutrition ELF sur les changements au mode de vie parmi les membres de la Force régulière qui avaient entendu parler de ces campagnes ne variait pas selon le sexe, l'élément de service, les habitudes alimentaires autodéclarées ou l'indice de masse corporelle.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 4-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière^a ayant déclaré que les campagnes de promotion de la nutrition *Énergiser les Forces* les ont aidés à apporter des changements positifs à leur mode de vie

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		30,8	(27,9-33,8)		
Âge (années)	18 à 29	29,9	(23,8-35,9)	Référence	
	30 à 39	25,2	(19,7-30,7)	0,79	(0,52-1,19)
	40 à 49	33,5	(28,2-38,8)	1,18	(0,81-1,72)
	50 à 60	42,7	(37,6-47,8)	1,75	(1,23-2,50)
Grade	MR	33,2	(29,4-37,0)	Référence	
	Officier	24,4	(21,0-27,9)	0,65	(0,50-0,84)

^a Ne comprend que le personnel qui a entendu parler des campagnes de promotion de la nutrition.

4.2.1.2 Prenez position contre la violence en milieu familial

Les Centres de ressources pour les familles des militaires (CRFM) sont des organismes tiers sans but lucratif qui sont apparus pour la première fois dans les bases et les escadres dans les années 1990. Même si les CRFM mènent leurs activités en dehors de la structure de commandement des FAC, ils sont financés par le MDN et gérés par la Direction – Soutien aux familles des militaires (DSFM). Dans le cadre de son programme pour les familles des militaires, la DSFM veille à ce que les CRFM soient bien dotés en ressources afin de mettre en œuvre la campagne *Prenez position contre la violence en milieu familial*. Cette campagne est donc menée par la DSFM, mais tire parti du soutien des experts en la matière du programme ELF.

Dans l'ensemble, 51,3 % des membres de la Force régulière avaient entendu parler de la campagne *Prenez position contre la violence en milieu familial* (Tableau 4-6). Le niveau de sensibilisation à la campagne était plus élevé chez : (1) les militaires âgés de 40 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; (3) les officiers, comparativement aux militaires du rang; (4) les membres de la Force aérienne, comparativement aux membres de la Force maritime et de la Force terrestre; (5) les militaires vivant avec des personnes à charge, comparativement aux militaires ne vivant pas avec des personnes à charge; et (6) les militaires mariés et conjoints de fait, comparativement aux militaires célibataires (Tableau 4-6). Le fait d'être dans une relation de violence (c.-à-d. une relation intime dans laquelle au moins l'un des partenaires a infligé des sévices physiques ou sexuels à l'autre au cours des 12 derniers mois) n'a pas été associé à la sensibilisation à la campagne *Prenez position contre la violence en milieu familial*.

Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière



Tableau 4-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont entendu parler de la campagne *Prenez position contre la violence familiale*

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		51,3	(48,6-54,1)		
Âge (années)	18 à 29	42,5	(37,2-47,7)	Référence	
	30 à 39	47,9	(42,7-53,2)	1,25	(0,92-1,69)
	40 à 49	61,5	(56,7-66,2)	2,16	(1,61-2,90)
	50 à 60	61,0	(56,4-65,5)	2,12	(1,59-2,82)
Sexe	Féminin	62,8	(59,5-66,2)	Référence	
	Masculin	49,6	(46,5-52,7)	0,58	(0,48-0,70)
Grade	MR	49,8	(46,4-53,2)	Référence	
	Officier	55,9	(52,4-59,5)	1,28	(1,05-1,56)
Élément de service	Force aérienne	57,8	(53,2-62,4)	Référence	
	Force maritime	48,8	(42,4-55,2)	0,70	(0,50-0,96)
	Force terrestre	48,5	(44,5-52,6)	0,69	(0,54-0,88)
Vit avec des personnes à charge	Non	46,6	(42,7-50,6)	Référence	
	Oui	55,5	(51,7-59,3)	1,43	(1,14-1,79)
État matrimonial	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	54,6	(51,3-57,9)	Référence	
	Veuf/veuve, séparé(e), divorcé(e)	46,7	(37,9-55,6)	0,73	(0,50-1,07)
	Individuel	43,3	(37,4-49,2)	0,64	(0,48-0,84)

Parmi les membres de la Force régulière qui avaient entendu parler de la campagne *Prenez position contre la violence familiale* (51,3 %), 47,3 % ont déclaré que cette campagne avait accru leur sensibilisation aux problèmes de violence familiale. La campagne avait été plus efficace pour accroître la sensibilisation aux problèmes de violence familiale chez les militaires âgés de 50 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans (Tableau 4-7). L'incidence de la campagne sur la sensibilisation aux problèmes de violence familiale parmi les membres de la Force régulière qui en avaient entendu parler ne variait pas selon le sexe, le grade, l'élément de service, le fait de vivre avec des personnes à charge ou le fait d'être dans une relation de violence.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 4-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière^a ayant déclaré que la campagne *Prenez position contre la violence familiale* avait accru leur sensibilisation aux problèmes de violence familiale

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		47,3	(43,6-51,1)		
Âge (années)	18 à 29	44,4	(36,4-52,4)	Référence	
	30 à 39	42,3	(34,9-49,8)	0,92	(0,59-1,43)
	40 à 49	51,3	(44,9-57,6)	1,31	(0,87-1,98)
	50 à 60	56,1	(50,1-62,0)	1,60	(1,06-2,39)

^a Ne comprend que le personnel qui avait entendu parler de la campagne *Prenez position contre la violence familiale*.

L'objectif de cette campagne est de sensibiliser davantage le personnel aux problèmes de violence familiale. Bien que cette campagne ne soit pas axée sur le changement de comportement, 6,7 % (IC à 95 % : 5,1 %, 9,0 %) des membres de la Force régulière qui avaient entendu parler de la campagne ont déclaré qu'elle les avait aidés à apporter des changements positifs à leur mode de vie.

4.2.1.3 Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies

Dans l'ensemble, 63,5 % des membres de la Force régulière avaient entendu parler de la *Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies* (Tableau 4-8). Le niveau de sensibilisation à la *Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies* était plus élevé chez : (1) les militaires âgés de 40 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; et (3) les membres de la Force aérienne, comparativement aux membres de la Force terrestre (Tableau 4-8). Le niveau de sensibilisation à la *Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies* ne variait pas selon le grade, la consommation dangereuse d'alcool⁶ ou l'usage actuel de tabac.

⁶ La consommation dangereuse d'alcool a été évaluée à l'aide de l'échelle AUDIT (Babor, 2001). Consulter le chapitre 9 pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 4-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont entendu parler de la *Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies*

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		63,5	(60,8-66,2)		
Âge (années)	18 à 29	54,9	(49,5-60,2)	Référence	
	30 à 39	61,1	(55,9-66,3)	1,29	(0,95-1,75)
	40 à 49	73,0	(68,6-77,3)	2,22	(1,63-3,02)
	50 à 60	70,7	(66,4-74,9)	1,98	(1,47-2,67)
Sexe	Féminin	72,0	(68,9-75,1)	Référence	
	Masculin	62,2	(59,1-65,2)	0,64	(0,52-0,78)
Élément de service	Force aérienne	67,2	(62,8-71,6)	Référence	
	Force maritime	65,3	(59,0-71,6)	0,92	(0,65-1,29)
	Force terrestre	60,4	(56,4-64,4)	0,74	(0,57-0,97)

Parmi les membres de la Force régulière qui avaient entendu parler de la *Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies* (63,5 %), 50,2 % ont déclaré que cette campagne avait accru leur sensibilisation aux problèmes de dépendance. La *Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies* avait été plus efficace pour sensibiliser le personnel aux problèmes de dépendance chez : (1) les militaires âgés de 50 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les fumeurs, comparativement aux non-fumeurs; et (3) les militaires ayant une consommation d'alcool dangereuse, comparativement aux militaires qui n'ont pas une consommation dangereuse d'alcool (Tableau 4-9). Il est préoccupant que si peu de militaires ayant une consommation d'alcool dangereuse et ayant entendu parler de la *Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies* ont déclaré avoir été sensibilisés aux problèmes de dépendance grâce à cette campagne. Cette constatation peut mettre en évidence l'absence d'une perception des risques liés à une consommation dangereuse d'alcool ou le déni parmi les membres de la Force régulière.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 4-9 : Pourcentage des membres de la Force régulière^a ayant déclaré que la *Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies* a accru leur sensibilisation aux problèmes de dépendance

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		50,2	(46,7-53,8)		
Âge (années)	18 à 29	49,5	(41,9-57,1)	Référence	
	30 à 39	43,9	(36,9-50,9)	0,80	(0,53-1,21)
	40 à 49	53,3	(47,4-59,3)	1,16	(0,79-1,71)
	50 à 60	61,2	(55,6-66,8)	1,61	(1,10-2,36)
Fumeur actuel	Non	48,2	(44,2-52,1)	Référence	
	Oui	61,5	(52,4-70,5)	1,72	(1,14-2,59)
Consommation à risque	Non	52,6	(48,6-56,6)	Référence	
	Oui	39,9	(30,9-48,9)	0,60	(0,40-0,90)

^a Ne comprend que le personnel qui a entendu parler de la *Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies*.

Comme l'indique son nom, la *Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies* vise à accroître la sensibilisation aux problèmes de toxicomanie. Il ne s'agit pas d'une intervention axée sur le changement de comportement. Cependant, 9,9 % (IC à 95 % : 8,0 %, 12,2 %) des membres de la Force régulière qui ont entendu parler de la *Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies* ont déclaré que cette campagne les a aidés à apporter des changements positifs à leur mode de vie.

4.2.1.4 Défi de la santé et du mieux-être des Forces canadiennes

Dans l'ensemble, 65,4 % des membres de la Force régulière avaient entendu parler du *Défi de la santé et du mieux-être des FC* (Tableau 4-10). Le niveau de sensibilisation au *Défi de la santé et du mieux-être des FC* était plus élevé chez : (1) les militaires âgés de 30 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; (3) les officiers, comparativement aux militaires du rang; et (4) les membres de la Force aérienne, comparativement aux membres de la Force terrestre (Tableau 4-10).



Tableau 4-10 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont entendu parler du *Défi de la santé et du mieux-être des Forces armées canadiennes*

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		65,4 (62,7-68,0)	
Âge (années)	18 à 29	54,7 (49,3-60,0)	Référence
	30 à 39	64,8 (59,7-69,9)	1,52 (1,12-2,08)
	40 à 49	73,6 (69,2-78,0)	2,31 (1,70-3,16)
	50 à 60	75,4 (71,4-79,4)	2,55 (1,88-3,45)
Sexe	Féminin	73,8 (70,7-76,9)	Référence
	Masculin	64,0 (61,0-67,0)	0,63 (0,51-0,78)
Grade	MR	63,4 (60,1-66,8)	Référence
	Officier	71,1 (67,8-74,4)	1,42 (1,14-1,76)
Élément de service	Force aérienne	71,5 (67,2-75,7)	Référence
	Force maritime	69,4 (63,3-75,6)	0,91 (0,63-1,30)
	Force terrestre	59,9 (55,9-63,9)	0,60 (0,46-0,78)

Parmi les membres de la Force régulière qui avaient entendu parler du *Défi de la santé et du mieux-être des FC* (65,4 %), 47,2 % ont déclaré que cette campagne avait accru leur sensibilisation aux problèmes liés à un mode de vie sain. Le *Défi de la santé et du mieux-être des FC* avait été plus efficace pour sensibiliser le personnel aux problèmes liés à un mode de vie sain chez : (1) les militaires âgés de 50 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; et (2) les membres de la Force aérienne, comparativement aux membres de la Force terrestre (Tableau 4-11).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 4-11 : Pourcentage des membres de la Force régulière^a ayant déclaré que le *Défi de la santé et du mieux-être des Forces armées canadiennes* a accru leur sensibilisation aux questions liées à un mode de vie sain

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		47,2	(43,6-50,8)		
Âge (années)	18 à 29	48,8	(40,9-56,6)	Référence	
	30 à 39	38,8	(31,8-45,7)	0,66	(0,43-1,02)
	40 à 49	50,8	(44,7-56,8)	1,08	(0,73-1,61)
	50 à 60	58,8	(53,2-64,5)	1,50	(1,01-2,22)
Élément de service	Force aérienne	51,9	(46,0-57,8)	Référence	
	Force maritime	49,5	(41,3-57,8)	0,91	(0,60-1,36)
	Force terrestre	42,7	(37,2-48,1)	0,69	(0,50-0,96)

^a Ne comprend que les militaires qui avaient entendu parler du *Défi de la santé et du mieux-être des FAC*.

Parmi les membres de la Force régulière qui avait entendu parler du *Défi de la santé et du mieux-être des FC* (65,4 %), 25,4 % ont déclaré qu'il les avait aidés à apporter des changements positifs à leur mode de vie. Le *Défi de la santé et du mieux-être des FC* avait été plus efficace pour aider les militaires à apporter des changements positifs à leur mode de vie chez : (1) les militaires âgés de 50 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; et (2) les femmes, comparativement aux hommes (Tableau 4-12).

Tableau 4-12 : Pourcentage des membres de la Force régulière^a ayant déclaré que le *Défi de la santé et du mieux-être des Forces armées canadiennes* les a aidés à améliorer leur santé

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		25,4	(22,3-28,5)		
Âge (années)	18 à 29	24,3	(17,4-31,2)	Référence	
	30 à 39	22,3	(16,5-28,2)	0,89	(0,54-1,48)
	40 à 49	25,8	(20,6-31,0)	1,08	(0,68-1,72)
	50 à 60	35,1	(29,8-40,5)	1,68	(1,08-2,62)
Sexe	Féminin	34,1	(30,0-38,2)	Référence	
	Masculin	23,7	(20,1-27,3)	0,60	(0,46-0,79)

^a Ne comprend que les militaires qui avaient entendu parler du *Défi de la santé et du mieux-être des FAC*.

4.3 Mesures visant à améliorer l'état de santé

Un thème central lié aux interventions efficaces de promotion de la santé est d'encourager le changement de comportement. Ce changement de comportement est souvent vu comme un processus impliquant des stades



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

distincts (c.-à-d. la préréflexion, la réflexion, la préparation, l'action et le maintien) [Velicer, 1998]. Les gens se trouvent souvent à différents stades du changement de comportement lié à la santé. Une bonne compréhension du stade auquel se trouvent les membres des FAC peut permettre de mieux cerner les stratégies de programme qui attirent une plus vaste population et aider à optimiser les interventions de promotion de la santé ciblant des groupes qui sont déjà prêts à tirer parti de ces interventions.

4.3.1 Réduire la consommation de tabac

Tel qu'il a été mentionné au chapitre 9, 18,2 % des membres de la Force régulière étaient des fumeurs actuels. La vaste majorité (84,5 % [IC à 95 % : 78,8%, 88,8 %]) des fumeurs actuels pensaient que réduire leur consommation de tabac ou abandonner le tabagisme aurait une incidence positive sur leur santé; cette constatation met en évidence la bonne sensibilisation aux répercussions du tabagisme parmi les membres de la Force régulière. En outre, 71,7 % (IC à 95 % : 65,0 %, 77,6 %) des fumeurs actuels avaient l'intention de réduire leur consommation de tabac d'ici l'an prochain.

Il est à noter que 15,0 % (IC à 95 % : 13,1 %, 17,2 %) des membres de la Force régulière pensaient que la réduction ou l'abandon du tabagisme aurait une incidence positive sur leur santé, et que 12,5 % (IC à 95 % : 10,8%, 14,7%) avaient l'intention de réduire leur consommation de tabac ou d'abandonner le tabagisme d'ici l'an prochain (Figure 4-1).

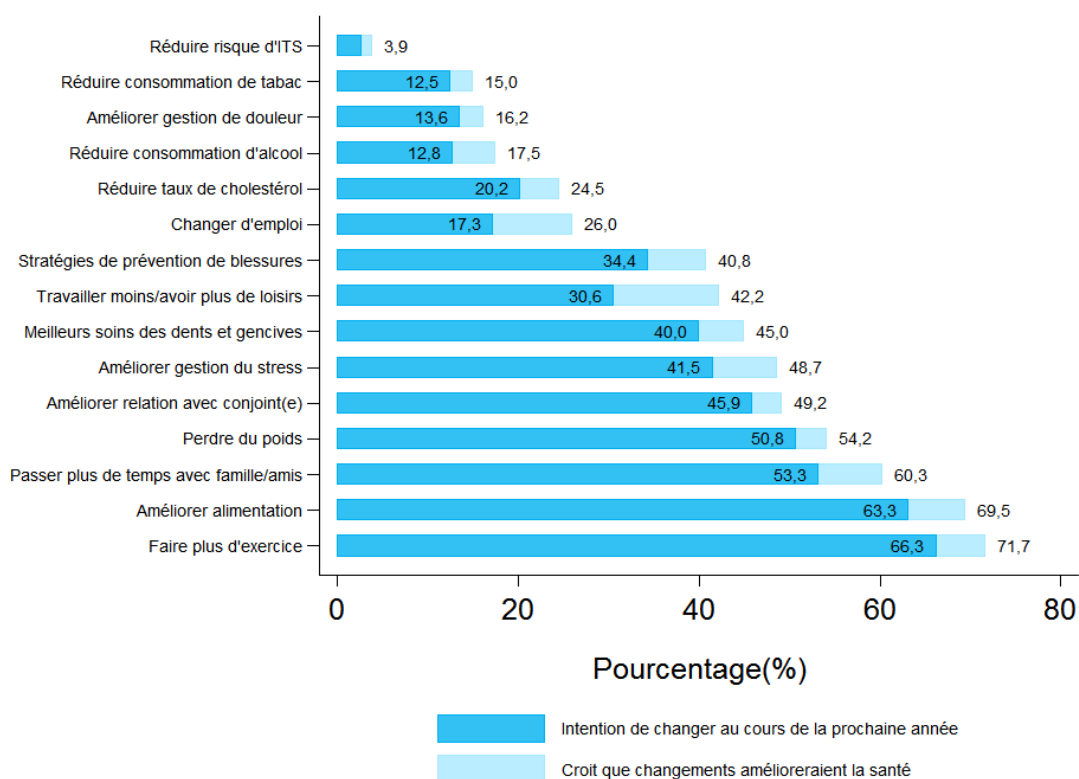


Figure 4-1 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui pensent que différentes mesures les aideraient à améliorer leur santé, et pourcentage des membres de la Force régulière qui envisagent d'apporter divers changements à leur mode de vie d'ici l'an prochain.



4.3.2 Faire plus d'exercice

Tel qu'il a été mentionné au chapitre 7, 7,2 % des membres de la Force régulière étaient physiquement inactifs⁷. La vaste majorité (90,8 % [IC à 95 % : 83,7 %, 95,0 %]) des militaires inactifs pensaient que faire plus d'exercice physique améliorerait leur santé. En outre, 84,5 % (IC à 95 % : 76,3 %, 90,3 %) des militaires inactifs avaient l'intention de commencer à faire davantage d'exercice d'ici l'an prochain. Cette constatation met en évidence la forte culture de conditionnement physique au sein des FAC, dans le cadre de laquelle l'incidence positive de l'activité physique sur la santé et le bien-être est continuellement soulignée.

Il est à noter que 71,7 % (IC à 95 % : 69,0 %, 74,1 %) des membres de la Force régulière pensaient que l'exercice physique aurait une incidence positive sur leur santé, et que 66,3 % (IC à 95 % : 63,6 %, 68,9 %) avaient l'intention de commencer à faire de l'exercice d'ici l'an prochain (Figure 4-1). Par conséquent, faire plus d'exercice était la mesure de promotion de la santé que le plus grand nombre de membres de la Force régulière avaient l'intention de prendre d'ici l'an prochain.

4.3.3 Techniques de prévention des blessures pendant une activité sportive et l'entraînement physique

Tel qu'il a été mentionné au chapitre 7, 10,1 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir subi une blessure grave⁸ en participant à une activité physique au cours des quatre derniers mois. Seulement 55,1 % (IC à 95 % : 46,5 %, 63,4 %) de ces militaires pensaient que l'intégration de techniques de prévention des blessures dans leurs activités sportives et leur entraînement physique aurait une incidence positive sur leur santé. En outre, seulement 49,8 % (IC à 95 % : 41,2 %, 58,4 %) des militaires ayant récemment subi une blessure grave en participant à une activité physique avaient l'intention de recourir davantage à des stratégies de prévention des blessures dans leurs activités sportives et leur entraînement physique d'ici l'an prochain. Ces constatations mettent en évidence le besoin de sensibiliser davantage les membres de la Force régulière à l'importance des techniques de prévention des blessures.

Il est à noter que 40,8 % (IC à 95 % : 38,2 %, 43,6 %) des membres de la Force régulière pensaient que l'intégration de techniques de prévention des blessures à leurs activités sportives et à leur entraînement physique aurait une incidence positive sur leur santé et que 34,4 % (IC à 95 % : 31,8 %, 37,1 %) des membres de la Force régulière avaient l'intention de recourir davantage à des stratégies de prévention des blessures dans leurs activités sportives et leur entraînement physique d'ici l'an prochain (Figure 4-1).

4.3.4 Améliorer son alimentation

Tel qu'il a été mentionné au chapitre 8, 16,7 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises. La vaste majorité (93,2 % [IC à 95 % : 88,7 %, 96,0 %]) des membres de la Force régulière ayant déclaré avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises pensaient que l'amélioration de leur régime alimentaire aurait une incidence positive sur leur santé. En outre, 83,9 % (IC à 95 % : 77,8 %, 88,6 %) des membres de la Force régulière ayant déclaré avoir des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises avaient l'intention d'améliorer leur régime alimentaire d'ici l'an

⁷ Les niveaux d'activité physique ont été définis à l'aide de l'échelle du temps consacré aux loisirs de Godin (Godin, 2011). Consulter le chapitre 7 pour obtenir plus de détails.

⁸ Dans les instructions fournies aux répondants, une blessure grave était définie comme une blessure limitant les activités normales pendant au moins une semaine.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

prochain. Cette constatation met en évidence une bonne connaissance du lien entre le régime alimentaire et le bien-être parmi les membres de la Force régulière.

Il est à noter que 69,5 % (IC à 95 % : 66,9 %, 71,9 %) des membres de la Force régulière pensaient que l'amélioration de leur régime alimentaire aurait une incidence positive sur leur santé, et que 63,3 % (IC à 95 % : 60,5 %, 65,9 %) avaient l'intention d'améliorer leur régime alimentaire d'ici l'an prochain (Figure 4-1).

4.3.5 Perdre du poids

Tel qu'il a été mentionné au chapitre 8, 25 % des membres de la Force régulière étaient obèses. La grande majorité [90,4 % (IC à 95 % : 86,5 %, 93,3 %)] des militaires obèses pensaient que perdre du poids aurait une incidence positive sur leur santé. En outre, 87,1 % (IC à 95 % : 82,7 %, 90,5 %) des militaires obèses avaient l'intention de perdre du poids d'ici l'an prochain. Cette constatation met en évidence une bonne connaissance de l'incidence négative de l'obésité sur la santé parmi les membres de la Force régulière. Elle laisse également penser que les statistiques sur l'obésité reposent principalement sur une masse adipeuse excessive plutôt que sur une forte masse musculaire parmi les membres de la Force régulière (voir le chapitre 8 qui aborde de façon plus détaillée la masse musculaire en tant que facteur portant à confusion en ce qui concerne les statistiques sur l'obésité chez les militaires).

D'un autre côté, 49 % des membres de la Force régulière étaient en surpoids, mais seulement 55,8 % (IC à 95 % : 51,7 %, 59,9 %) d'entre eux pensaient que perdre du poids aurait une incidence positive sur leur santé. En outre, seulement 51,5 % (IC à 95 % : 47,4 %, 55,6 %) des militaires en surpoids avaient l'intention de perdre du poids d'ici l'an prochain. Ces constatations laissent entendre qu'une partie des membres de la Force régulière considérés en surpoids pouvaient avoir un indice de masse corporelle élevé en raison d'une forte masse musculaire plutôt qu'une masse adipeuse excessive. Consulter le chapitre 8 pour obtenir plus de détails.

Il est à noter que 54,2 % (IC à 95 % : 51,4 %, 56,9 %) des membres de la Force régulière pensaient que perdre du poids aurait une incidence positive sur leur santé et que 50,8 % (IC à 95 % : 48,0 %, 53,5 %) avaient l'intention de perdre du poids d'ici l'an prochain (Figure 4-1).

4.3.6 Réduire sa consommation d'alcool

Tel qu'il a été mentionné au chapitre 9, 19,9 % des membres de la Force régulière présentaient des habitudes de consommation d'alcool dangereuses. Seulement 52,6 % (IC à 95 % : 45,9 %, 59,3 %) des militaires ayant des habitudes de consommation d'alcool dangereuses pensaient que réduire leur consommation d'alcool aurait une incidence positive sur leur santé. En outre, seulement 38,1 % (IC à 95 % : 31,7 %, 44,9 %) des militaires ayant des habitudes de consommation d'alcool dangereuses avaient l'intention de réduire leur consommation d'alcool d'ici l'an prochain. Cette constatation met en évidence le besoin de sensibiliser davantage les membres de la Force régulière sur les répercussions d'une consommation d'alcool dangereuse sur la santé.

Il est à noter que seulement 17,5 % (IC à 95 % : 15,5 %, 19,7 %) des membres de la Force régulière pensaient que réduire leur consommation d'alcool aurait une incidence positive sur leur santé, et que seulement 12,8 % (IC à 95 % : 11,0 %, 14,8 %) avaient l'intention de réduire leur consommation d'alcool d'ici l'an prochain (Figure 4-1).



4.3.7 Améliorer ses capacités de gestion du stress

Tel qu'il a été mentionné au chapitre 2, 12,9 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir des capacités de gestion du stress moyennes ou mauvaises. La grande majorité (85,4 % [IC à 95 % : 78,9 %, 90,2 %]) des militaires ayant des capacités de gestion du stress moyennes ou mauvaises pensaient que l'amélioration de ces capacités aurait une incidence positive sur leur santé. En outre, 75,6 % (IC à 95 % : 68,1 %, 81,8 %) des militaires ayant des capacités de gestion du stress moyennes ou mauvaises avaient l'intention d'améliorer ces capacités d'ici l'an prochain.

Il est à noter que 48,7 % (IC à 95 % : 45,9 %, 51,4 %) des membres de la Force régulière pensaient qu'améliorer leurs capacités de gestion du stress aurait une incidence positive sur leur santé, et que 41,5 % (IC à 95 % : 38,8 %, 44,3 %) avaient l'intention d'améliorer leurs capacités de gestion du stress d'ici l'an prochain (Figure 4-1).

4.3.8 Passer plus de temps avec sa famille et ses amis

Au total, 60 % (60,3 % [IC à 95 % : 57,6 %, 63,0 %]) des membres de la Force régulière pensaient que passer plus de temps avec leur famille et leurs amis aurait une incidence positive sur leur santé, et 53,3 % (IC à 95 % : 50,5 %, 56,0 %) avaient l'intention de passer plus de temps avec leur famille et leurs amis au cours de la prochaine année afin d'améliorer leur santé (Figure 4-1).

4.3.9 Améliorer sa relation avec son partenaire

Tel qu'il a été mentionné au chapitre 2, 86,5 % des membres de la Force régulière entretenaient une relation intime au cours des 12 derniers mois. Seulement 54,7 % (IC à 95 % : 51,7 %, 57,6 %) des membres qui entretenaient une relation intime au cours des 12 derniers mois pensaient qu'améliorer leur relation avec leur partenaire aurait une incidence positive sur leur santé. En outre, 51,3 % (IC à 95 % : 48,3 %, 54,3 %) des membres de la Force régulière qui entretenaient une relation intime au cours des 12 derniers mois avaient l'intention d'améliorer leur relation avec leur partenaire au cours de la prochaine année.

Il est à noter que 49,2 % (IC à 95 % : 46,5 %, 53,5 %) des membres de la Force régulière pensaient qu'améliorer leur relation avec leur partenaire aurait une incidence positive sur leur santé, et que 45,9 % (IC à 95 % : 43,2 %, 48,7 %) avaient l'intention d'améliorer leur relation avec leur partenaire au cours de la prochaine année (Figure 4-1).

4.4 Conclusion

La sensibilisation des membres de la Force régulière au programme ELF s'est considérablement accrue au cours des dix dernières années. Les campagnes et les cours ELF actuels semblent mieux adaptés pour toucher les membres du personnel âgés de 40 à 60 ans, les femmes et les officiers plutôt que les membres du personnel âgés de 18 à 29 ans, les hommes et les MR, respectivement. En outre, le contenu de ces campagnes et cours semble être plus efficace quant à la sensibilisation accrue aux problèmes de santé et à la promotion de changements sains à son mode de vie chez le personnel plus âgé que chez le personnel âgé de 18 à 29 ans.

Plus de la moitié des membres de la Force régulière avaient l'intention de faire plus d'exercice, d'améliorer leur régime alimentaire, de passer plus de temps avec leur famille et leurs amis, et de perdre du poids au cours de l'année à venir afin d'améliorer leur santé. Cependant, très peu de membres ayant une consommation d'alcool dangereuse envisageaient de réduire leur consommation d'alcool au cours de la même période. Il se



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

peut que les membres de la Force régulière sous-estiment les risques liés à la consommation d'alcool dangereuse.

4.5 Références

BABOR, T.F., J.C. HIGGINS-BIDDLE, J.B. SAUNDERS et M.G. MONTEIRO. *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*, 2^e éd., Organisation mondiale de la Santé, 2001.

BARRINGTON RESEARCH GROUP, INC. *An Evaluation Framework for Strengthening the Forces (StF): Final Report*, Calgary (Canada), 2005.

GODIN, G. « The Godin-Shephard Leisure-Time Physical Activity Questionnaire », *Health and Fitness Journal of Canada*, vol. 4, n^o 1, 2011, p. 18-22.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève, OMS, 1986. Sur Internet : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>>.



Chapitre 5 – Santé des femmes

5.1 Introduction

Lors de la réalisation du présent sondage, les femmes représentaient environ 13 % des Force armées canadiennes (FAC) de la Force régulière. Ainsi, une partie importante des membres des FAC est aux prises avec des problèmes de santé uniques. Le SSSV 2013-2014 a interrogé les répondantes sur des problèmes de santé propres aux femmes, y compris la grossesse, l'incontinence urinaire et le dépistage du cancer.

5.2 Grossesse

Parmi les femmes membres de la Force régulière, 5,1 % étaient enceintes au moment de la réalisation du SSSV 2013-2014 (Tableau 5-1). Le pourcentage de femmes enceintes dans la Force régulière était plus élevé en 2013-2014, comparativement à 2004, mais demeurait inchangé par rapport à 2008-2009 (Tableau 5-1). Il est important de noter que seuls les membres de l'effectif de la Force régulière ont été inclus dans le SSSV. Les femmes en congé de maternité ou en congé de maladie ont été exclues de tous les sondages; les statistiques du présent document sont donc susceptibles de sous-estimer le pourcentage de femmes enceintes dans l'ensemble de la Force régulière.

Tableau 5-1 : Pourcentage des femmes membres de la Force régulière^a qui étaient enceintes au moment du sondage

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^b	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	2,3	(1,6-3,3)	0,44	(0,27-0,72)
2008-2009	4,7	(3,2-6,8)	0,92	(0,56-1,53)
2013-2014	5,1	(3,7-6,9)	Référence	

^a Les femmes actuellement en congé de maternité ou en congé de maladie ont été exclues du sondage sur la santé et le style de vie.

^b Les estimations ont été standardisées pour l'âge et pour la répartition selon les grades de l'effectif féminin de la Force régulière de 2013.

5.3 Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est un problème courant caractérisé par une perte involontaire d'urine. Elle peut avoir une incidence négative sur le bien-être physique, émotionnel et sexuel (Heidler, 2011). Les femmes sont plus susceptibles de souffrir d'incontinence urinaire que les hommes (Heidler, 2011). On pense que cette différence est due à des différences anatomiques dans l'appareil urinaire et aux facteurs de stress ajoutés de la grossesse et de l'accouchement sur les muscles pelviens (NIDDKD, 2007).

Le SSSV 2013-2014 a demandé aux répondantes si elles souffraient d'incontinence urinaire durant : a) une activité physique intense; b) une activité physique légère; ou c) des activités quotidiennes. Dans l'ensemble, 23,2 % des femmes membres de la Force régulière souffraient d'incontinence urinaire dans au moins un de ces trois contextes (Tableau 5-2). Il est à noter que parmi les femmes de la Force régulière qui souffraient d'incontinence urinaire, 79,3 % (IC à 95 % : 72,7 %-84,7 %) n'ont connu ce problème que durant une activité physique intense, et seulement 2,2 % (IC à 95 % : 1,4 %-3,5 %) de l'ensemble des femmes de la Force régulière en souffraient durant des activités quotidiennes. Une bonne condition physique est une exigence clé



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

pour l'emploi au sein des FAC, et l'incontinence urinaire pourrait avoir une incidence négative sur le niveau d'activité physique. À l'aide de l'échelle du temps consacré aux loisirs de Godin, le niveau d'activité physique a été comparé entre les femmes qui souffraient d'incontinence urinaire et les femmes qui n'en souffraient pas en 2013-2014, et aucune association n'a été relevée entre l'incontinence urinaire et le niveau d'activité physique. Par conséquent, bien que 23,3 % des femmes de la Force régulière aient déclaré qu'elles souffraient d'incontinence urinaire, cela ne limitait pas leur capacité à se classer parmi les membres du personnel suffisamment actifs.

Tableau 5-2 : Pourcentage des femmes membres de la Force régulière souffrant d'incontinence urinaire

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		23,2	(20,4-26,2)		
Âge (années)	18 à 29	12,9	(9,5-17,2)	Référence	
	30 à 39	19,1	(14,5-24,8)	1,60	(1,00-2,57)
	40 à 49	33,5	(27,5-40,2)	3,42	(2,19-5,32)
	50 à 60	32,2	(26,4-38,5)	3,21	(2,07-4,97)

La déclaration d'un problème d'incontinence urinaire était plus probable chez les femmes âgées de 40 à 60 ans que chez les femmes âgées de moins de 40 ans (Tableau 5-2). Ce résultat n'est pas surprenant, puisque des études antérieures ont démontré que le risque d'incontinence urinaire augmente avec l'âge (Hannestad, 2000). Le pourcentage de femmes souffrant d'incontinence urinaire ne variait pas selon le grade ou l'élément de service.

Dans le SSSV 2008-2009, seulement 12,0 %⁹ des femmes de la Force régulière ont déclaré qu'elles souffraient d'incontinence urinaire. Cependant, le SSSV 2008-2009 a uniquement demandé aux répondantes si elles souffraient d'incontinence urinaire ou non, sans leur demander de préciser les différents contextes dans lesquels le problème pouvait survenir. Il est concevable que les femmes qui souffraient d'incontinence urinaire uniquement pendant des activités physiques intenses n'aient pas pensé à le déclarer comme un problème de santé actuel dans le sondage de 2008-2009. Les estimations de 2008-2009 et de 2013-2014 ne sont donc pas comparables.

5.4 Dépistage du cancer

5.4.1 Dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein est le type de cancer non cutané le plus courant chez les femmes canadiennes; en effet, on recense plus de 23 000 nouveaux diagnostics et 5 000 décès chaque année (ASPC, 2011).

La mammographie est un outil de dépistage efficace pour le cancer du sein chez certaines femmes. On a démontré qu'un dépistage régulier chez les femmes âgées de 50 à 69 ans réduisait la mortalité associée au cancer du sein (GECSSP, 2011). Les lignes directrices nationales en vigueur pour le dépistage du cancer du sein,

⁹ Les estimations des sondages précédents ont été standardisées pour l'âge et pour la répartition des grades de l'effectif féminin de la Force régulière de 2013.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

publiées en 2011, recommandent que toutes les femmes dans ce groupe d'âge fassent une mammographie tous les deux à trois ans (GECSSP, 2011). Cependant, ce changement recommandé à la fréquence de dépistage n'a pas été immédiatement intégré dans les programmes provinciaux de dépistage du cancer; lorsque le SSSV 2013-2014 a été réalisé, la plupart des programmes provinciaux faisaient toujours des tests de dépistage tous les deux ans chez les femmes.

Parmi toutes les femmes de la Force régulière âgées de 50 ans et plus, 74,4 % ont déclaré avoir fait une mammographie au cours des deux dernières années. En outre, 19,5 % des femmes de ce groupe d'âge ont déclaré avoir déjà fait une mammographie, mais que leur dernier dépistage pour le cancer du sein datait de plus de deux ans (Figure 5-1). Ces pourcentages ne variaient pas entre les MR et les officiers.

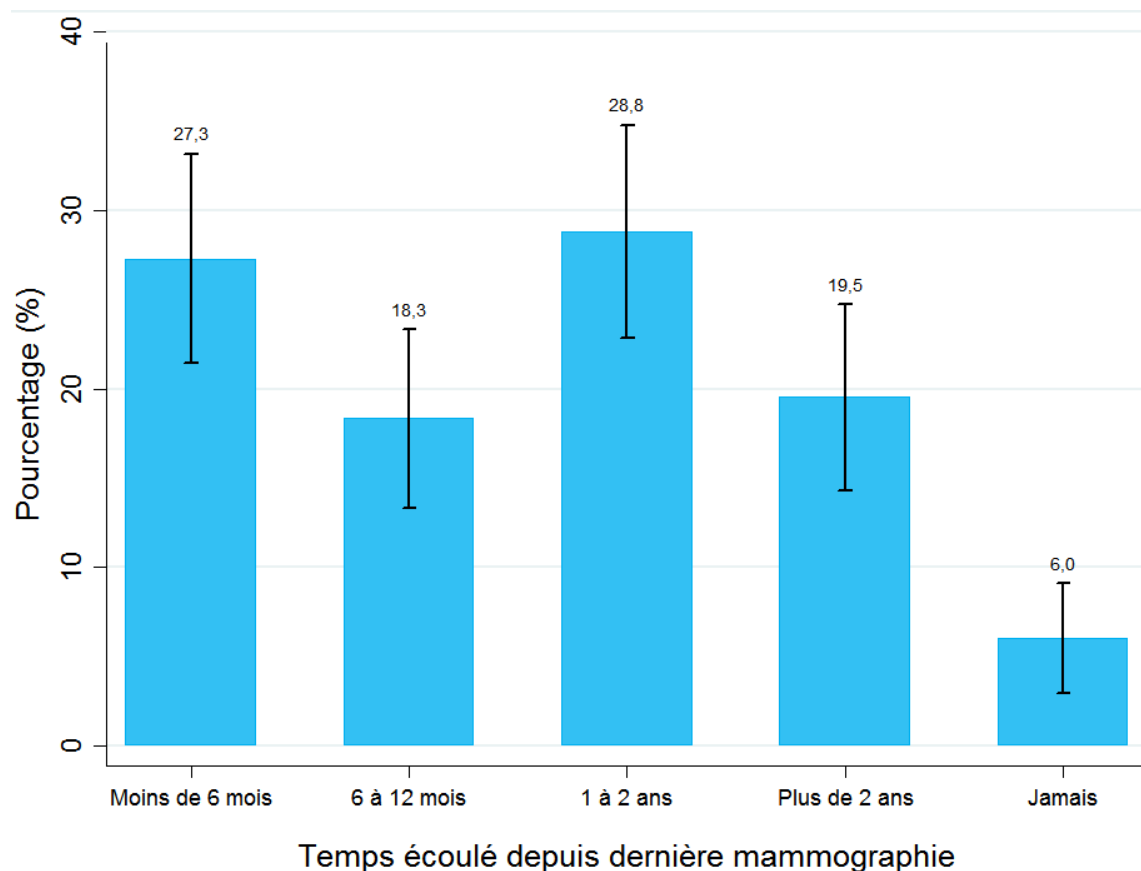


Figure 5-1 : Temps écoulé depuis la dernière mammographie chez les femmes membres de la Force régulière âgées de 50 à 60 ans.

Un quart (25,5%) des femmes de la Force régulière âgées de 50 ans et plus n'avaient pas fait une mammographie au cours des deux dernières années. Dans ce sous-groupe, les raisons les plus couramment citées pour ne pas avoir fait de mammographie étaient les suivantes : (1) un médecin pensait que la mammographie n'était pas nécessaire; (2) la patiente n'a pas eu le temps de la faire; et (3) la patiente pensait qu'une mammographie n'était pas nécessaire. Ces raisons étaient, respectivement citées par 38,6 %, 37,9 % et 12,5 % des femmes âgées de 50 ans et plus qui n'avaient pas fait une mammographie au cours des deux dernières années. La sensibilisation



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

des femmes de la Force régulière à la valeur du dépistage du cancer du sein pourrait améliorer davantage les taux de dépistage.

Il est à noter que le SSSV 2008-2009 n'incluait pas de questions sur la mammographie. Une comparaison n'est donc pas possible.

L'Agence de la santé publique du Canada recommande que les programmes de dépistage du cancer du sein visent un taux de participation d'au moins 70 % (Doyle, 2011). Les taux de dépistage du cancer du sein chez les FAC sont donc supérieurs aux cibles nationales. Même si les taux de dépistage du cancer entre la population militaire et la population civile ne peuvent être directement comparés, il est intéressant de noter qu'en 2011-2012, 60 % des femmes ontariennes âgées de 50 à 74 ans ont fait un test de dépistage du cancer du sein par l'intermédiaire du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (ACO, 2015). De même, en 2012-2013, 58 % des femmes en Alberta âgées de 50 à 69 ans ont fait un test de dépistage du cancer du sein par l'intermédiaire du programme de dépistage *Alberta Breast Cancer Screening Program* (AHS, 2012), et en 2014, 52 % des femmes en Colombie-Britannique âgées de 50 à 69 ans ont fait un test de dépistage par l'intermédiaire du programme de dépistage *Screening Mammography Program* (BC Cancer Agency, 2014). On ne sait pas avec exactitude si ces taux provinciaux incluent le dépistage effectué en dehors des programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein. En outre, ces programmes comprennent un plus vaste groupe d'âge (c.-à-d. les femmes âgées de 50 à 69 ans) que les FAC, ce qui peut en partie expliquer les différences dans les taux de dépistage.

5.4.2 Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième type de cancer le plus couramment diagnostiqué chez les femmes dans le monde. Il représente 1 % des décès des suites du cancer chez les femmes au Canada (ASPC, 2014). La plus grande partie des cancers du col de l'utérus est causée par un virus sexuellement transmissible connu sous le nom de papillomavirus (OMS, 2013). Sur de nombreuses années, l'infection chronique par ce virus peut causer des lésions qui, à leur tour, se développent en cancer envahissant du col de l'utérus si elles ne sont pas traitées (OMS, 2013).

Heureusement, il est possible de prévenir le cancer envahissant du col de l'utérus. Des tests Pap peuvent être utilisés pour détecter des lésions du col de l'utérus avant qu'elles n'atteignent un stade cancéreux, permettant ainsi un traitement précoce. On a démontré que des programmes de dépistage efficaces reposant sur des tests Pap et des systèmes de rappel pratiques préviennent jusqu'à 80 % des cas de cancer envahissant du col de l'utérus (GECSSP, 2013).

Les lignes directrices nationales en vigueur pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, publiées en 2013, recommandent à toutes les femmes âgées de 25 à 69 ans de faire un test Pap tous les trois ans. Des tests Pap systématiques ne sont pas recommandés pour les femmes qui n'ont jamais été actives sexuellement, qui ont subi une hystérectomie ou qui sont âgées de moins de 25 ans. La fréquence de dépistage recommandée peut être différente pour les femmes qui ont eu des résultats anormaux au test Pap antérieurement ou qui éprouvent des symptômes du cancer du col de l'utérus (GECSSP, 2013). Il est à noter que ces lignes directrices nationales n'ont été publiées que quelques mois avant la réalisation du sondage. Avant la publication de ces lignes directrices nationales, les recommandations liées au dépistage du cancer du col de l'utérus variaient légèrement d'une province à l'autre (ASPC, 2009).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

En raison des lignes directrices nationales en vigueur pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, toutes les femmes ayant subi une hystérectomie ainsi que celles âgées de moins de 25 ans ont été exclues des résultats suivants.

Dans l'ensemble, 94,7 % des femmes de la Force régulière ont déjà fait un test Pap antérieurement. Ce pourcentage ne variait pas selon l'âge, le sexe, le grade, ni l'élément de service. Cependant, il était inférieur aux 98,7 % des femmes ayant déjà fait un test Pap en 2008-2009 (Tableau 5-3).

Tableau 5-3 : Pourcentage des femmes membres de la Force régulière^a ayant fait un test Pap

	Pourcentage (IC à 95 %)	
	SSSV 2008-2009 ^b	SSSV 2013-2014
A déjà fait un test Pap	98,7 (97,6-99,3)	94,7 (92,8-96,2)
A fait un test Pap au cours des trois dernières années	95,1 (93,2-96,5)	89,5 (86,9-91,6)

^a Ne comprend que les femmes qui : (1) sont âgées de 25 ans ou plus; et (2) n'ont pas subi d'hystérectomie.

^b Les estimations ont été standardisées pour l'âge et pour la répartition selon les grades de l'effectif féminin de la Force régulière de 2013.

En outre, 89,5 % de toutes les femmes de la Force régulière avaient fait un test Pap au cours des trois dernières années (Figure 5-2). Les femmes âgées de 25 à 29 ans étaient plus susceptibles d'avoir fait un test Pap plus récemment que les femmes âgées de 40 à 49 ans et de 50 à 60 ans (Figure 5-3). Il n'y avait pas ce type de différences en fonction du grade ou de l'élément de service.

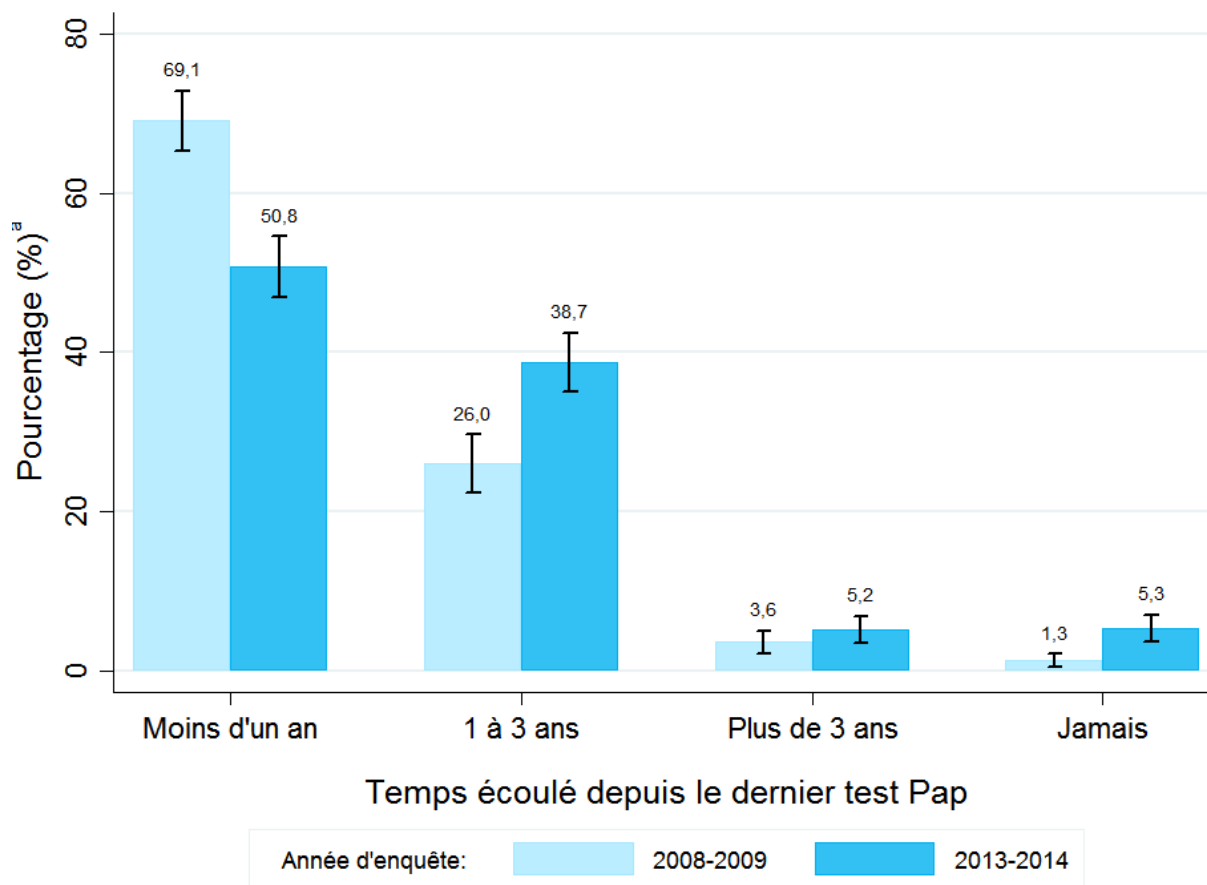


Figure 5-2 : Temps écoulé depuis le dernier test Pap chez les femmes membres de la Force régulière qui n'ont pas subi d'hystérectomie et qui sont âgées de 25 ans ou plus.

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge et pour la répartition selon les grades de l'effectif féminin de la Force régulière de 2013.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

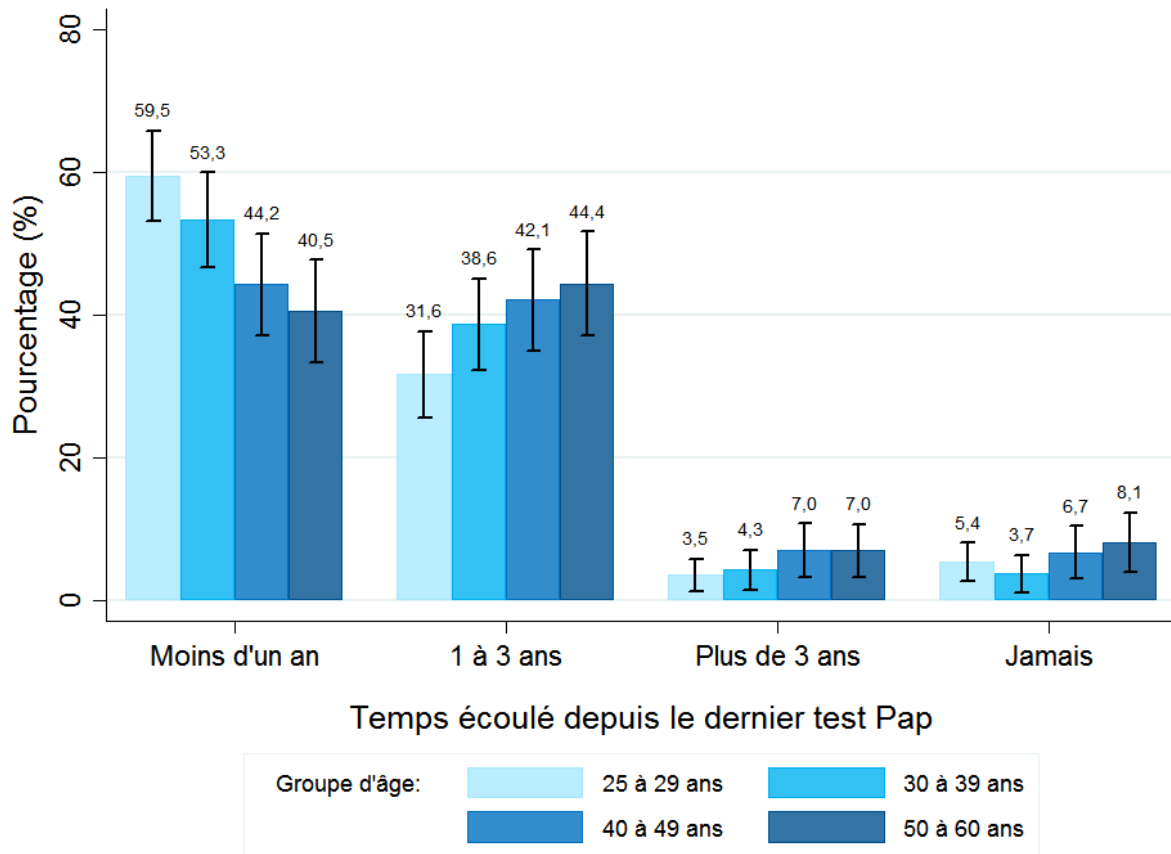


Figure 5-3 : Temps écoulé depuis le dernier test Pap chez les femmes membres de la Force régulière qui n'ont pas subi d'hystérectomie.

Un plus faible pourcentage de femmes avaient passé un test de dépistage pour le cancer du col de l'utérus au cours des trois années ayant précédé le SSSV 2013-2014 par rapport aux trois années ayant précédé le SSSV 2008-2009 (Figure 5-2). On ne sait pas avec exactitude si les nouvelles recommandations sont à l'origine de cette baisse dans les récents tests de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de la Force régulière âgées de 25 ans et plus.

Action Cancer Ontario recommande que les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus en Ontario visent un taux de participation d'au moins 85 % (ACO, 2014). Les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les FAC sont donc supérieurs à cette recommandation. Même si les taux de dépistage du cancer entre la population militaire et la population civile ne peuvent être directement comparés, il est intéressant de noter qu'entre 2009 et 2011, seulement 65 % des femmes ontariennes âgées de 20 à 69 ans qui n'avaient pas subi d'hystérectomie avaient fait un test de dépistage du cancer du col de l'utérus (ACO, 2014).

5.5 Conclusion

Près d'un quart des femmes de la Force régulière souffrent d'incontinence urinaire. Cependant, la majorité des femmes souffrant d'incontinence urinaire ne subissent ce problème que durant une activité physique intense.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Discuter du problème lors de rendez-vous médicaux pourrait orienter les femmes vers le traitement approprié. Les taux de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus chez les femmes de la Force régulière sont comparables à certains résultats provinciaux. Il demeure quelques femmes de la Force régulière qui ne font pas de tests de dépistage de cancers touchant spécifiquement les femmes. Par ailleurs, les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus, même s'ils étaient encore très élevés, étaient inférieurs en 2013-2014 par rapport à 2008-2009. La mise en œuvre d'un système de rappel pourrait optimiser les programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. L'ajout d'une composante éducative à ces programmes pourrait augmenter davantage la participation au dépistage grâce à une sensibilisation accrue aux avantages d'un dépistage régulier.

5.6 Références

ACTION CANCER ONTARIO. *Cervical Cancer Screening Rates Below Provincial Target and Vary with Neighbourhood Income*, 2014. Sur Internet : <<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=296664>>.

ACTION CANCER ONTARIO. *Dépistage du cancer du sein*, 2015. Sur Internet : <<https://fr.cancercare.on.ca/pcs/screening/breastscreening/>>.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Surveillance du rendement des programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada*, Ottawa (Canada), 2009.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport sur la performance des programmes en 2005 et en 2006*, Ottawa (Canada), 2011.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Cancer du col de l'utérus*, 2014. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cancer/cancer_du_col_uterus-cervical_cancer-fra.php>.

ALBERTA HEALTH SERVICES. *Breast Cancer Screening Participation Rate*, gouvernement de l'Alberta, 2012. Sur Internet : <<http://www.albertahealthservices.ca/Publications/ahs-pub-pr-def-breast-screen.pdf>>.

BRITISH COLUMBIA CANCER AGENCY. *Screening Mammography Program: 2014 Annual Report*, 2014. Sur Internet : <<http://www.screeningbc.ca/NR/rdonlyres/D302DDFE-474D-48F2-912D-F5612AA8B204/73313/SMPAnnualReport2014WEBNovember2015.pdf>>.

DOYLE, G.P., D. MAJOR, C. CHU, A. STANKIEWICZ, M.L. HARRISON, L. POGANY, V.M. MAI et J. ONYSKO. « Étude sur la participation à la mammographie de dépistage et sur son utilisation au Canada », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, vol. 31, n° 4, 2011, p. 154-159.

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. « Recommendations on screening for cervical cancer », *CMAJ*, vol. 185, n° 1, 2013, p. 35-45.

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. « Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years », *CMAJ*, vol. 183, n° 17, 2011, p. 1991-2001.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

HANNESTAD, Y.S., G. ROTVELT, H. SANDVIK et S. HUNSKAAR. « A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 53, 2000, p. 1150-1157.

HEIDLER, S. « Female incontinence: long-term results of slings », *Current Opinion in Urology*, vol. 21, 2011, p. 488-492.

NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES. *Urinary Incontinence in Women: National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse*, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2007. Document 08-4132.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Papillomavirus humain (PVH) et cancer du col de l'utérus*, 2013. Aide-mémoire n° 380. Sur Internet : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/fr/>>.





Chapitre 6 – Recours aux soins de santé

6.1 Introduction

Le Groupe des Services de santé des Forces canadiennes (Gp Svc S FC) offre des soins de santé aux membres des Forces armées canadiennes (FAC) en garnison ou en mission. Les membres de la Force régulière ne sont pas couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*; par conséquent, les FAC doivent fournir au personnel des soins de santé complets. Toutefois, des soins spécialisés sont généralement fournis par l'aiguillage vers le système de soins de santé provincial ou territorial. L'intention générale du Gp Svc S FC est de maintenir un effectif qui est en bonne condition physique, apte au travail et pouvant être envoyé en mission (Gp Svc S FC, 2014).

Des données sur les systèmes de santé permettent de cibler les services de santé qui se sont améliorés au fil du temps ainsi que les services de santé qui exigent une atténuation. Des données sur le recours aux soins de santé et la satisfaction fournissent aux décideurs des mesures quantitatives leur permettant d'éclairer des décisions de principe futures ainsi que l'affectation de ressources. Le présent chapitre décrit le recours aux soins de santé primaires, spécialisés et civils par l'intermédiaire de mesures de l'accessibilité, de la disponibilité, de la qualité et de la satisfaction.

6.2 Soins de santé des Forces armées canadiennes

6.2.1 Recours aux soins de santé destinés aux Forces armées canadiennes

Les trois quarts (75,4 %) des membres de la Force régulière ont eu recours à des soins médicaux à une installation médicale des FAC au cours des 12 derniers mois. Le recours à des services médicaux destinés aux FAC était plus probable chez : (1) les membres âgés de 50 à 60 ans, comparativement aux membres âgés de 18 à 29 ans; et (2) les femmes, comparativement aux hommes (Tableau 6-1). Il n'y avait pas de différence selon le grade ou l'élément de service. Il n'y avait pas de changement dans l'utilisation des installations médicales des FAC par rapport aux SSSV réalisés en 2004 et 2008-2009.

Tableau 6-1 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont eu recours à des soins de santé destinés aux Forces armées canadiennes

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		75,4 (73,0-77,8)	
Âge (années)	18 à 29	71,5 (66,6-76,4)	Référence
	30 à 39	75,0 (70,3-79,6)	1,20 (0,85-1,69)
	40 à 49	77,2 (73,1-81,4)	1,35 (0,97-1,89)
	50 à 60	83,0 (79,6-86,5)	1,95 (1,39-2,75)
Sexe	Femmes	87,8 (85,6-90,1)	Référence
	Hommes	73,5 (70,7-76,3)	0,38 (0,30-0,50)



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Lorsque les membres de la Force régulière se rendaient à une installation médicale des FAC, les professionnels qu'ils consultaient le plus souvent étaient : (1) un médecin; (2) un infirmier praticien; et (3) un adjoint au médecin. Le type de professionnel consulté était similaire aux années de sondage précédentes. Cependant, en 2013-2014, davantage de membres de la Force régulière ont consulté un infirmier praticien plus fréquemment que durant les années de sondage précédentes (Figure 6-1).

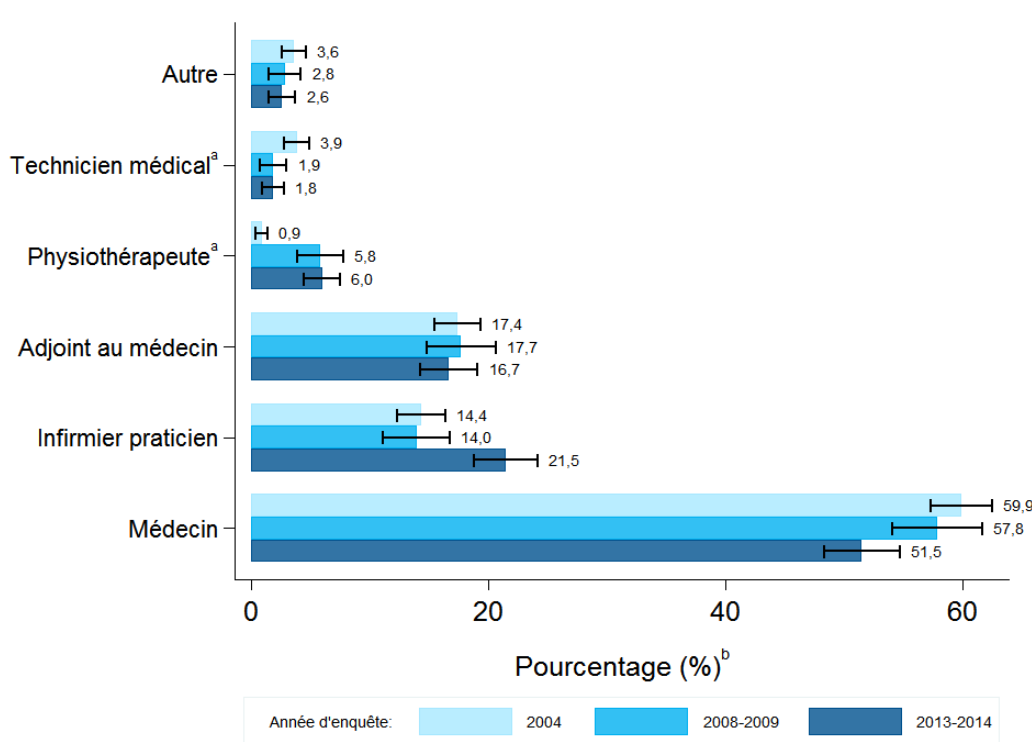


Figure 6-1 : Types de professionnels de la santé le plus souvent consultés par les membres de la Force régulière qui ont eu recours à des services médicaux destinés aux Forces armées canadiennes au cours des 12 derniers mois.

^a Non inclus comme options de réponse dans le sondage sur la santé et le style de vie 2004. Données du sondage sur la santé et le style de vie 2004 extraites du champ de texte « Si autre, veuillez préciser ».

^b Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

6.2.2 Qualité des soins de santé destinés aux Forces armées canadiennes

La qualité des soins vise à fournir les meilleurs soins possibles pour atteindre les meilleurs résultats possibles. Conformément aux mesures de la qualité du Gp Svc S FC, les membres de la Force régulière ont indiqué si les soins qu'ils ont reçus étaient disponibles, continus, opportuns, et appropriés.

6.2.2.1 Disponibilité des soins de santé destinés aux Forces armées canadiennes dans la première langue officielle de choix

La disponibilité des soins ne consiste pas seulement en l'accès à un prestataire de soins de santé. Le patient doit être en mesure de communiquer ses besoins au professionnel de la santé. Presque tous les membres de la



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Force régulière (91,4 %) ont déclaré que les services de santé des FC étaient toujours ou habituellement offerts dans la première langue officielle de leur choix. Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe, le grade ou l'élément de service. Il n'y avait pas non plus de différence dans la satisfaction à l'égard de l'accès aux services de santé dans la langue officielle de choix aux huit bases/escadres les plus importantes. Toutefois, les francophones étaient moins susceptibles de déclarer avoir toujours ou habituellement obtenu des services de santé dans la langue de leur choix, comparativement aux anglophones (Tableau 6-2).

6.2.2.2 Continuité des soins de santé destinés aux Forces armées canadiennes

Améliorer la continuité des soins était l'un des objectifs de l'initiative de renouvellement des soins primaires (IRSP), une composante du projet Rx 2000, qui est une importante réforme mise en œuvre par le ministère de la Défense nationale en 2000 (BVG, 2007). Plus de la moitié (58,5 %) des membres du personnel consultaient toujours ou habituellement le même professionnel lorsqu'ils se rendaient à des installations médicales des FAC pour obtenir des soins médicaux ou un suivi. La consultation du même professionnel était souvent plus probable chez : (1) les membres âgés de 40 à 60 ans, comparativement aux membres âgés de 18 à 29 ans; et (2) les femmes, comparativement aux hommes (Tableau 6-3). Il n'y avait pas de différence selon le grade ou l'élément de service.

Cette constatation est probablement une estimation prudente de la continuité des soins; l'objectif de l'IRSP était de garantir que les membres des FAC étaient examinés à la même Unité de prestation de soins de santé (UPSS) à chaque visite plutôt que par le même professionnel. Les UPSS sont des équipes de prestataires multidisciplinaires et collaboratifs axés sur la prestation de soins optimisés (Gp Svc S FC, 2014).

6.2.2.3 Rapidité des soins de santé destinés aux Forces armées canadiennes

L'accès rapide aux soins est important. La recherche laisse entendre que de longs délais d'attente sont associés à une incidence négative sur la santé, comme de l'anxiété, du stress et des douleurs accrues (ICIS, 2012). Le Rx 2000 et l'IRSP ont été mis en œuvre afin de garantir l'accès rapide à des soins de santé de qualité pour les membres des FAC (BVG, 2007).

On a demandé aux répondants d'indiquer, en moyenne, le délai d'attente pour un rendez-vous lié à un problème de santé courant, continu et non urgent (p. ex., suivi de la pression artérielle) au cours des 12 derniers mois. La majorité (55,4 %) des membres de la Force régulière ont déclaré avoir attendu deux semaines ou plus pour un rendez-vous lié à un problème de santé courant, continu et non urgent. En comparaison, les résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé de 2013 menée dans 11 pays par le Fonds du Commonwealth laissent penser que seulement 33,0 % des Canadiens ont dû attendre plus de six jours pour consulter leur fournisseur de soins primaires (Fonds du Commonwealth, 2013). L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a déclaré que le délai d'attente moyen au Canada était de deux jours pour consulter son médecin de famille concernant un problème de santé courant, continu et non urgent (ICIS, 2012). Ces chiffres laissent penser qu'un examen plus détaillé des délais d'attente pour des services de santé des FAC est requis afin de mieux comprendre les plus longs délais d'attente déclarés par les membres de la Force régulière.

Les délais d'attente étaient plus susceptibles d'être plus longs pour : (1) les membres du personnel âgés de 30 à 49 ans, comparativement aux membres du personnel âgés de 18 à 29 ans; et (2) les femmes, comparativement aux hommes (Tableau 6-4). Il n'y avait pas de différence selon le grade ou l'élément de service. Il n'y avait pas non plus de différence dans les délais d'attente pour un rendez-vous lié à un problème de santé courant, continu et non urgent entre les sondages de 2008-2009 et de 2013-2014.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 6-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que les services de santé des Forces canadiennes étaient toujours ou habituellement offerts dans la première langue officielle de leur choix

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		91,4	(89,4-93,0)		
Première langue officielle	Français	70,2	(64,3-75,6)	Référence	
	Anglais	99,0	(97,7-95,0)	2,54	(2,25-2,87)

Tableau 6-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consulté le même professionnel de la santé des Forces armées canadiennes pour obtenir des soins médicaux ou un suivi médical

Variable	Catégorie	Toujours		Habituellement		Parfois		Rarement/jamais		Rapport de cotes	(IC à 95 %) ^a
		Pourcentage	(IC à 95 %)	Pourcentage	(IC à 95 %)	Pourcentage	(IC à 95 %)	Pourcentage	(IC à 95 %)		
En général		15,8	(13,5-18,2)	42,7	(39,6-45,9)	21,3	(18,7-23,9)	20,2	(17,4-22,9)		
Âge (années)	18 à 29	12,2	(7,7-16,7)	38,4	(31,8-45,0)	22,7	(17,0-28,3)	26,7	(20,4-32,9)	Référence	
	30 à 39	13,3	(8,9-17,7)	44,9	(38,7-51,1)	20,1	(15,2-24,9)	21,7	(16,4-26,9)	1,29	(0,91-1,83)
	40 à 49	20,0	(15,5-24,5)	40,9	(35,5-46,4)	22,8	(18,2-27,4)	16,2	(11,9-20,5)	1,69	(1,21-2,37)
	50 à 60	20,0	(16,0-24,0)	49,7	(44,6-54,8)	18,3	(14,3-22,2)	12,0	(8,6-15,4)	2,14	(1,56-2,94)
Sexe	Féminin	18,0	(15,0-20,8)	47,0	(43,2-50,8)	22,3	(19,1-25,4)	12,8	(10,3-15,3)	Référence	
	Masculin	15,4	(12,6-18,1)	41,9	(38,2-45,6)	21,1	(18,1-24,1)	21,6	(18,4-24,8)	0,72	(0,60-0,87)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinaire. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 6-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant indiqué des délais d'attente pour une visite médicale liée à un problème de santé courant, continu et non urgent

Variable	Catégorie	De 0 à 2 jours		3-7 Jours		De plus d'une semaine à deux semaines		De deux semaines à un mois		D'un mois ou plus		Rapport de cotes	(IC à 95 %) ^a
		Pourcentage	(IC à 95 %)	Pourcentage	(IC à 95 %)	Pourcentage	(IC à 95 %)	Pourcentage	(IC à 95 %)	Pourcentage	(IC à 95 %)		
En général		11,5	(8,9-14,0)	15,5	(12,8-18,2)	17,7	(14,8-20,6)	27,8	(24,4-31,1)	27,6	(24,2-31,0)		
Âge (années)	18 à 29	17,7	(10,9-24,4)	13,7	(8,4-18,9)	23,2	(16,2-30,1)	21,6	(15,1-28,1)	23,8	(16,9-30,8)	Référence	
	30 à 39	11,3	(6,3-16,3)	13,3	(8,3-18,3)	15,5	(10,2-20,8)	31,0	(24,3-37,7)	28,7	(22,1-35,4)	1,53	(1,01-2,32)
	40 à 49	7,9	(4,5-11,4)	16,9	(12,0-21,9)	16,9	(12,1-21,8)	28,7	(22,8-34,5)	29,4	(23,5-35,4)	1,55	(1,05-2,28)
	50 à 60	9,2	(5,7-12,7)	21,4	(11,4-26,5)	15,8	(11,4-20,1)	27,4	(22,2-32,7)	26,2	(20,9-31,5)	1,28	(0,87-1,87)
Sexe	Femmes	6,1	(4,0-8,2)	12,5	(9,8-15,3)	16,2	(13,2-19,2)	35,2	(31,3-39,2)	29,9	(26,0-33,8)	Référence	
	Hommes	12,7	(9,6-15,9)	16,2	(12,7-19,4)	18,1	(14,6-21,6)	25,9	(21,9-29,9)	27,0	(22,9-31,1)	0,68	(0,55-0,85)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

La moitié (50,3 %) des membres de la Force régulière étaient satisfaits du délai d'attente pour un rendez-vous lié à un problème de santé courant, continu et non urgent. Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe, le grade ou l'élément de service. Le personnel interrogé en 2013-2014 était plus susceptible d'être satisfait du délai d'attente pour un rendez-vous lié à un problème de santé courant, continu et non urgent que le personnel interrogé en 2008-2009 (Figure 6-2).

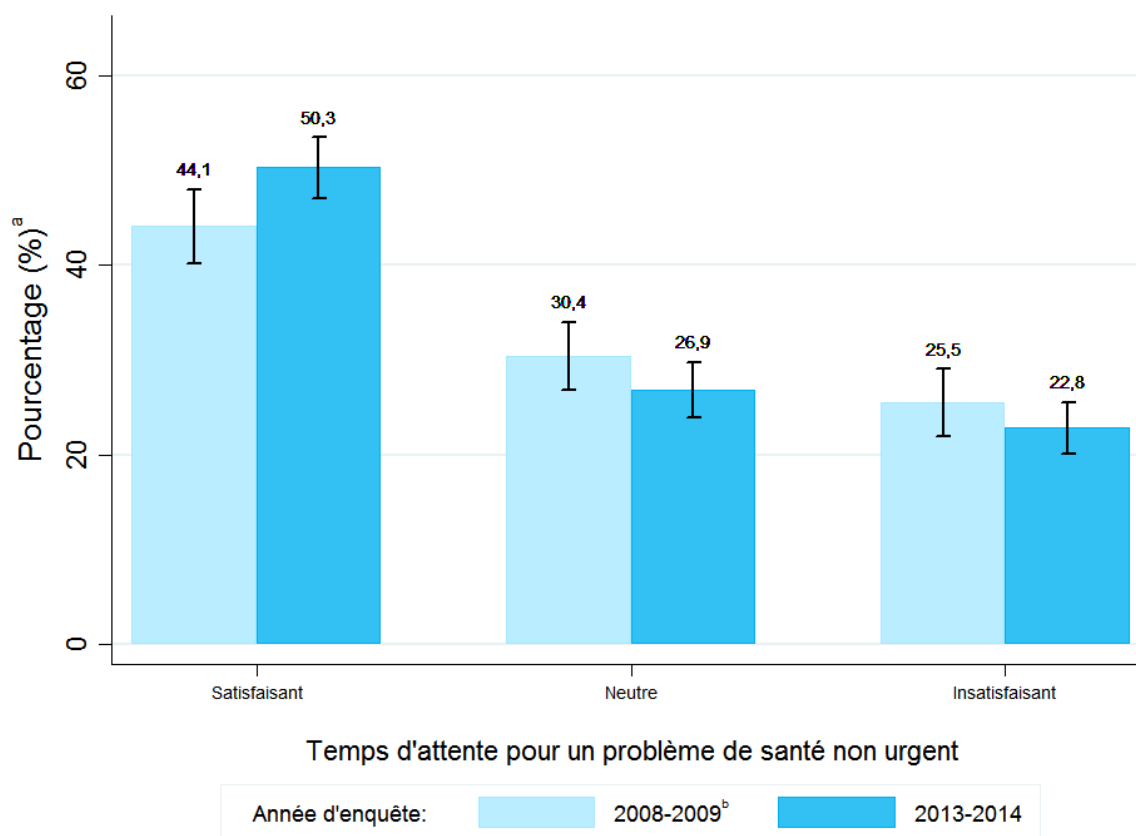


Figure 6-2 : Niveau de satisfaction des membres de la Force régulière à l'égard du délai d'attente pour une visite médicale liée à un problème de santé courant, continu et non urgent au cours des 12 derniers mois.

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

^b Les niveaux de satisfaction étaient plus élevés en 2013-2014 qu'en 2008-2009 (RC : 1,24; IC à 95 % : 1,02-1,50).

Les membres de la Force régulière ont accès à la parade des malades, qui est un concept similaire à celui des cliniques civiles sans rendez-vous. Le personnel doit seulement se présenter à la parade des malades s'il éprouve des symptômes qui : (1) durent moins de 24 heures; et (2) nuisent à sa capacité à effectuer ses tâches quotidiennes. Toutefois, près d'un quart (22,3 %) des membres du personnel qui, au cours de leur carrière, ont eu besoin de soins pour un problème de santé courant, continu et non urgent ont déclaré qu'ils chercheraient à obtenir de tels soins dans le cadre de la parade des malades. Les membres de la Force régulière qui avaient besoin de soins pour des problèmes non urgents étaient moins susceptibles de faire une mauvaise utilisation de la parade des malades en 2013-2014 par rapport à 2008-2009 (Tableau 6-5).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 6-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui choisiraient de se présenter à la parade des malades pour un problème de santé non urgent

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2008-2009	28,7	(24,8-32,6)	1,41	(1,09-1,81)
2013-2014	22,3	(19,4-25,2)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Il était plus probable de se présenter à la parade des malades au lieu de prendre un rendez-vous pour des problèmes de santé courants, continus et non urgents, notamment pour : (1) les membres du personnel âgés de 18 à 29 ans, comparativement aux membres du personnel âgés de 30 à 60 ans; et (2) les hommes, comparativement aux femmes (Tableau 6-6). Il n'y avait pas de différence selon le grade ou l'élément de service. Il est possible que les jeunes hommes aient recours à cette option plus fréquemment à cause d'une mauvaise compréhension de l'objectif de la parade des malades. Ils peuvent également repousser le moment d'obtenir des soins médicaux jusqu'à ce que leur problème de santé s'aggrave ou devienne suffisamment grave pour exiger une attention immédiate, ou être plus susceptibles d'exiger un certificat médical immédiatement. Le personnel plus jeune est plus susceptible de passer du temps loin de chez lui et il peut ne pas avoir accès à son UPSS tandis qu'il accomplit ses tâches militaires à un emplacement éloigné (voir le chapitre 11). Une analyse plus détaillée de ce problème pourrait aider à préciser les facteurs associés à la mauvaise utilisation de la parade des malades.

Tableau 6-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui se présenteraient à la parade des malades pour un problème de santé courant, continu et non urgent

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
Âge (années)	18 à 29	30,3	(23,6-37,0)	Référence	
	30 à 39	20,9	(15,3-26,5)	0,61	(0,38-0,97)
	40 à 49	17,2	(12,7-21,7)	0,48	(0,30-0,75)
	50 à 60	21,8	(17,3-26,3)	0,64	(0,43-0,97)
Sexe	Femmes	10,7	(8,3-13,3)	Référence	
	Hommes	24,7	(21,2-28,1)	2,71	(1,97-3,73)

Lorsque des tests médicaux et des interventions étaient exigés pour les membres de la Force régulière, la majorité (83,3 %) a déclaré qu'elle avait reçu ses résultats dans les délais indiqués. La réception des résultats dans les délais prévus était plus probable pour : (1) les membres du personnel âgés de 50 à 60 ans, comparativement aux membres du personnel âgés de 18 à 29 ans; et (2) les officiers, comparativement aux MR (Tableau 6-7). Il n'y avait pas de différence selon le sexe ou l'élément de service. Les membres du personnel qui ont déclaré que leur UPSS ne communique avec eux que si les résultats du test sont anormaux (9,4 %) et qui ont déclaré n'avoir subi aucune intervention (21,0 %) n'ont pas été inclus dans l'analyse. Les membres du personnel étaient plus susceptibles de déclarer avoir reçu leurs résultats de test dans les délais en 2013-2014 et en 2008-2009, comparativement à 2004 (Tableau 6-8).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 6-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont reçu leurs résultats de test dans les délais prévus

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		83,3	(80,5-86,2)		
Âge (années)	18 à 29	81,9	(75,5-88,2)	Référence	
	30 à 39	83,9	(78,5-89,4)	1,16	(0,64-2,08)
	40 à 49	81,4	(76,4-86,5)	0,97	(0,56-1,67)
	50 à 60	88,9	(85,4-92,3)	1,77	(1,02-3,08)
Grade	MR	81,2	(77,5-84,9)	Référence	
	Officier	89,2	(86,2-92,2)	1,91	(1,29- 2,83)

Tableau 6-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont reçu leurs résultats de test dans les délais prévus, par année de sondage

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	75,7	(73,1-78,4)	0,62	(0,49-0,80)
2008-2009	84,4	(80,8-87,9)	1,08	(0,77-1,52)
2013-2014	83,3	(80,5-86,2)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

6.2.3 Satisfaction des patients à l'égard des soins destinés aux Forces armées canadiennes

6.2.3.1 Satisfaction des patients quant à une réponse adéquate à leurs besoins

Le niveau de satisfaction global des patients à l'égard des soins peut être amélioré si les patients pensent que l'on a répondu adéquatement à leurs besoins. La plupart (83,8 %) des membres de la Force régulière pensaient que leur professionnel avait répondu à tous leurs besoins au cours de leur rendez-vous. Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe, le grade ou l'élément de service. Les membres de Force régulière étaient plus susceptibles de dire que leur professionnel avait répondu à leurs besoins au cours de la consultation en 2008-2009, comparativement à 2004; cependant cette amélioration n'a pas été maintenue en 2013-2014 (Tableau 6-9).

Tableau 6-9 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui pensaient que leur professionnel avait répondu à tous leurs besoins

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	83,8	(81,7-85,9)	1,00	(0,79-1,26)
2008-2009	87,8	(85,1-90,6)	1,40	(1,03-1,91)
2013-2014	83,8	(81,4-86,1)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

6.2.3.2 Satisfaction des patients à l'égard de la prestation des soins

Plus des deux tiers (70,3 %) des membres de la Force régulière ont déclaré être satisfaits ou très satisfaits du mode de prestation des services de santé. Les niveaux de satisfaction étaient plus élevés chez : (1) les membres du personnel âgés de 50 à 60 ans, comparativement aux membres du personnel âgés de 18 à 29 ans; et (2) les officiers, comparativement aux MR (Tableau 6-10). Il n'y avait pas de différence selon le sexe ou l'élément de service.

6.2.3.3 Évaluation par les patients de la qualité des soins de santé offerts aux FAC

La plupart (79,2 %) des membres de la Force régulière ont estimé que la qualité des soins offerts par les médecins des Services de santé des FC était bonne, très bonne ou excellente. La qualité des soins reçus des médecins était mieux cotée par : (1) les militaires âgés de 40 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; et (2) les officiers, comparativement aux militaires du rang (Tableau 6-11). Il n'y avait pas de différence selon le sexe ou l'élément de service.

Les cotes de qualité attribuées aux soins reçus des Services de santé des FC étaient très similaires à celles attribuées aux médecins. La qualité des soins reçus des Services de santé des FC était mieux cotée par : (1) les militaires âgés de 40 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; et (2) les officiers, comparativement aux militaires du rang (Tableau 6-12). Il n'y avait pas de différence selon le sexe ou l'élément de service. On peut prévoir des cotes similaires, car les médecins étaient les professionnels de la santé avec qui la majorité des membres de la Force régulière ont interagi le plus fréquemment au cours des 12 derniers mois.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 6-10 : Satisfaction des membres de la Force régulière à l'égard des services de santé des Forces canadiennes

Variable	Catégorie	Très satisfait		Satisfait		Neutre		Insatisfait ou très insatisfait		Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)			
En général		17,4 (15,2-19,6)	52,9 (49,8-56,0)	20,0 (17,4-22,6)	9,7 (7,8-11,7)					
Âge (années)	18 à 29	11,6 (7,8-15,4)	57,7 (51,6-63,9)	21,1 (15,9-26,3)	9,6 (5,8-13,3)					Référence
	30 à 39	14,2 (10,1-18,3)	51,6 (45,5-57,6)	22,5 (17,3-27,7)	11,7 (7,7-15,7)					0,94 (0,69-1,29)
	40 à 49	21,4 (17,0-25,9)	50,1 (44,6-55,6)	19,0 (14,6-23,4)	9,4 (6,2-12,7)					1,36 (1,00-1,86)
	50 à 60	31,1 (26,3-35,8)	52,2 (47,2-57,3)	11,9 (8,7-15,2)	4,8 (2,6-6,9)					2,55 (1,90-3,42)
Grade	MR	15,0 (12,3-17,7)	52,7 (48,7-56,6)	22,1 (18,7-25,4)	10,3 (7,8-12,7)					Référence
	Officier	24,4 (20,9-27,9)	53,6 (49,5-57,6)	14,0 (11,1-16,8)	8,0 (5,7-10,3)					1,73 (1,39-2,16)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

Tableau 6-11 : Évaluation par les membres de la Force régulière de la qualité des médecins des Services de santé des Forces canadiennes

Variable	Catégorie	Excellente		Très bonne		Bonne		Moyenne/mauvaise		Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)			
En général		17,2 (14,9-19,5)	34,2 (21,3-37,1)	27,8 (24,9-30,7)	20,8 (18,1-23,5)					
Âge (années)	18 à 29	13,0 (8,9-17,2)	32,4 (26,6-38,3)	31,6 (25,7-37,5)	22,9 (17,5-28,4)					Référence
	30 à 39	13,9 (9,7-18,1)	31,7 (26,3-37,3)	29,2 (23,7-34,8)	25,0 (19,6-30,4)					0,98 (0,71-1,34)
	40 à 49	21,3 (16,8-25,7)	34,3 (29,2-39,6)	25,9 (21,1-30,8)	18,3 (14,0-22,7)					1,52 (1,12-2,07)
	50 à 60	26,8 (22,4-31,3)	45,3 (40,1-50,4)	18,8 (14,8-22,7)	9,1 (6,2-12,0)					2,67 (2,01-3,53)
Grade	MR	15,8 (13,1-18,7)	31,3 (27,6-34,8)	29,2 (25,6-32,9)	23,6 (20,1-27,3)					Référence
	Officier	21,1 (17,8-24,3)	42,8 (38,8-47,0)	23,4 (19,9-26,9)	12,7 (9,9-15,5)					1,80 (1,47-2,21)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 6-12 : Évaluation par les membres de la Force régulière de la qualité générale des médecins des Services de santé des Force canadiennes

Variable	Catégorie	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne/mauvaise	Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	
En général		13,2 (11,3-15,1)	38,8 (35,8-41,8)	30,2 (27,3-33,1)	17,8 (15,3-20,3)	
Âge (années)	18 à 29	9,2 (5,8-12,6)	35,8 (29,8-41,7)	34,8 (28,8-40,8)	20,2 (15,0-25,3)	Référence
	30 à 39	9,9 (6,4-13,4)	37,7 (31,9-43,4)	32,0 (26,4-37,7)	20,4 (15,3-25,4)	1,07 (0,79-1,45)
	40 à 49	16,1 (12,1-20,0)	41,2 (35,8-46,6)	27,1 (22,2-32,0)	15,5 (11,5-20,4)	1,62 (1,20-2,18)
	50 à 60	25,9 (21,4-30,3)	43,6 (38,5-48,6)	20,1 (16,8-25,1)	9,6 (6,7-12,6)	2,89 (2,15-3,89)
Grade	MR	11,1 (8,8-13,5)	36,7 (33,0-40,5)	32,3 (28,6-36,0)	19,7 (16,6-23,0)	Référence
	Officier	19,1 (16,0-22,2)	44,8 (40,8-48,9)	24,0 (20,6-27,4)	12,0 (9,4-14,7)	1,90 (1,54-2,33)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



6.2.4 Services de pharmacie

Des services de pharmacie des FAC sont à la disposition de tous les membres de la Force régulière. Des pharmaciens du Gp Svc S FC fournissent des médicaments et offrent des évaluations de pharmacothérapie dans le contexte des antécédents médicaux, en collaboration avec des fournisseurs de soins primaires. Les pharmacies du Gp Svc S FC permettent d'éviter des coûts grâce à des frais de traitement des médicaments bien plus bas que ceux exigés par les pharmacies civiles (Gp Svc S FC, 2014). Les sources de médicaments les plus fréquemment déclarées étaient : (1) la pharmacie militaire; et (2) la pharmacie civile (Figure 6-3). Il est à noter que certains militaires ont déclaré avoir reçu leurs médicaments par commande postale; ces réponses ont été exclues en raison d'observations insuffisantes.

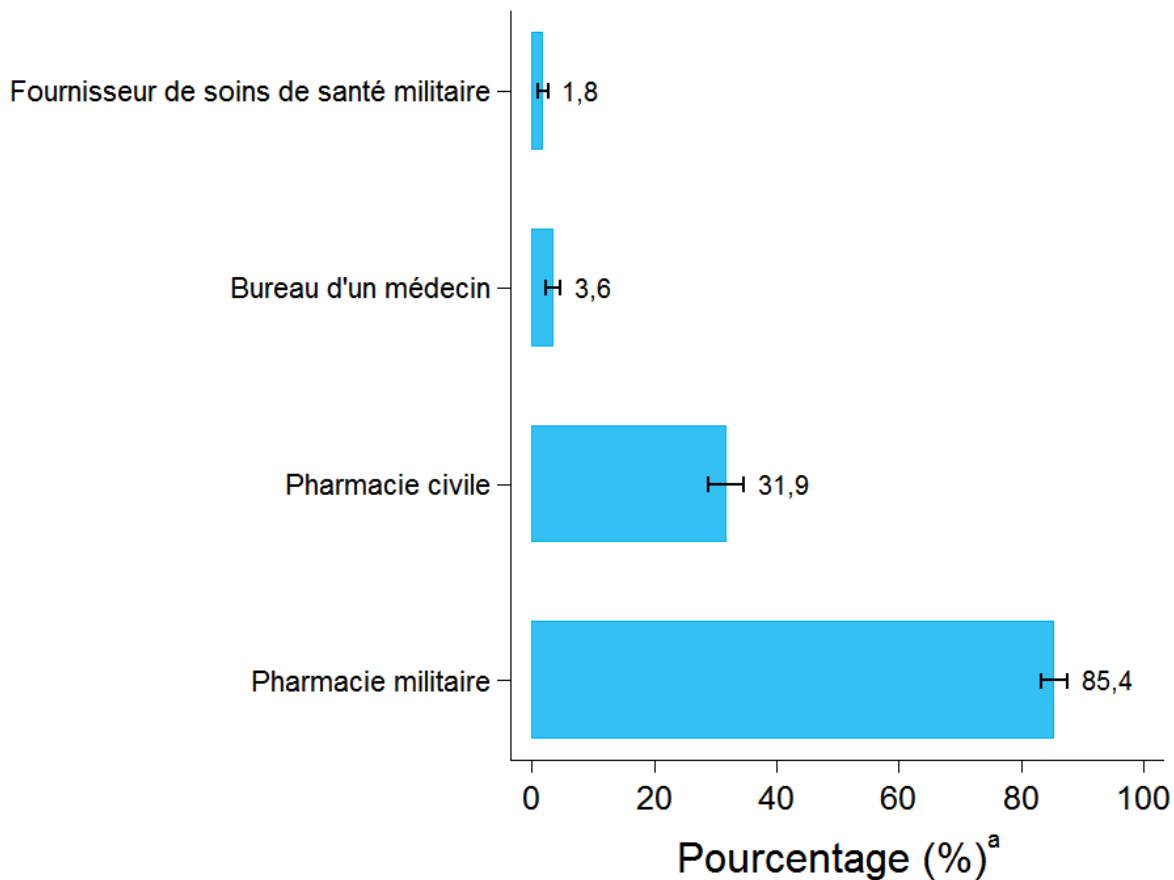


Figure 6-3 : Source des médicaments obtenus par les membres de la Force régulière au cours de l'année précédente.

^a Les répondants ont pu donner plus d'une réponse; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

6.3 Recours à des soins de santé civils ou à des spécialistes

6.3.1 Consultations de spécialistes médicaux

L'accès à des spécialistes de la santé (p. ex., des psychiatres, des chirurgiens, des cardiologues et des urologues) est un important facteur dans la prestation d'une gamme complète de soins de qualité. Un indicateur couramment



Renseignements sur la santé et le style de vie Sondage sur la santé et le style de vie 2013-2014

utilisé pour l'accès à des services de soins de santé est la satisfaction individuelle, y compris les obstacles perçus à l'obtention de soins spécialisés.

Au cours des 12 derniers mois, 43,2 % des membres de la Force régulière ont eu besoin d'une consultation ou d'un diagnostic auprès d'un médecin spécialiste. Le pourcentage de militaires qui ont besoin de consulter un médecin spécialiste augmente avec l'âge. Les femmes étaient, en outre, plus susceptibles que les hommes d'avoir besoin de consulter un spécialiste (Tableau 6-13). Il n'y avait pas de différence selon le grade ou l'élément de service. Le pourcentage des membres de la Force régulière ayant besoin de consulter un médecin spécialiste n'a pas changé par rapport à 2008-2009.

Tableau 6-13 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont dû consulter un spécialiste au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		43,2 (40,5-45,9)	
Âge (années)	18 à 29	32,8 (27,8-37,8)	Référence
	30 à 39	43,6 (38,4-48,8)	1,58 (1,16-2,15)
	40 à 49	47,9 (43,0-52,7)	1,88 (1,40-2,53)
	50 à 60	58,8 (54,3-63,4)	2,93 (2,18-3,93)
Sexe	Femmes	59,4 (56,0-62,8)	Référence
	Masculin	40,7 (37,7-43,7)	0,47 (0,39-0,57)

Parmi les membres de la Force régulière qui ont eu besoin de consulter un spécialiste au cours des 12 derniers mois, 27,5 % ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux spécialistes dont ils avaient besoin. L'accès difficile à un spécialiste était plus probable chez : (1) les militaires âgés de 18 à 49 ans, comparativement aux militaires âgés de 50 à 60 ans; et (2) les membres de la Force terrestre, comparativement aux membres de la Force aérienne (Tableau 6-14). Il n'y avait pas de différence selon le sexe ou l'élément de service. Le pourcentage des membres de la Force régulière éprouvant des difficultés à accéder à des soins spécialisés n'a pas changé par rapport à 2008-2009.



Renseignements sur la santé et le style de vie

Sondage sur la santé et le style de vie 2013-2014

Tableau 6-14 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont éprouvé des difficultés à obtenir des soins spécialisés, parmi les membres qui ont reçu ce type de soins au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		27,5 (23,8-31,2)	
Âge (années)	18 à 29	24,6 (16,6-32,5)	Référence
	30 à 39	31,8 (24,4-39,3)	1,44 (0,83-2,49)
	40 à 49	29,7 (23,2-36,3)	1,30 (0,76-2,21)
	50 à 60	15,7 (11,4-20,1)	0,57 (0,33-0,98)
Élément de service	Force aérienne	22,5 (16,9-28,0)	Référence
	Force maritime	27,6 (18,3-37,0)	1,32 (0,75-2,32)
	Force terrestre	31,0 (25,2-36,8)	1,55 (1,02-2,36)

Les obstacles à l'obtention de soins spécialisés peuvent indiquer des limitations structurelles, opérationnelles ou géographiques. Les obstacles les plus souvent déclarés relativement à l'accès à des soins spécialisés étaient : (1) un délai d'attente trop long entre la prise du rendez-vous et la visite; (2) des difficultés à obtenir un rendez-vous; et (3) des difficultés à se faire aiguiller vers un fournisseur de soins primaires. Ces obstacles étaient également les trois difficultés les plus déclarées quant à l'obtention de soins spécialisés en 2008-2009 (Figure 6-4).



Renseignements sur la santé et le style de vie Sondage sur la santé et le style de vie 2013-2014

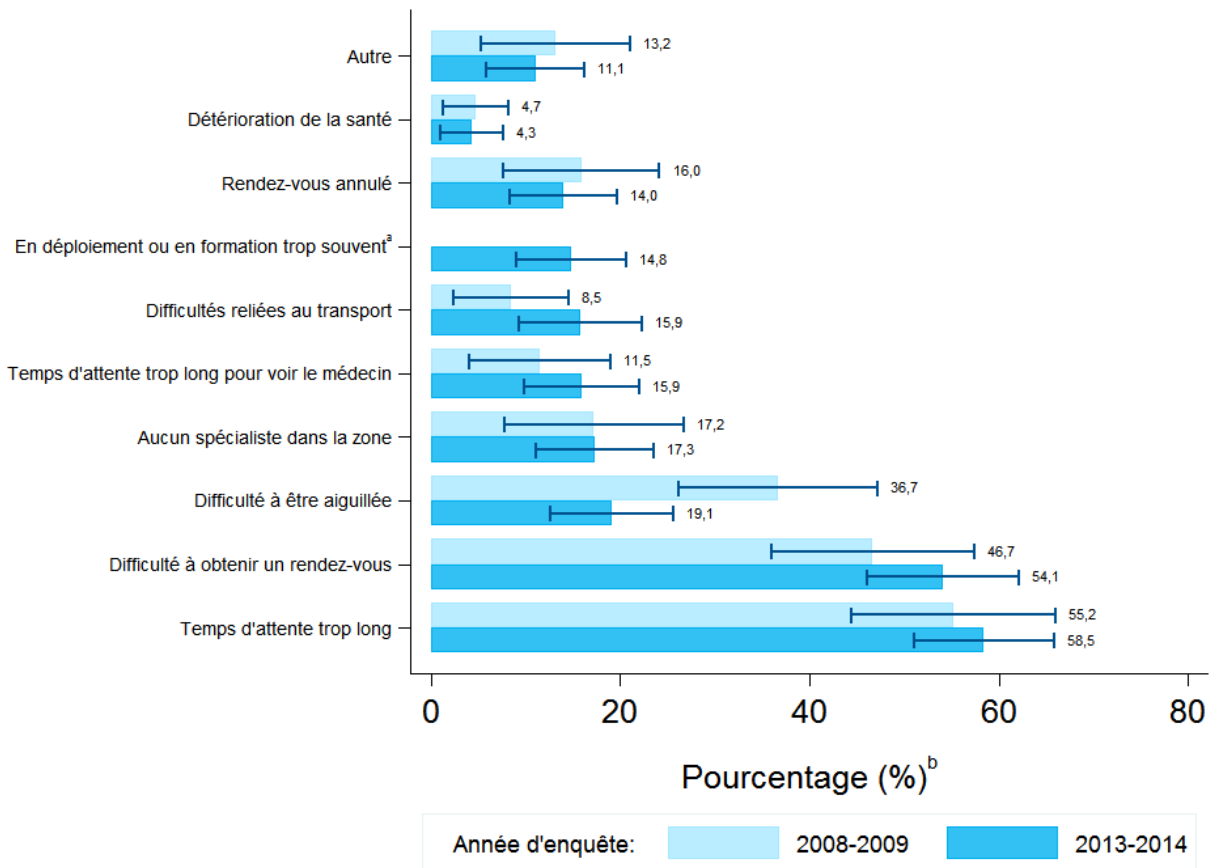


Figure 6-4 : Difficultés éprouvées par des membres de la Force régulière qui ont dû consulter un spécialiste au cours des 12 derniers mois, par année de sondage.

^a Données non recueillies dans le cadre du sondage sur la santé et le style de vie 2008-2009.

^b Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Il est à noter que même si le MDN dispose de spécialistes cliniques, la grande majorité des soins spécialisés doivent être fournis par les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux respectifs. Le MDN n'a aucun contrôle sur l'accessibilité de ces services spécialisés dans l'ensemble du pays.

6.3.2 Accéder aux services de santé civils

Au cours des 12 derniers mois, peu (7,8 %) de membres de la Force régulière ont eu accès à un médecin civil à des fins autres que celles pour lesquelles ils avaient été aiguillés par une clinique des FC, ou avaient besoin de soins médicaux après les heures normales de bureau. Les militaires âgés de 50 à 60 ans étaient moins susceptibles de recourir aux services d'un médecin civil que les militaires âgés de 18 à 29 ans (Tableau 6-15). Il n'y avait pas de différence selon le sexe, le grade ou l'élément de service. Il n'y avait pas de différence entre les résultats de 2004, de 2008-2009 et de 2013-2014.



Renseignements sur la santé et le style de vie

Sondage sur la santé et le style de vie 2013-2014

Tableau 6-15 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consulté un médecin civil au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		7,8	(6,3-9,4)		
Âge (années)	18 à 29	8,3	(5,3-11,3)	Référence	
	30 à 39	9,5	(6,3-12,6)	1,15	(0,67-1,97)
	40 à 49	6,4	(4,1-8,7)	0,75	(0,43-1,29)
	50 à 60	4,7	(2,7-6,7)	0,55	(0,30-0,98)

Les militaires qui ont consulté un médecin civil l'ont rencontré en moyenne 4 (IC à 95 % : 3, 5,1) fois au cours des 12 derniers mois. Parmi les militaires qui ont consulté un médecin civil, le nombre moyen de visites des femmes était plus de deux fois plus élevé que le nombre moyen de visites des hommes (Tableau 6-16). Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le grade ou l'élément de service. Il n'y avait pas non plus de différence selon l'année de sondage.

Tableau 6-16 : Nombre de membres de la Force régulière qui ont consulté un médecin civil au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Moyenne	(IC à 95 %)
En général		4,0	(3,0-5,1)
Sexe	Féminin	8,5	(4,9-12,1) ^a
	Masculin	3,3	(2,2-4,4) ^b

^a Catégorie de référence.

^b Très différent de la catégorie de référence, au niveau de confiance de 99 % (p < 0,01).

Les raisons les plus courantes d'une visite chez un médecin civil au cours des 12 derniers mois étaient les suivantes : (1) le personnel pensait que les soins fournis par une installation de soins de santé militaire seraient inadéquats; (2) le personnel pensait que les délais d'attente pour les soins de santé militaires étaient trop longs; et (3) le personnel avait besoin d'avoir accès à des services qui n'étaient pas offerts par les FAC (Figure 6-5). Les hommes et les femmes ont indiqué les trois mêmes raisons principales d'une visite chez un médecin civil au cours des 12 derniers mois; cependant, les hommes étaient plus susceptibles d'avoir consulté un médecin civil, car ils pensaient que les soins des FAC seraient inadéquats, et moins susceptibles d'avoir consulté un médecin civil pour des services qui n'étaient pas offerts par les FAC, comparativement aux femmes (Figure 6-5).



Renseignements sur la santé et le style de vie Sondage sur la santé et le style de vie 2013-2014

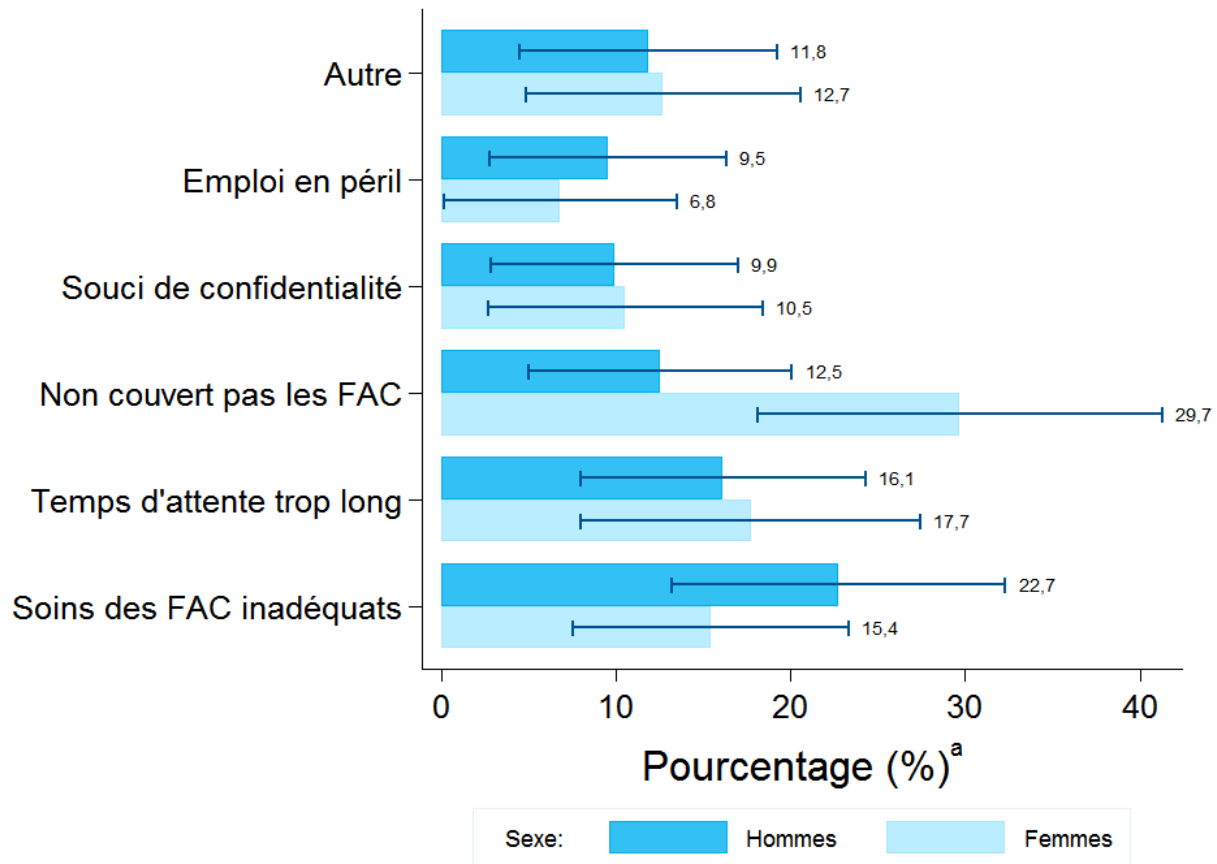


Figure 6-5 : Motifs de consultation des membres de la Force régulière qui ont consulté un médecin civil à une installation de soins de santé civile au cours des 12 derniers mois.

^a Les répondants ont pu donner plus d'une réponse; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Moins d'un cinquième [18,4 % (IC à 95 % : 16,4 %, 20,7 %)] des membres de la Force régulière ont reçu des soins de santé après les heures normales de bureau ou durant une fin de semaine à une installation civile au cours des 12 derniers mois. Les installations civiles les plus fréquemment visitées pour des soins après les heures normales de travail étaient : (1) le service d'urgence; (2) les cliniques civiles sans rendez-vous; et (3) les cliniques privées (Figure 6-6).

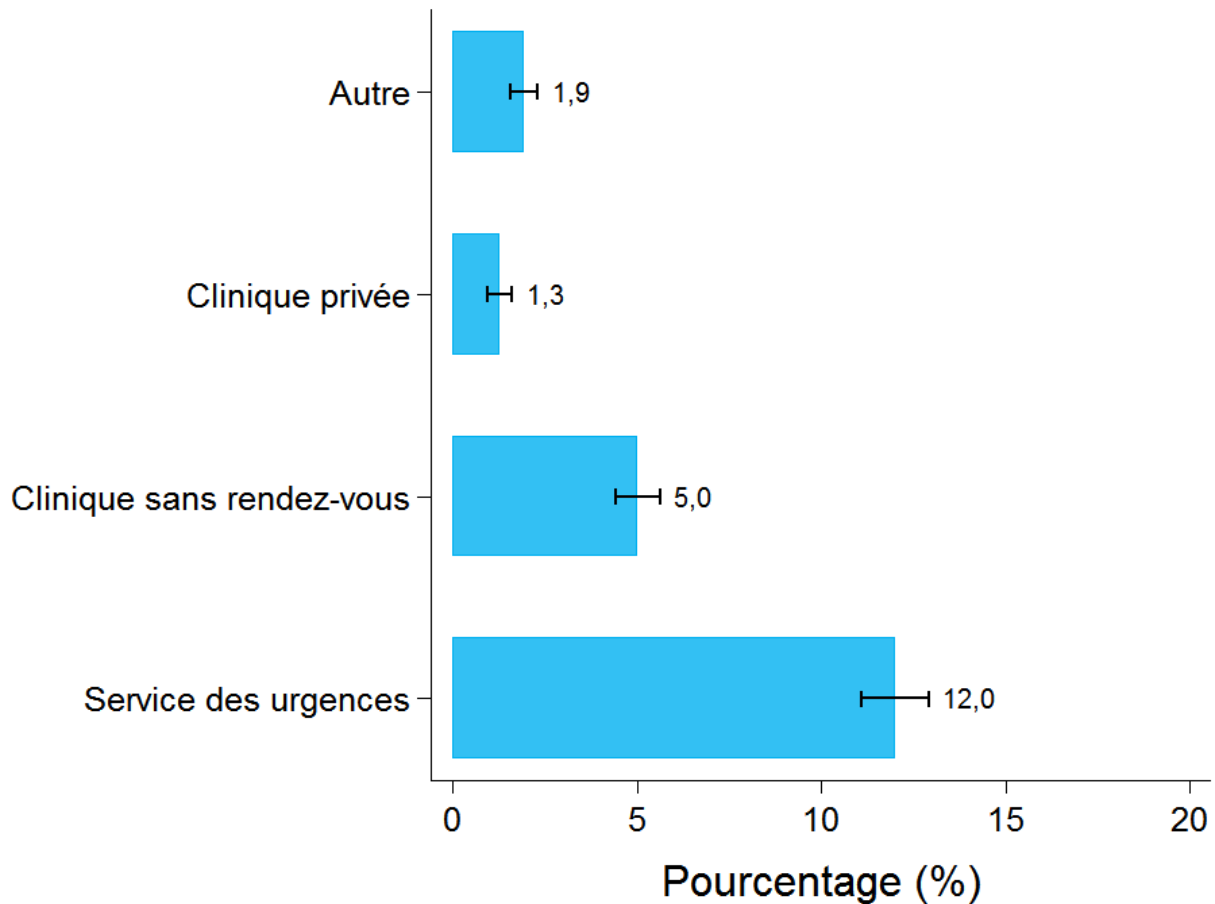


Figure 6-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui se sont rendus à une installation civile après les heures normales de bureau ou pendant la fin de semaine au cours des 12 derniers mois.

6.3.3 Connaissances liées aux services de santé d'urgence

La plupart (90,4 %) des membres de la Force régulière savaient où obtenir des soins médicaux d'urgence après les heures normales de bureau. Le fait de savoir où obtenir des soins médicaux d'urgence était plus probable chez : (1) les militaires âgés de 30 à 39 ans et de 50 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; et (2) les membres de la Force aérienne, comparativement aux membres de la Force terrestre (Tableau 6-17). Il n'y avait pas de différence selon le sexe ou le grade.



Renseignements sur la santé et le style de vie Sondage sur la santé et le style de vie 2013-2014

Tableau 6-17 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui savent où obtenir des soins de santé d'urgence

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		90,4 (88,8-92,0)	
Âge (années)	18 à 29	86,9 (83,3-90,4)	Référence
	30 à 39	91,9 (89,1-94,8)	1,72 (1,05-2,82)
	40 à 49	90,2 (87,2-93,1)	1,39 (0,88-2,19)
	50 à 60	95,6 (93,8-97,3)	3,27 (1,94-5,51)
Élément de service	Force aérienne	92,4 (90,1-94,7)	Référence
	Force maritime	92,2 (88,7-95,7)	0,97 (0,54-1,74)
	Force terrestre	88,2 (85,6-90,9)	0,61 (0,41-0,93)

Plus de la moitié (64 %) des répondants savaient où obtenir des soins de santé mentale d'urgence après les heures normales de bureau. Le fait de savoir où obtenir des soins de santé mentale d'urgence était plus probable chez : (1) les militaires âgés de 30 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; et (2) les femmes, comparativement aux hommes (Tableau 6-18). Il n'y avait pas de différence selon le grade ou l'élément de service. Les militaires qui ont déclaré être actuellement aux prises avec un problème de stress, d'alcool ou de drogue, émotionnel ou familial n'étaient pas plus susceptibles de savoir où obtenir des soins de santé mentale d'urgence que les militaires ne souffrant pas de tels problèmes. En outre, seulement 50,9 % des militaires ayant déclaré avoir sérieusement envisagé le suicide à un moment au cours des 12 derniers mois savaient où obtenir des soins de santé mentale d'urgence après les heures normales de travail (Tableau 6-18). Il est important que les membres de la Force régulière atteints de problèmes de santé mentale aigus sachent où obtenir des soins d'urgence à tout moment de la journée.

Tableau 6-18 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui savaient où obtenir des soins de santé mentale d'urgence

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		64,0 (61,4-66,7)	
Âge (années)	18 à 29	57,7 (52,4-63,0)	Référence
	30 à 39	65,2 (60,1-70,3)	1,37 (1,01-1,87)
	40 à 49	67,9 (63,4-72,5)	1,55 (1,15-2,10)
	50 à 60	67,5 (63,2-71,8)	1,52 (1,14-2,04)
Sexe	Féminin	68,1 (64,9-71,4)	Référence
	Masculin	63,4 (60,4-66,4)	0,81 (0,67-0,99)
Idées suicidaires au cours des 12 derniers mois	Non	64,8 (62,0-67,5)	Référence
	Oui	50,9 (36,4-65,3)	0,56 (0,31-1,02)



Renseignements sur la santé et le style de vie

Sondage sur la santé et le style de vie 2013-2014

Il est à noter que la santé mentale a été reconnue comme étant un problème de santé majeur parmi les membres des FAC. Depuis la publication de la *Stratégie du médecin général en matière de santé mentale* à la fin de l'année 2013, des ressources ont été affectées à l'éducation du personnel sur la façon d'obtenir de l'aide. L'effet de ces récentes initiatives est peu susceptible de se refléter dans les constatations décrites ci-dessus.

6.3.4 Recours au Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes

Le Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes (PAMFC) est un service volontaire et confidentiel de résolution de problèmes à court terme, qui fournit des conseils à l'ensemble des membres des FAC et à leur famille. Il est ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par année. Ce service traite toutes les préoccupations liées au bien-être personnel ainsi qu'au rendement au travail. Les conseillers professionnels employés par ce service peuvent aiguiller vers des services à long terme ou plus spécialisés, au besoin.

Moins de la moitié (44,3 %) des membres de la Force régulière connaissaient le PAMFC. La connaissance du PAMFC était plus probable chez : (1) les militaires âgés de 30 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29; (2) les femmes, comparativement aux hommes; et (3) les officiers, comparativement aux militaires du rang (Tableau 6-19). Il n'y avait pas de différence entre les éléments de service.

Tableau 6-19 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui connaissaient le Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		44,3	(41,7-46,8)		
Âge (années)	18 à 29	23,1	(18,9-27,3)	Référence	
	30 à 39	48,0	(42,7-53,3)	3,07	(2,24-4,22)
	40 à 49	57,3	(52,5-62,1)	4,47	(3,28-6,08)
	50 à 60	55,9	(51,3-60,5)	4,22	(3,12-5,70)
Sexe	Féminin	55,1	(51,7-58,5)	Référence	
	Masculin	42,6	(39,7-45,5)	0,60	(0,50-0,73)
Grade	MR	41,5	(38,3-44,7)	Référence	
	Officier	52,6	(49,0-56,2)	1,57	(1,29-1,90)

Environ le quart (24,1 % [IC à 95 % : 20,8 %, 27,6 %]) des militaires connaissant le PAMFC l'avait utilisé. L'utilisation du programme ne variait pas selon l'âge, le sexe, le grade ou l'élément de service. La plupart des militaires (67,6 %) qui ont utilisé le programme étaient soit très satisfaits ou satisfaits du service qu'ils avaient reçu. Les niveaux de satisfaction étaient plus élevés chez : (1) les militaires âgés de 40 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 39 ans; et (2) les officiers, comparativement aux militaires de rang (Tableau 6-20). Il n'y avait pas de différence selon le sexe ou l'élément de service.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 6-20 : Satisfaction des membres de la Force régulière à l'égard du Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes

Variable	Catégorie	Très satisfait		Satisfait		Neutre		Insatisfait ou très insatisfait		Rapport de (IC à cotes 95 %) ^a
		Pourcentage (IC à 95 %)	(IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	(IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	(IC à 95 %)	Pourcentage (IC à 95 %)	(IC à 95 %)	
En général		21,3	(15,9-26,8)	46,3	(38,2-54,4)	17,7	(11,1-24,2)	14,7	(8,8-20,5)	
Âge (années)	18 à 39	9,3	(3,0-15,6) ^b	50,6	(37,5-63,7)	24,9	(13,1-36,7)	15,2	(6,1-24,3)	Référence
	40 à 60	32,8	(24,1-41,6)	42,3	(32,5-52,0)	10,8	(4,7-16,8) ^b	14,1	(6,8-21,5)	2,50 (1,40-4,47)
Grade	MR	17,2	(10,4-24,0)	45,0	(33,9-56,1)	21,5	(12,2-30,9) ^b	16,3	(8,1-24,4) ^b	Référence
	Officier	29,5	(20,5-38,5)	48,9	(38,8-59,0)	10,1	(3,9-16,3)	11,5	(5,2-17,8)	2,03 (1,20-3,45)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

^b Moins de 20 observations non pondérées; l'estimation peut être instable; interprétez avec prudence.



6.4. Physiothérapie

L'incidence des blessures et la morbidité connexe sont élevées parmi les membres des FAC. Près de la moitié des visites durant la revue des malades (45 %) et des libérations pour raisons médicales (43 %) découlent d'une blessure musculosquelettique (Gp Svc S FC, 2014). La physiothérapie a été associée à une plus courte durée de rétablissement pour les blessures musculosquelettiques et à la prévention de maladies chroniques connexes, réduisant ainsi la morbidité et augmentant la préparation opérationnelle. Les avantages de la physiothérapie sont optimisés lorsqu'il y a des interventions précoces et préventives (Hébert, 2007).

La vision des FAC à l'égard de la physiothérapie consiste à fournir des solutions physiques et mesurables pour la préparation opérationnelle, par l'évaluation, l'éducation et le traitement (FAC, 2014). Le mandat de ce programme est de faciliter la réintégration du personnel militaire ayant souffert de blessures ou de maladies complexes à leurs activités normales. L'objectif de l'équipe de physiothérapie est d'aider les membres des FAC à retourner au service actif à temps plein le plus rapidement possible (Gp Svc S FC, 2014).

6.4.1 Recours aux traitements de physiothérapie offerts par les Services de santé des Forces canadiennes

Au cours des deux dernières années, près de la moitié (48,5 %) des membres de la Force régulière ont eu accès à des services de physiothérapie par l'intermédiaire des Services de santé des FC. L'obtention de services de physiothérapie était plus probable chez : (1) les militaires âgés de 40 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; et (2) les femmes, comparativement aux hommes (Tableau 6-21). Il n'y avait pas de différence selon le grade ou l'élément de service.

Tableau 6-21 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont eu recours à des services de physiothérapie des Forces armées canadiennes au cours des deux dernières années

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		48,5 (45,7-51,2)	
Âge (années)	18 à 29	42,5 (37,2-47,7)	Référence
	30 à 39	47,3 (42,1-52,5)	1,21 (0,90-1,64)
	40 à 49	52,4 (47,6-57,3)	1,49 (1,12-1,99)
	50 à 60	58,4 (53,9-63,0)	1,90 (1,43-2,53)
Sexe	Féminin	62,0 (58,6-65,3)	Référence
	Masculin	46,4 (43,3-49,5)	0,53 (0,44-0,64)

La majorité des militaires (68,1 % [IC à 95 % : 63,9 %, 72,0 %]) qui ont déclaré avoir eu accès à des services de physiothérapie au cours des deux dernières années ont reçu leur plus récent traitement à la base/l'escadre. Il n'y avait pas de différence quant à l'emplacement des services de physiothérapie (dans la base par rapport à une installation civile) selon l'âge, le sexe, le grade ou l'élément de service. Il n'y avait pas non plus de différence quant à l'emplacement de la prestation des services dans les huit bases et escadres les plus grandes.



6.4.2 Raisons de l'abandon de la physiothérapie

La majorité des membres de la Force régulière (82,3 % IC à 95 % : 79,4 %, 84,8 %) qui ont déclaré avoir eu accès à des services de physiothérapie au cours des deux dernières années avaient achevé leur plus récent traitement de physiothérapie (par aiguillage) au moment du sondage.

Le tiers des militaires (31,7 % [IC à 95 % : 27,8 %, 35,9 %]) qui ne suivaient plus de traitement de physiothérapie avaient choisi d'arrêter le traitement eux-mêmes; les autres militaires avaient été libérés par leur physiothérapeute. Les raisons les plus souvent citées pour l'arrêt volontaire du traitement étaient les suivantes : (1) le patient ne constatait aucune amélioration; (2) le patient avait des difficultés à planifier la visite ou manquait de temps; et (3) le patient se sentait mieux (Figure 6-7).

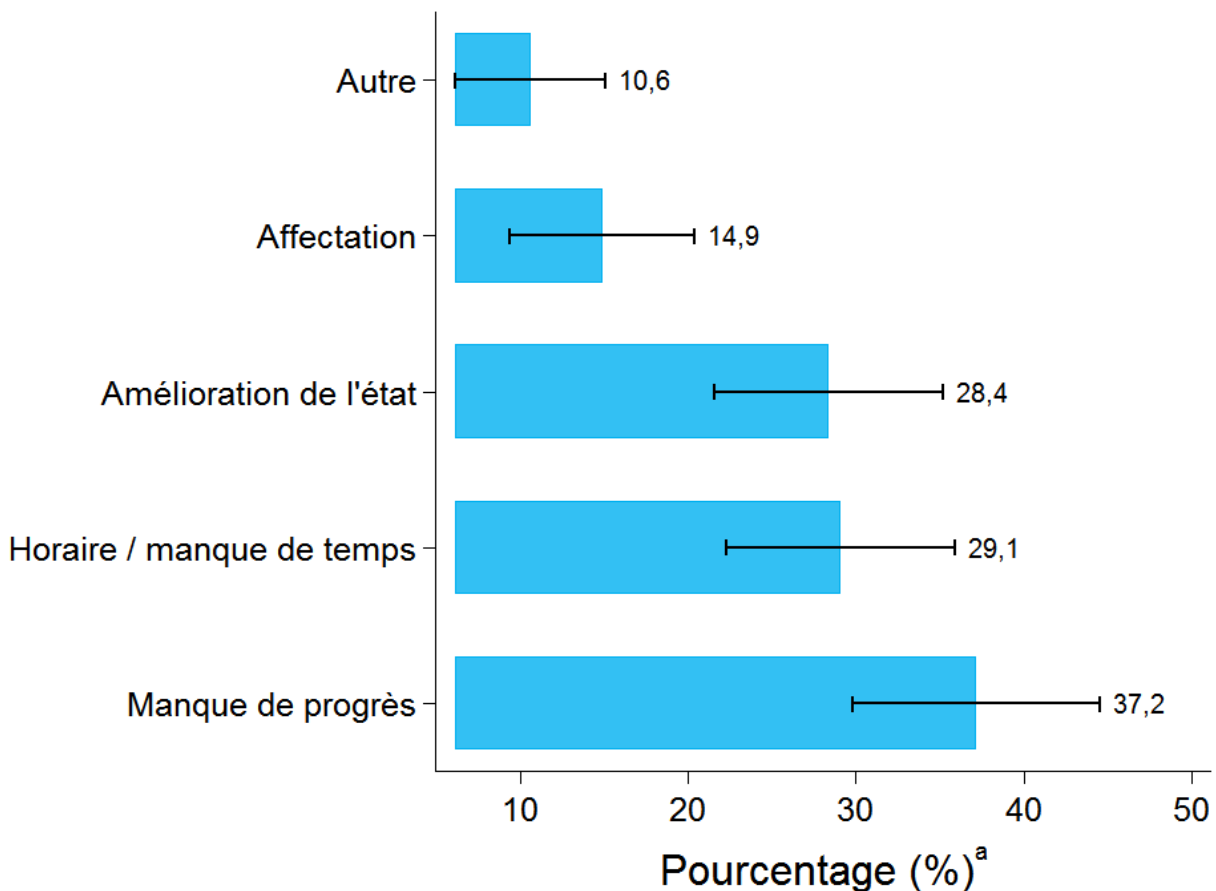


Figure 6-7 : Raisons de l'arrêt de la physiothérapie parmi les patients qui ont interrompu leur traitement, mais qui n'ont pas été libérés par leur physiothérapeute.

^a Les répondants ont pu donner plus d'une réponse; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

En plus des obstacles au traitement cernés par les membres de la Force régulière interrogés, d'autres obstacles comprennent un niveau de douleur accru durant l'exercice, un faible soutien social, ou l'anxiété et la dépression. Toute combinaison de ces facteurs peut entraîner une faible observation du traitement, qui est



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

associé à des résultats néfastes pour la santé et peut entraîner des coûts de soins de santé élevés (Jack, 2010). Les recherches actuelles laissent entendre que les stratégies visant à accroître l'observation du traitement ne sont efficaces qu'à court terme et qu'il faut effectuer une recherche approfondie sur les obstacles au traitement pour faciliter la mise au point de solutions à long terme (McLean, 2010).

6.4.3 Fonctionnalité avant et après la physiothérapie

Les physiothérapeutes des FAC travaillent fort en vue de permettre aux militaires de retourner au service à temps plein. On a demandé à des membres de la Force régulière qui avaient suivi des traitements de physiothérapie d'évaluer leur niveau de fonction, de 0 à 100 (où 100 % était parfait) avant qu'ils commencent leur physiothérapie la plus récente ainsi qu'après le traitement. La cote moyenne de fonctionnalité avant le traitement était de 58,7 % (IC à 95 % : 56,8 %, 60,6 %). Après la physiothérapie, la cote moyenne de fonctionnalité était de 85,0 % (IC à 95 % : 83,7 %, 86,3 %). Par conséquent, les membres de la Force régulière qui ont suivi une physiothérapie ont déclaré une moyenne d'amélioration absolue de 26,3 % dans la fonctionnalité après le traitement par rapport à avant.

Un peu moins de la moitié des militaires (44,2 % [IC à 95 % : 40,5 %, 48,1 %]) qui ont eu recours à des services de physiothérapie au cours des deux dernières années (que le traitement ait été poursuivi ou non) pensaient qu'ils avaient moins de chance de se blesser de nouveau après une physiothérapie, comparativement à avant leur blessure. Les officiers (53,1 % [IC à 95 % : 48,0 %, 58,1 %]) étaient plus susceptibles que les militaires du rang [41,2 % (IC à 95 % : 36,5 %, 46,1 %)] de penser qu'ils avaient moins de chance de se blesser de nouveau après la physiothérapie. Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe ou l'élément de service.

6.5 Soins de santé buccodentaire

La vision du Corps dentaire royal canadien (CDRC) consiste à fournir une gamme complète de services dentaires axés sur les opérations et contribuant à la préparation opérationnelle et à la qualité de vie des membres des FAC. Les membres de la Force régulière ont droit à un traitement dentaire exhaustif qui est nécessaire et accessible pour assurer une mastication convenable et une mesure raisonnable de confort (MDN, 2014). Les membres de la Force régulière doivent subir des examens dentaires annuels afin de déterminer l'état de leurs dents aux fins de déploiement opérationnel.

6.5.1 Prise de rendez-vous auprès des services dentaires des Forces armées canadiennes

Bien que les militaires doivent subir ces examens dentaires annuels, seulement 77,9 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir eu besoin d'un rendez-vous pour un problème dentaire non urgent (p. ex., examens, nettoyage ou suivi) au cours des 12 derniers mois. La déclaration d'un besoin en soins dentaires non urgents était plus probable chez : (1) les militaires âgés de 50 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; et (2) les femmes, comparativement aux hommes. Il n'y avait pas de différence selon le grade ou l'élément de service (Tableau 6-22). Une recherche plus approfondie est requise pour comprendre la raison pour laquelle le quart des membres de la Force régulière ne percevaient pas un besoin en soins dentaires non urgents, étant donné que ces soins comprennent un examen dentaire annuel visant à déterminer l'état de déployabilité.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 6-22 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont perçu un besoin en soins dentaires non urgents (p. ex., examens, nettoyage ou soins de suivi) au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		77,9	(75,5-80,2)		
Âge (années)	18 à 29	75,4	(70,3-79,9)	Référence	
	30 à 39	79,0	(74,2-83,1)	1,23	(0,84-1,78)
	40 à 49	77,6	(73,2-82,5)	1,13	(0,80-1,61)
	50 à 60	82,5	(78,7-85,7)	1,54	(1,08-2,19)
Sexe	Féminin	85,4	(82,7-87,7)	Référence	
	Masculin	76,8	(74,0-79,4)	0,67	(0,44-0,73)

Parmi les membres de la Force régulière qui percevaient un besoin en soins dentaires urgents au cours des 12 derniers mois (77,9 %), 93,1 % (IC à 95 % : 91,3 %, 94,6 %) ont pris un rendez-vous et 6,9 % (IC à 95 % : 5,4 %, 8,7 %) se sont plutôt présentés à la revue des malades. Autrement dit, 72,6 % (IC à 95 % : 70 %, 75 %) des membres de la Force régulière ont pris un rendez-vous avec les services dentaires des FAC au cours des 12 derniers mois, et 5,4 % (IC à 95 % : 4,2 %, 6,8 %) se sont plutôt présentés à la revue des malades. Tel qu'il a été mentionné à la section 6.2.2.3, les militaires doivent seulement se présenter à la revue des malades s'ils présentent des symptômes qui durent moins de 24 heures et nuisent à leur capacité à effectuer leurs tâches quotidiennes. Le fait de se présenter à la revue des malades plutôt que de prendre un rendez-vous pour un problème dentaire non urgent est plus probable chez les militaires du rang que chez les officiers (Tableau 6-23). Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe ou l'élément de service. Une recherche plus approfondie est requise pour mieux comprendre pourquoi des membres de la Force régulière se sont présentés à la revue des malades pour des soins médicaux ou dentaires non urgents plutôt que de prendre un rendez-vous.

Tableau 6-23 : Pourcentage des membres de la Force régulière^a qui se sont présentés à la revue des malades au lieu de prendre un rendez-vous pour des problèmes non urgents au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		6,9	(5,4-8,7)		
Grade	MR	7,7	(5,8-10,1)	Référence	
	Officier	4,5	(3,1-6,6)	0,57	(0,35-0,93)

^a N'inclut que le personnel qui pensait avoir un besoin en soins dentaires non urgents au cours des 12 derniers mois.

6.5.2 Rapidité des services dentaires des Forces armées canadiennes

Parmi les membres de la Force régulière ayant eu accès à des services dentaires des FAC pour des problèmes dentaires non urgents au cours des 12 derniers mois (72,6 %), 16,4 % ont déclaré avoir attendu une semaine ou moins pour leur rendez-vous, et 44,6 % ont déclaré avoir attendu plus d'un mois (Figure 6-8). Il n'y avait pas de différence dans les délais d'attente selon l'âge, le sexe, le grade ou l'élément de service.

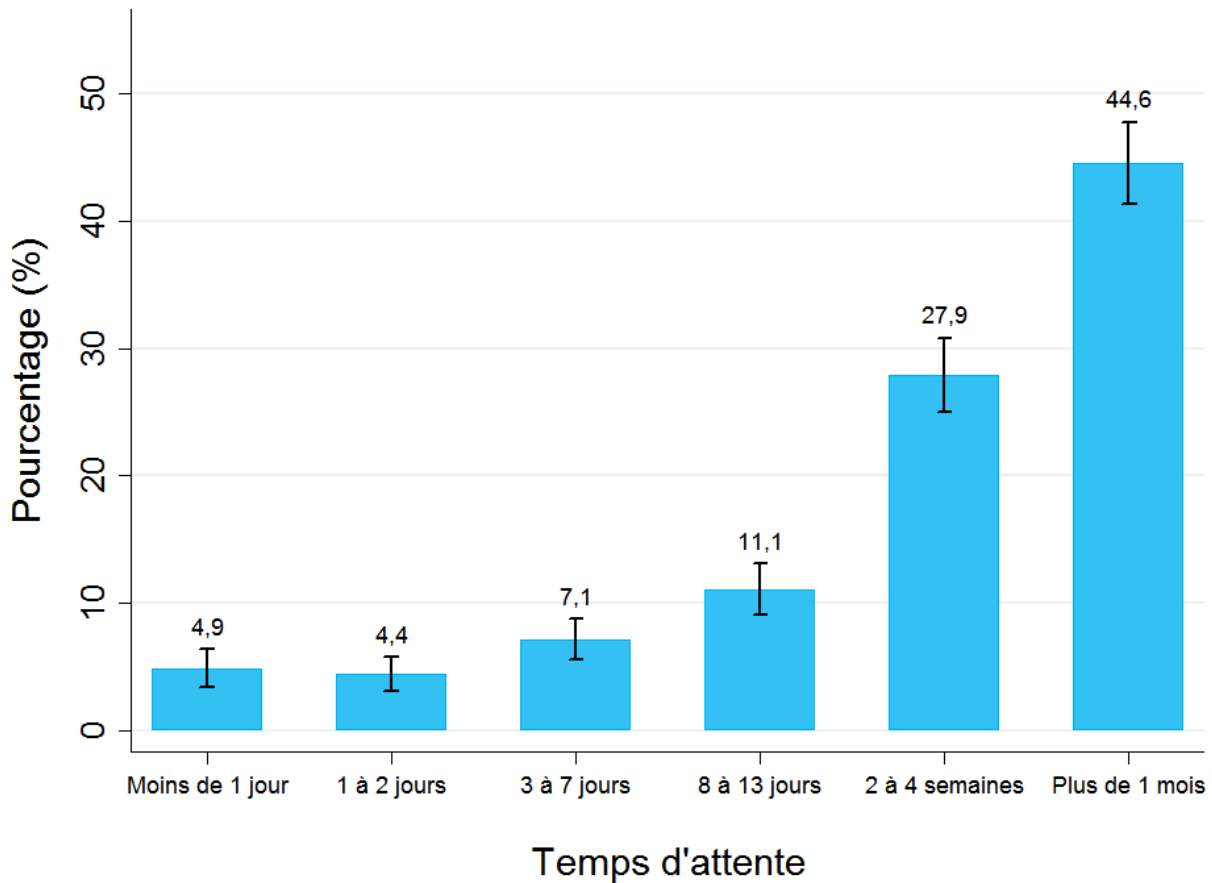


Figure 6-8 : Délais d'attente déclarés pour les consultations dentaires non urgentes au cours des 12 derniers mois.

Parmi les membres de la Force régulière ayant eu accès à des services dentaires des FAC pour des problèmes dentaires non urgents au cours des 12 derniers mois (72,6 %), 43,3 % se sont dits satisfaits ou très satisfaits du délai d'attente pour obtenir un rendez-vous. Les militaires âgés de 40 à 60 ans étaient plus susceptibles de déclarer des niveaux de satisfaction plus élevés à l'égard du délai d'attente pour une consultation dentaire non urgente, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans (Tableau 6-24). Cette constatation est intrigante, étant donné que tous les groupes d'âge ont déclaré des délais d'attente similaires pour des consultations dentaires non urgentes. Il n'y avait pas de différence dans les niveaux de satisfaction selon le sexe, le grade ou l'élément de service.

Parmi les membres de la Force régulière qui ont eu accès à des services dentaires des FAC pour des problèmes dentaires non urgents (72,6 %), 55,1 % pensaient que le délai d'attente maximal raisonnable pour un rendez-vous devrait être de deux semaines ou moins. Les officiers étaient plus susceptibles que les militaires du rang de penser que des délais d'attente plus longs étaient acceptables (Tableau 6-25). Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe ou l'élément de service. Il est à noter que 38,8 % (IC à 95 % : 34,5 %, 43,3 %) des membres de la Force régulière qui pensaient qu'on ne devrait pas attendre plus de deux semaines pour une consultation dentaire non urgente ont bel et bien obtenu leur rendez-vous dentaire non urgent dans ce délai.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 6-24 : Satisfaction des membres de la Force régulière à l'égard des délais d'attente pour des consultations dentaires non urgentes

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)										Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Très satisfait		Satisfait		Neutre		Insatisfait		Très insatisfait		
En général		13,6	(11,6-16,0)	29,7	(26,9-32,7)	26,8	(24,0-29,8)	18,5	(16,0-21,1)	11,4	(9,5-13,6)	
Âge (années)	18 à 29	11,7	(8,4-16,1)	21,7	(17,0-27,2)	32,5	(26,8-38,7)	21,5	(16,7-27,3)	12,6	(8,9-17,5)	Référence
	30 à 39	14,5	(10,5-19,6)	28,1	(23,0-34,0)	25,7	(20,6-31,6)	18,5	(14,1-23,8)	13,1	(9,6-17,8)	1,26 (0,92-1,73)
	40 à 49	13,2	(9,9-17,4)	37,9	(32,4-43,7)	24,6	(19,8-30,0)	15,5	(11,8-20,2)	8,8	(6,1-12,4)	1,67 (1,25-2,22)
	50 à 60	16,9	(13,2-21,3)	34,6	(29,6-39,9)	21,4	(17,3-26,2)	17,9	(14,1-22,5)	9,2	(6,4-12,9)	1,71 (1,27-2,30)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinaire. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

Tableau 6-25 : Délai d'attente maximal raisonnable déclaré par les membres de la Force régulière pour des consultations dentaires non urgentes

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)			Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a			
		De 0 à 7 jours	De 1 à 2 semaines	Plus de 2 semaines				
En général		19,6	(16,9-22,2)	35,5	(32,3-38,7)	44,9	(41,7-48,1)	
Grade	MR	22,0	(18,6-25,5)	36,7	(32,6-40,8)	41,3	(37,2-45,4)	Référence
	Officier	12,9	(10,1-15,7)	32,3	(28,4-36,2)	54,8	(50,7-59,0)	1,76 (1,41-2,21)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinaire. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



6.5.3 Satisfaction à l'égard de la qualité des services dentaires

Plus des trois quarts (77,4 %) des membres de la Force régulière qui ont eu accès à des services dentaires au cours des 12 derniers mois ont déclaré que la qualité des soins dentaires qu'ils avaient reçus à leur base, escadre, unité ou formation actuelle était excellente ou bonne, plutôt que moyenne ou médiocre. La qualité des soins dentaires reçus à la base, à l'escadre, à l'unité ou à la formation actuelle était plus susceptible d'être mieux évaluée par : (1) les militaires âgés de 30 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; et (3) les officiers, comparativement aux militaires du rang (Tableau 6-26). Il n'y avait pas de différence selon les éléments de service.

Tableau 6-26 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que la qualité des services dentaires à leur base, escadre, unité ou formation actuelle était excellente ou bonne parmi ceux qui ont obtenu des services dentaires au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		77,4	(74,6-80,2)		
Âge (années)	18 à 29	66,4	(60,3-72,6)	Référence	
	30 à 39	78,3	(72,9-83,7)	1,82	(1,20-2,77)
	40 à 49	84,0	(79,6-88,4)	2,65	(1,73-4,08)
	50 à 60	87,1	(83,3-90,8)	3,40	(2,21-5,23)
Sexe	Féminin	81,7	(78,5-84,8)	Référence	
	Masculin	76,7	(73,4-80,0)	0,74	(0,56-0,97)
Grade	MR	74,8	(71,2-78,5)	Référence	
	Officier	84,8	(81,8-87,9)	1,88	(1,38-2,55)

Les cotes de la qualité des soins dentaires des FAC étaient en général très similaires aux cotes de la qualité des soins dentaires reçus à la base, à l'escadre, à l'unité ou à la formation actuelle du personnel. La qualité des soins reçus par les FAC était généralement mieux cotée par : (1) les militaires âgés de 40 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; et (2) les officiers, comparativement aux militaires du rang (Tableau 6-27). Il n'y avait pas de différence selon le sexe ou l'élément de service.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 6-27 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que la qualité des services dentaires des Forces armées canadiennes était excellente ou bonne, parmi ceux qui ont obtenu ces services au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		75,2	(72,3-78,1)		
Âge (années)	18 à 29	66,6	(60,5-72,8)	Référence	
	30 à 39	73,6	(67,9-79,4)	1,40	(0,93-2,10)
	40 à 49	81,6	(77,1-86,2)	2,23	(1,48-3,36)
	50 à 60	85,5	(81,7-89,4)	2,97	(1,95-4,51)
Grade	MR	72,7	(68,9-76,5)	Référence	
	Officier	82,1	(78,9-85,2)	1,72	(1,29-2,29)

6.5.4 Satisfaction à l'égard de la disponibilité des services dentaires

Parmi les membres de la Force régulière qui ont eu accès aux services dentaires des FAC pour des problèmes dentaires non urgents au cours des 12 derniers mois (72,6 %), 59,6 % pensaient que la disponibilité des services dentaires à leur base, escadre, unité ou formation actuelle était excellente ou bonne. De même, 63,5 % des membres de la Force régulière qui ont eu accès à des services dentaires des FAC pour des problèmes dentaires non urgents au cours des 12 derniers mois pensaient que l'accessibilité à des services dentaires au sein des FAC était généralement excellente ou bonne. L'accessibilité à ces services était mieux cotée par les militaires âgés de 30 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans (Tableau 6-28). Cette constatation cadre avec le fait que les militaires plus vieux étaient plus satisfaits de leur délai d'attente pour une consultation non urgente que les militaires plus jeunes. Il n'y avait pas de différence selon le sexe, le grade ou l'élément de service.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 6-28 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré que la disponibilité des services dentaires des Forces armées canadiennes était excellente ou bonne, parmi ceux qui ont obtenu ces services dentaires au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	À la base ou à l'escadre actuelle				Au sein des FAC en général			
		Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		59,6	(56,3-62,8)			63,5	(60,3-66,7)		
Âge (années)	18 à 29	48,6	(42,2-54,9)		Référence	50,8	(44,4-57,3)		Référence
	30 à 39	59,6	(53,3-65,8)	1,56	(1,09-2,25)	65,7	(59,7-71,7)	1,85	(1,28-2,69)
	40 à 49	67,0	(61,5-72,6)	2,15	(1,51-3,08)	69,9	(64,5-75,3)	2,24	(1,56-3,23)
	50 à 60	69,9	(64,8-75,0)	2,46	(1,74-3,50)	72,2	(67,2-77,1)	2,51	(1,75-3,58)



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

6.6 Évaluation de santé de routine

Un dépistage préventif fondé sur des preuves est une importante composante d'un système de soins de santé de qualité. La détermination précoce des problèmes de santé permet des interventions rapides, comme des changements au mode de vie, qui permettent souvent d'améliorer la santé. Une vaste couverture de dépistage dans les délais recommandés est essentielle pour qu'un programme de dépistage soit efficace.

6.6.1 Évaluation de santé périodique

Des évaluations de santé de routine permettent d'évaluer et de maintenir l'état de préparation opérationnelle de la Force régulière des FAC, ce qui permet de garantir que les militaires sont en bonne condition pour le service militaire sur le plan médical. L'examen médical périodique (EMP) est un outil de soins de santé personnalisés, préventifs et liés aux risques, qui est utilisé pour déterminer l'état de santé général du personnel militaire et lui faire passer des tests de dépistage pour divers problèmes de santé. Les membres de la Force régulière âgés de moins de 40 ans doivent se soumettre à un EMP tous les cinq ans, et les membres âgés de 40 ans ou plus doivent s'y soumettre tous les deux ans.

De façon générale, la conformité de l'évaluation de l'état de santé s'est améliorée au fil du temps. En 2013-2014, 91,8 % de l'ensemble du personnel de la Force régulière a déclaré avoir subi un ESP au cours de la période prescrite, comparativement à 85,7 % en 2004 et 88,4 % en 2008-2009 (Tableau 6-29).

Tableau 6-29 : Pourcentage du personnel de la Force régulière ayant subi un ESP au cours de la période recommandée, par année de sondage

Âge (années)	SSSV	Pourcentage (IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général	2004	85,7 (84,0-87,4)	0,53 (0,42-0,67)
(18 à 60)	2008-2009	88,4 (85,9-90,5)	0,68 (0,51-0,90)
	2013-2014	91,8 (90,3-93,1)	Référence
18 à 39	2004	92,5 (90,4-94,1)	0,53 (0,33-0,84)
	2008-2009	93,6 (90,4-95,8)	0,63 (0,35-1,13)
	2013-2014	95,9 (94,1-97,2)	Référence
40 à 60	2004	74,4 (71,2-77,3)	0,51 (0,39-0,67)
	2008-2009	79,7 (75,4-83,3)	0,69 (0,50-0,96)
	2013-2014	85,0 (82,1-87,6)	Référence

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Le personnel âgé de 18 à 39 ans est plus susceptible d'avoir subi un ESP au cours de la période prescrite que le personnel âgé de 40 à 60 ans (Tableau 6-30). De plus, la conformité avec les intervalles de dépistage d'ESP recommandés s'est révélée être la plus basse pour le personnel âgé de 40 à 44 ans (Figure 6-9). Cette



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

constatation n'est pas surprenante, puisque les individus âgés de 40 à 44 ans se trouvent dans une période de transition et doivent s'ajuster à des intervalles de dépistage plus courts. En fait, la conformité est à la hausse pour le personnel de 45 à 60 ans; néanmoins, les taux de dépistage pour le personnel âgé de 45 à 60 ans demeurent plus bas que pour le personnel âgé de 18 à 39 ans, qui est seulement obligé d'effectuer un dépistage tous les 5 ans (Figure 6-9).

Tableau 6-30 : Pourcentage du personnel de la Force régulière ayant subi un ESP au cours de la période recommandée

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		91,8 (90,4-93,2)	
Âge (années)	18 à 29	95,0 (92,6-97,4)	Référence
	30 à 39	96,6 (94,7-98,5)	1,50 (0,69-3,25)
	40 à 49	84,4 (80,9-88,0)	0,29 (0,16-0,51)
	50 à 60	86,7 (83,6-89,8)	0,34 (0,19-0,61)
Élément de service	Force aérienne	94,8 (92,9-96,7)	Référence
	Force maritime	93,3 (90,4-96,1)	0,75 (0,41-1,37)
	Force terrestre	89,3 (86,9-91,6)	0,45 (0,29-0,72)

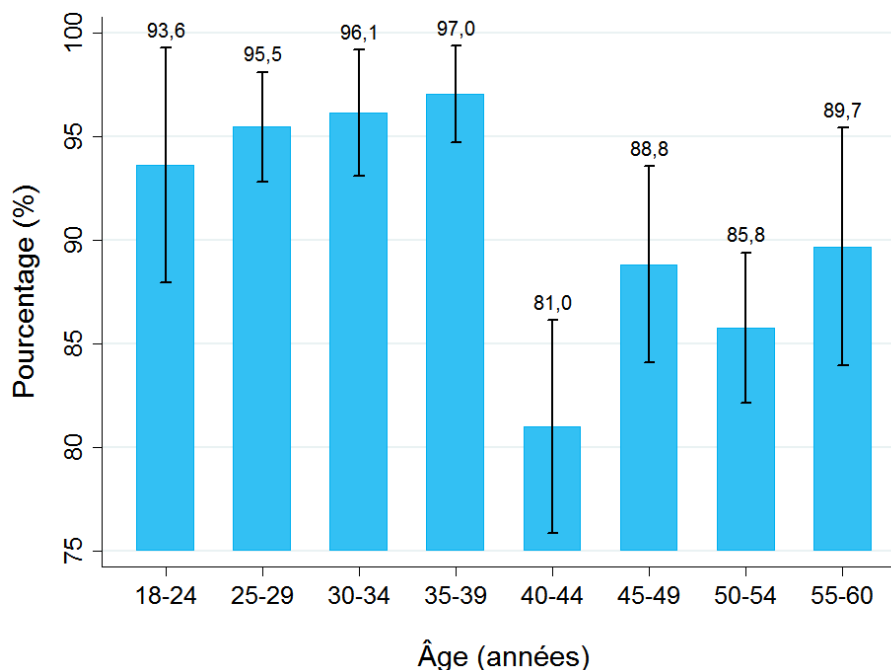


Figure 6-9 : Pourcentage du personnel de la Force régulière ayant subi un ESP au cours de la période recommandée (c.-à-d., au cours des cinq dernières années pour le personnel âgé de 18 à 39 ans, et au cours des deux dernières années pour le personnel âgé de 40 à 60 ans).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Le personnel de la Force aérienne est plus susceptible de déclarer avoir subi un ESP au cours de la période prescrite que le personnel de la Force terrestre (Tableau 6-30). Cette différence est peut-être due au fait que certains postes au sein de la Force aérienne et de la Force maritime nécessitent des examens médicaux réguliers, comme le personnel navigant et les plongeurs. Il n’y avait pas de différences dans les taux de dépistage déclarés dans les ESP selon le sexe ou le grade.

Huit pour cent (8,2 % : [IC à 95 % : 6,9 %-9,7 %]) du personnel de la Force régulière n’a pas subi d’ESP au cours de la période recommandée pour ce groupe d’âge. Les raisons les plus fréquemment déclarées de ne pas subir d’ESP au cours de la période prescrite étaient : (1) le patient croyait que ce n’était pas nécessaire; (2) le médecin croyait que ce n’était pas nécessaire; (3) le patient n’en a pas eu le temps (Figure 6-10).

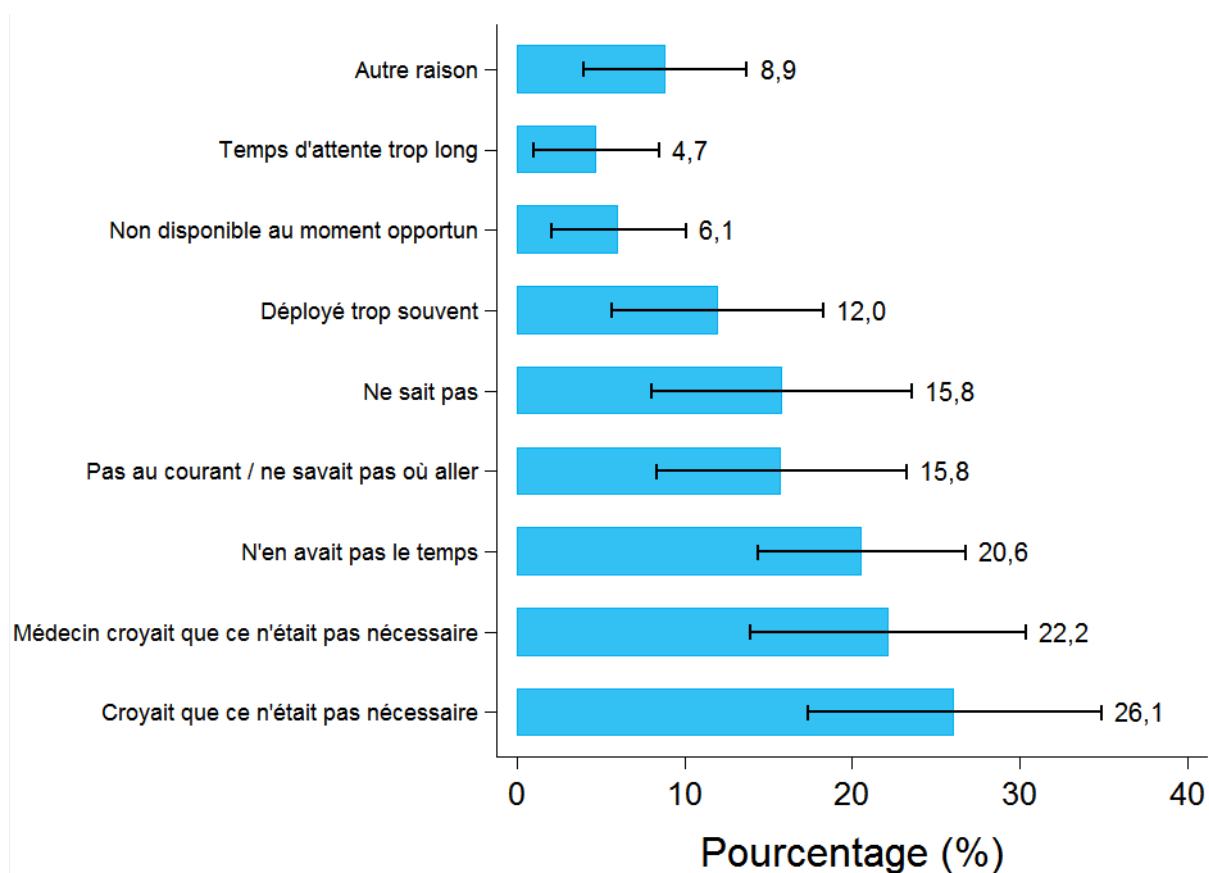


Figure 6-10 : Raisons pour lesquelles le personnel de la Force régulière n'avait pas subi d'ESP, parmi ceux qui n'avaient pas subi d'ESP au cours de la période recommandée.

Même si les taux de dépistage médicaux courants sont élevés, il est possible de les améliorer grâce à des initiatives éducatives mettant l’accent sur la diffusion d’information portant sur les intervalles appropriés de dépistage en fonction de l’âge, et sur l’accessibilité des ESP à partir de l’Unité de prestation de soins de santé (UPSS) appropriée. Ces initiatives pourraient être plus bénéfiques si elles ciblaient le personnel qui effectue la transition des intervalles de dépistage aux cinq ans aux intervalles aux deux ans.



6.6.2 Dépistage du cancer colorectal

Au Canada, le cancer colorectal est la troisième forme de cancer la plus diagnostiquée et c'est la deuxième cause de mortalité la plus commune du cancer, représentant 12 % de tous les décès des suites du cancer en 2014. En se basant sur les estimations de 2009, un homme sur 13 et une femme sur 16 peuvent s'attendre à recevoir un diagnostic de cancer colorectal au cours de leur vie. Un homme sur 28 et une femme sur 32 peuvent s'attendre à mourir du cancer colorectal (Société canadienne du cancer, 2014).

Le cancer colorectal est hautement traitable s'il est diagnostiqué rapidement. Il est recommandé que les personnes de 50 ans et plus, qui ne sont pas dans une catégorie à haut risque, effectuent un dépistage du cancer colorectal aux deux ans à l'aide de la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS). Cette méthode simple et non invasive de dépistage vise à détecter du sang dans les selles provenant de polypes ou de tumeurs dans le gros intestin. Elle peut contribuer à détecter certains types de polypes avant qu'ils ne deviennent cancéreux. Autrement, les personnes peuvent opter pour un dépistage par coloscopie tous les 10 ans, si les ressources sont disponibles dans leur région. Les coloscopies sont effectuées pour rechercher visuellement des signes précurseurs de cancer dans l'intestin. Cet examen exige une préparation du colon et présente un plus haut risque de complications à cause de sa nature invasive (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2001).

Une proportion de 61,5 % (IC à 95 % : 56,6 %-66,3 %) de tout le personnel de la Force régulière âgé de 50 ans ou plus a effectué un dépistage du cancer colorectal dans la période recommandée (c.-à-d., ils avaient effectué une RSOS au cours des deux dernières années et/ou une coloscopie au cours des 10 dernières années). Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe, le grade ou les éléments de service. Parmi le personnel de la Force régulière âgé de 50 ans ou plus ayant effectué un dépistage du cancer colorectal dans la période recommandée, 68,1 % avaient uniquement effectué une RSOS, 17,6 % avaient uniquement effectué une coloscopie et les 14,3 % restants avaient effectué les deux dépistages.

Les taux de dépistage déclarés du cancer colorectal étaient plus élevés parmi le personnel de la Force régulière que parmi la population canadienne. En moyenne, 51,1 % des Canadiens âgés de 50 à 74 ans avaient effectué les dépistages appropriés pour le cancer colorectal (Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, 2014). Toutefois, ce pourcentage est basé sur les données de dépistage reçues et ne tient pas compte du pourcentage de Canadiens qui effectuent un dépistage hors du programme de dépistage organisé; aussi, le pourcentage de Canadiens comprend d'autres individus (âgés de 61 à 74 ans). Néanmoins, les taux de dépistage sont étonnamment bas, puisque des programmes de dépistage organisés ont été mis en œuvre dans toutes les provinces depuis 2010 (Partenariat canadien contre le cancer, 2010). La mortalité liée au cancer colorectal pourrait être réduite de 15 % à 17 % si 70 % des Canadiens âgés de 50 ans et plus adhéraient aux lignes directrices de dépistage (Wilkins, 2009).

L'effectif de la Force régulière pourrait avoir des taux de dépistage plus élevés puisque la recherche indique que les individus qui discutent de dépistage avec leur médecin ont plus de chances d'effectuer un dépistage. Les membres de l'effectif militaire sont probablement plus en contact avec leur fournisseur de soins de santé en raison des examens obligatoires bisannuels, alors que la population canadienne comparable attend sans doute plus longtemps entre les rendez-vous. Un tiers des Canadiens qui n'avaient pas suivi de dépistage ont déclaré que la raison pour laquelle ils n'avaient eu aucun dépistage était qu'ils n'avaient pas vu leur médecin ou que leur médecin ne leur avait rien dit à propos du dépistage (Partenariat canadien contre le cancer, 2010). Augmenter la conformité des évaluations courantes de l'état de santé, développer les interventions éducatives et mettre en œuvre un rappel ou un système de rappel pourraient accroître les taux de dépistage dans les FAC.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Des recherches plus approfondies sur les facteurs limitant un dépistage accru du cancer colorectal parmi le personnel des FAC pourraient améliorer les taux de dépistage à l'avenir.

6.6.3 Dépistage du cancer du col utérin et du cancer du sein

Parmi toutes les femmes de la Force régulière âgées de 50 ans et plus, 74,4 % ont déclaré avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années. En outre, 89,5 % de toutes les femmes de la Force régulière ont subi un test Pap au cours des trois dernières années. Voir le chapitre 5 pour obtenir de plus amples détails sur le dépistage du cancer du col utérin et du cancer du sein chez les femmes de la Force régulière.

6.7 Conclusion

Au cours des 12 derniers mois, 75,4 % de tout le personnel de la Force régulière ont demandé des soins médicaux à un établissement médical des FAC, et 43,2 % de tout le personnel ont eu besoin de consulter un spécialiste médical. Les pourcentages sont demeurés inchangés depuis 2004 et 2008-2009. La plupart (79,2 %) des membres du personnel de la Force régulière ont estimé que la qualité des soins offerts par les médecins des Services de santé des FC était excellente, très bonne ou bonne.

Parmi les membres du personnel de la Force régulière qui ont reçu des soins pour un problème de santé non urgent, 55,4 % ont déclaré avoir attendu deux semaines ou plus pour obtenir un rendez-vous. Le temps d'attente pour obtenir des rendez-vous non urgents est demeuré inchangé depuis 2004 et 2008-2009. Cependant, seulement 50,3 % du personnel de la Force régulière étaient satisfaits du temps d'attente pour obtenir des rendez-vous pour des problèmes non urgents. En revanche, des travaux de recherche ont mis en évidence l'utilité des nouveaux modèles de soins de santé, comme l'approche d'accès amélioré (Fournier, 2012), au moyen de laquelle les fournisseurs peuvent réduire le temps d'attendre à moins d'un jour, et ce, sans augmenter les coûts.

De longs temps d'attente peuvent expliquer en partie l'utilisation abusive de la parade des malades. Le personnel doit seulement se présenter à la parade des malades s'il présente des symptômes qui : (1) durent moins de 24 heures; et (2) nuisent à sa capacité à effectuer ses tâches quotidiennes. Toutefois, 22,3 % du personnel qui n'ont jamais eu besoin de soins pour un problème de santé courant, continu, et non urgent ont déclaré qu'ils chercheraient à obtenir de tels soins au cours de la parade des malades.

Bien que 90,4 % du personnel de la Force régulière savaient où obtenir des soins médicaux en cas d'urgence, seulement 64,0 % savaient où recevoir des soins de santé mentale en cas d'urgence après les heures de travail normales. En outre, seulement 50,9 % des membres du personnel qui ont déclaré avoir sérieusement envisagé le suicide au cours des 12 derniers mois savaient où obtenir des soins de santé mentale. Il existe toujours des services de santé mentale offerts au personnel des FAC – comme le Programme d'aide aux membres des Forces canadiennes (PAMFC) – mais le manque de connaissances de ces ressources parmi les membres du personnel de la Force régulière peut limiter leur incidence.

Au cours des deux dernières années, 48,5 % du personnel de la Force régulière ont eu recours à des services de physiothérapie au moyen des Services de santé des FC, dont 68,1 % ont reçu leur traitement le plus récent sur la base. Le tiers du personnel a choisi d'arrêter de recevoir des séances de traitement de leur propre initiative; puisque dans la plupart des cas, aucune amélioration n'a été constatée, ou il a eu des problèmes d'horaires ou a manqué de temps.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Bien que le personnel doit subir des examens dentaires annuels, seulement 77,9 % du personnel de la Force régulière a déclaré avoir besoin d'un rendez-vous pour un problème dentaire non urgent (p. ex. examens, nettoyage ou suivi) au cours des 12 derniers mois. En outre, 6,9 % du personnel qui ont eu besoin de soins dentaires non urgents au cours des 12 derniers mois se sont présentés à la parade des malades au lieu de prendre un rendez-vous avec les Services dentaires des FC. La plupart (77,4 %) du personnel de la Force régulière qui ont consulté les Services dentaires des FC au cours des 12 derniers mois ont déclaré que la qualité des soins dentaires reçus à leur base, escadre, unité, ou formation actuelle était bonne ou excellente.

La grande majorité (95,9 %) du personnel de la Force régulière âgé de 18 à 39 ans ont subi un ESP au cours des cinq dernières années, et 85,0 % du personnel âgé de 40 à 60 ans ont effectué un ESP au cours des deux dernières années. La conformité de l'ESP a augmenté en 2013-2014, par rapport à 2004 et 2008-2009, mais demeure inférieure chez le personnel âgé de 40 à 44 ans, qui passe d'un intervalle de dépistage aux cinq ans à deux ans.

6.8 Références

BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU CANADA. « Les soins de santé fournis aux militaires – Défense nationale », *Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes*, 2007. Chapitre 4. Sur Internet : <http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_200710_04_f_23828.html>.

CANADA. MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE. *Services dentaire*, 2014. Sur Internet : <<http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-dentaires/index.page>>.

CENTRE DE PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES. *Cadre d'indicateurs des maladies chroniques*, éd. automne 2014, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2014.

FONDS DU COMMONWEALTH. *Access to Doctor or Nurse When Sick or Needed Care (2013)*, 2013. Sur Internet : <<http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/international-survey-data/results?ind=649&ch=594,595#/datatable/594,595/54/0/Ascending>>.

FORCES ARMÉES CANADIENNES. *Physiothérapie dans les Forces canadiennes*, 2014. Sur Internet : <<http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-physio/physiotherapie.page>>.

FOURNIER, J., R. HEALE et L. RIETZE. « Advanced access decreases wait times in primary healthcare », *Healthcare Quarterly*, vol. 15, n° 1, 2012, p. 64-68.

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. « Colorectal cancer screening: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *CMAJ*, vol. 165, n° 2, 2001, p. 206-208.

GROUPE DES SERVICES DE SANTÉ DES FORCES CANADIENNES. *Rapport du médecin général 2014 : consolidation, innovation, préparation*, ministère de la Défense nationale, 2014. Sur Internet : <http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/rapport-medecin-general-2014.pdf>.

HÉBERT, L.J., et P. ROWE. « The lessons learned from the Canadian Forces physiotherapy experience during the peacekeeping operations in Bosnia », *Military Medicine*, vol. 172, 2007, p. 829-834.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada, 2012 : regard sur les temps d'attente*, 2012. Sur Internet : <https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-FRweb.pdf>.

JACK, K., S.M. MCLEAN, J.K. MOFFETT et E. GARDINER. « Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review », *Manual Therapy*, vol. 15, n° 3, 2010, p. 220-228.

MCLEAN, S.M., M. BURTON, L. BRADLEY et C. LITTLEWOOD. « Interventions for enhancing adherence with physiotherapy: a systematic review », *Manual Therapy*, vol. 15, n° 6, 2010, p. 514-521.

PARTENARIAT CANADIEN CONTRE LE CANCER. *Colorectal Cancer Screening*, 2010. Sur Internet : <http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/rl_cancer_1crcscreen.pdf>.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. STATISTIQUE CANADA. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2014 – Sujet particulier : les cancers de la peau*, 2014. Sur Internet : <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2014-FR.pdf>>.

WILKINS, K. et M. SHIELDS. « Dépistage du cancer colorectal au Canada – 2008 », *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 3, 2009, p. 21-30.





Chapitre 7 – Activité physique

7.1 Introduction

La condition physique du personnel des Forces armées canadiennes (FAC) peut influencer la réussite ou l'échec des opérations militaires. La bonne forme physique est, par conséquent, une condition d'emploi au sein des FAC. Il s'agit également d'un facteur clé d'avancement professionnel chez le personnel des FAC. Le personnel des FAC doit maintenir un niveau élevé de forme physique au moyen de la participation régulière aux activités physiques; les lignes directrices actuelles des FAC prévoient une heure d'activité physique, cinq fois par semaine. En outre, la chaîne de commandement doit veiller à ce que tout le personnel des FAC ait l'occasion de participer à des activités physiques durant les heures normales de travail (MDN, 2006a).

Le personnel des FAC effectue des évaluations annuelles de la condition physique. Les résultats de ces tests annuels peuvent avoir des répercussions profondes sur la carrière d'un militaire. Les personnes qui échouent à leur test annuel de condition physique sont considérées comme étant incapables d'accomplir les tâches militaires couramment observées dans les opérations locales et expéditionnaires, et ne peuvent pas être déployées.

Le SSSV 2013-2014 a demandé aux participants de décrire leur pratique actuelle d'activités physiques, et leurs résultats des tests annuels de condition physique. Des renseignements ont également été recueillis sur les blessures récemment subies lors de la participation à des activités physiques, ainsi que le niveau perçu de soutien organisationnel de la forme physique personnelle.

7.2 Activités physiques

7.2.1 Niveau d'activité physique

Le niveau d'activité physique des participants au SSSV 2013-2014 a été mesuré en utilisant l'échelle du temps consacré aux loisirs de Godin (Godin, 1985). Ce simple outil de mesure demande aux participants d'indiquer la fréquence à laquelle ils participent à une activité physique intense, modérée, ou légère pendant plus de 15 minutes au cours d'une semaine normale. Une formule est ensuite utilisée pour transformer ces fréquences autodéclarées en un score continu sans unité. Des études de validation ont montré une forte corrélation entre les scores d'activités physiques et les autres mesures du niveau d'activité physique (Godin, 1985; ACSM, 1997). Des échelles recommandées ont été utilisées pour classer les scores d'activité physique dans l'un des trois niveaux; (1) actif; (2) modérément actif; et (3) inactif (Godin, 2011).

Dans l'ensemble, 85,2 % des membres du personnel de la Force régulière étaient physiquement actifs en 2013-2014. Le niveau d'activité physique de la Force régulière a affiché une hausse entre le SSSV 2008-2009 et le SSSV 2013-2014¹⁰ (Tableau 7-1). L'exclusion des femmes enceintes de l'analyse n'avait aucune incidence sur ces données.

En 2013-2014, des niveaux d'activité physique élevés étaient plus probables chez les groupes suivants : (1) les membres âgés de 18 à 29 ans comparativement aux membres âgés de 40 à 60 ans; (2) le personnel de la Force terrestre comparativement aux personnels de la Force aérienne et de la Force maritime; et (3) les membres d'un poids normal comparativement aux membres obèses (Tableau 7-2). Aucune variation n'a été constatée entre les catégories de sexe, de grade, de tabagisme actuel, ou de blessures graves (consécutives à des microtraumatismes répétés ou à des blessures aiguës) dans les 12 derniers mois¹¹.

¹⁰ Les estimations ont été standardisées pour le sexe, l'âge, et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

¹¹ On trouvera plus de détails sur les microtraumatismes répétés et les blessures aiguës au chapitre 3.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 7-1 : Niveau d'activité physique du personnel de la Force régulière, comme il a été estimé par les deux outils de mesure différents

Outil de mesure	SSSV	Pourcentage (IC à 95 %) ^a						Rapport de cotes (IC à 95 %) ^b
		Inactif		Modérément actif		Actif		
Échelle du temps consacré aux loisirs de Godin	2008-2009	11,7	(9,2-14,2)	9,6	(7,5-11,6)	78,7	(75,7-81,7)	0,63 (0,50-0,80)
	2013-2014	7,2	(5,8-8,6)	7,6	(6,1-9,0)	85,2	(83,3-87,2)	Référence
Indice d'activité physique	2004	29,4	(27,1-31,7)	26,1	(23,9-28,3)	44,5	(41,9-47,1)	0,52 (0,45-0,60)
	2008-2009	34,0	(30,6-37,5)	20,1	(17,4-22,8)	45,9	(42,2-49,6)	0,49 (0,41-0,59)
	2013-2014	17,9	(15,8-20,0)	21,0	(18,8-23,3)	61,1	(58,4-63,7)	Référence

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

^b Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinaire. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 7-2 : Niveau d'activité physique du personnel de la Force régulière, comme il a été estimé à l'aide de l'échelle du temps consacré aux loisirs de Godin

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)			Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Inactif	Modérément actif	Actif	
En général		7,2 (5,8-8,6)	7,6 (6,1-9,0)	85,2 (83,3-87,2)	
Âge (années)	18 à 29	4,5 (2,2-6,8)	5,8 (3,3-8,3)	89,7 (86,4-93,0)	Référence
	30 à 39	6,7 (4,0-9,4)	6,8 (4,2-9,5)	86,5 (82,8-90,1)	0,73 (0,45-1,16)
	40 à 49	8,9 (6,1-11,7)	9,0 (6,1-11,8)	82,1 (78,3-85,9)	0,52 (0,34-0,81)
	50 à 60	11,8 (8,9-14,6)	11,3 (8,4-14,3)	76,9 (73,1-80,7)	0,38 (0,25-0,57)
Élément de service	Force aérienne	9,1 (6,4-11,8)	10,2 (7,4-13,0)	80,7 (77,0-84,4)	Référence
	Force maritime	13,0 (8,4-17,5)	10,4 (6,3-14,5)	76,6 (71,0-82,3)	0,77 (0,52-1,14)
	Force terrestre	3,8 (2,4-5,2)	5,0 (3,3-6,6)	91,2 (89,1-93,3)	2,48 (1,74-3,53)
Indice de masse corporelle	Poids normal	5,9 (3,4-8,4)	6,5 (4,0-8,9)	87,7 (84,3-91,1)	Référence
	Surpoids	6,7 (4,7-8,7)	7,2 (5,2-9,3)	86,1 (83,3-88,8)	0,87 (0,59-1,28)
	Obésité	8,9 (5,7-12,1)	9,9 (6,5-13,4)	81,2 (76,7-85,6)	0,61 (0,40-0,94)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Le SSSV 2004 n'a pas inclus l'échelle du temps consacré aux loisirs de Godin, mais a plutôt mesuré le niveau d'activité physique à l'aide de l'indice d'activité physique. Pour l'indice d'activité physique, il a été demandé aux répondants de déclarer la fréquence et la durée de leur participation à 35 activités différentes au cours des 4 derniers mois. Un coût énergétique estimatif a été attribué à chacune de ces activités d'après le *Compendium of Physical Activity Tracking Guide* (Ainsworth, 2011). Les coûts énergétiques et les fréquences autodéclarées de chacune des activités ont été saisis dans une formule élaborée par l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (ICRCPMV, 2007) pour estimer la dépense énergétique quotidienne. Les répondants ont été catégorisés comme : (1) actifs; (2) modérément actifs; ou (3) inactifs selon leur dépense énergétique quotidienne. Cependant, il est plus difficile d'être précis lors de l'auto-administration dans le cas de l'indice d'activité physique que dans celui de l'échelle de Godin parce que cet indice exige des répondants à l'enquête qu'ils se remémorent des détails sur leur participation à de nombreuses activités précises différentes sur une longue période. De plus, contrairement à l'échelle de Godin, l'indice d'activité physique ne mesure pas directement l'intensité des activités. Étant donné ces limitations, aux fins du SSSV, les résultats de l'indice d'activité physique ne sont pas considérés comme étant aussi fiables que ceux de l'échelle de Godin. Néanmoins, l'indice d'activité physique peut tout de même être utile pour suivre les tendances en matière d'activités physiques au fil du temps. Les résultats de cet indice donnent à penser que les niveaux d'activité physique des membres de la Force régulière étaient plus élevés en 2013-2014 qu'en 2008-2009 et 2004 (Tableau 7-1).

7.2.2 Participation à des activités physiques

Comme indiqué à la section précédente, on a demandé aux participants au SSSV 2013-2014 d'indiquer les activités physiques auxquelles ils avaient participé au cours des quatre derniers mois. Plus de 98 % des membres de la Force régulière ont indiqué qu'ils avaient participé à au moins une activité physique au cours de cette période. Les activités physiques les plus répandues parmi les membres de la Force régulière étaient : (1) le jogging et la course; (2) la marche pour faire de l'exercice; et (3) la musculation (Figure 7-1). Au cours des quatre derniers mois, 10,1 % (IC à 95 % : 8,6 %-11,8 %) de tous les membres de la Force régulière ont indiqué avoir subi une blessure grave¹² en participant à une activité physique. Ce pourcentage ne variait pas selon l'âge, le sexe, le grade, ni l'élément de service.

¹² Dans les instructions fournies aux répondants à l'enquête, une blessure grave était définie comme une blessure limitant les activités normales pendant au moins une semaine.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

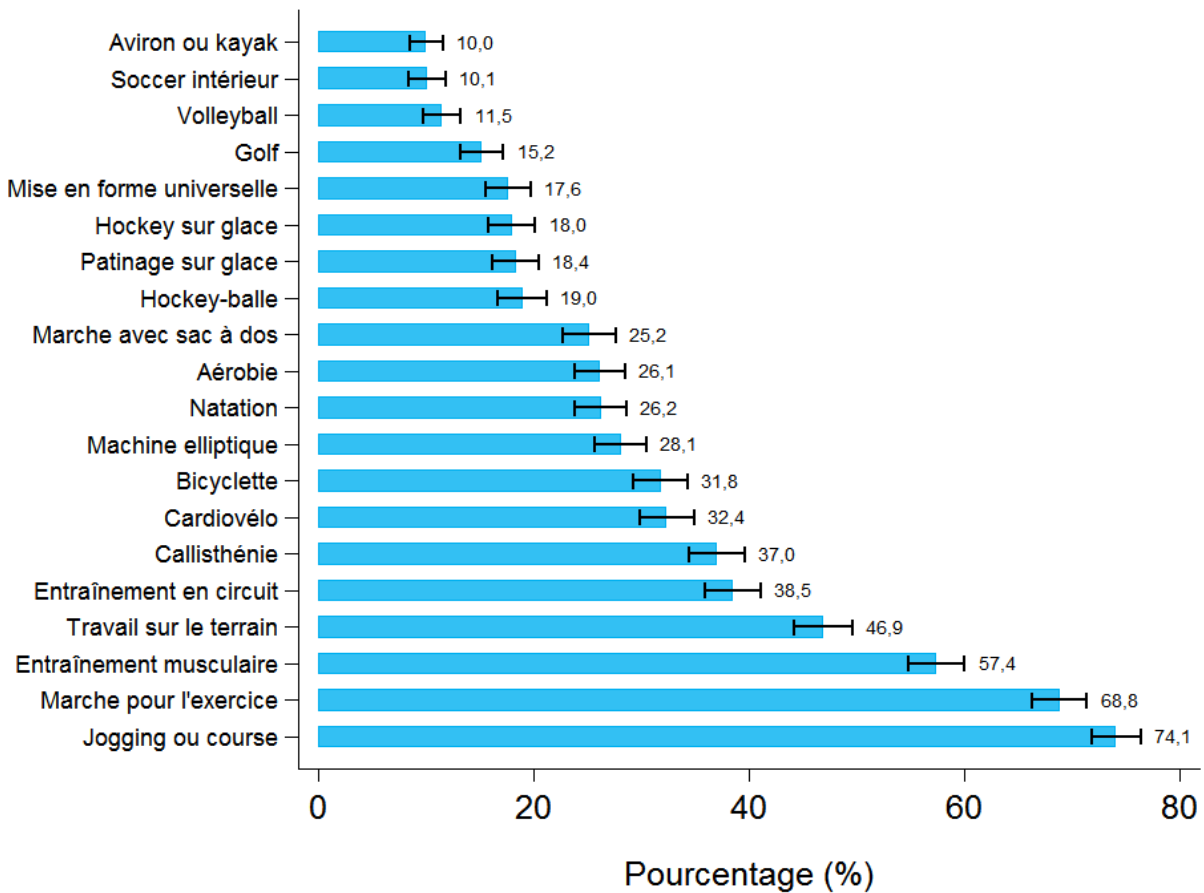


Figure 7-1 : Participation des membres des Forces régulières à diverses activités physiques au cours des quatre derniers mois.

Il est intéressant de connaître les activités physiques qui sont responsables du plus grand nombre de blessures du point de vue de la population. Les activités physiques qui ont entraîné les plus grands pourcentages de blessures graves chez les membres de la Force régulière au cours des quatre mois précédents sont : (1) le jogging et la course; (2) le hockey sur glace; et (3) l'entraînement musculaire (Tableau 7-3).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 7-3 : Membres de la Force régulière ayant été gravement blessés en participant à des activités physiques au cours des quatre derniers mois

Activité	Personnel blessé		Taux de blessures	
	Pourcentage	(IC à 95 %)	Blessures par 1 000 personnes-heure	(IC à 95 %)
Hockey sur glace	1,7	(1,1-2,7)	5,5	(3,6-8,6)
Marche avec sac à dos	1,1	(0,7-1,9)	4,9	(2,8-8,7)
Jogging ou course	3,0	(2,2-4,1)	1,9	(1,4-2,6)
Jardinage ou travail sur le terrain	0,9	(0,5-1,6)	1,4	(0,8-2,6)
Entraînement musculaire	1,3	(0,8-2,1)	0,7	(0,4-1,3)
Aérobic	0,3	(0,1-0,8)	0,6	(0,2-1,7)
Entraînement en circuit	0,3	(0,2-0,7)	0,5	(0,3-1,1)
Marche pour l'exercice	0,9	(0,5-1,5)	0,5	(0,3-0,8)
Bicyclette	0,2	(0,1-0,5)	0,5	(0,2-0,9)
Callisthénie	0,1	(0,1-0,2)	0,2	(0,1-0,3)

Il est important de connaître les activités physiques qui présentent le plus grand risque de blessures du point de vue individuel. Certaines activités peuvent présenter un risque élevé tout en ne contribuant qu'à peu de blessures dans la population générale parce qu'elles ne sont pratiquées que par un petit nombre de personnes. Les activités physiques associées avec les taux les plus élevés de blessures au cours des quatre derniers mois (en nombre de blessures subies par période de 1 000 heures) étaient : (1) le hockey sur glace; (2) la marche avec sac à dos; et (3) le jogging ou la course (Tableau 7-3).

7.2.3 Transport actif pour aller au travail

Un peu plus du cinquième des membres de la Force régulière marchaient, faisaient du jogging, prenaient leur vélo, utilisaient des patins à roues alignées ou pratiquaient un autre type d'activité physique pour se rendre à leur lieu de travail. Le recours à une activité physique comme moyen de se rendre au travail était plus probable : (1) chez les hommes que chez les femmes; (2) chez les officiers que chez les militaires du rang (MR); et (3) parmi le personnel de la Force maritime que parmi les personnels des Forces aérienne et terrestre (Tableau 7-4). Aucune variation n'a été constatée par catégorie d'âge.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 7-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière pratiquant une activité physique pour se rendre à leur lieu de travail

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		21,4	(19,1-23,6)		
Sexe	Femmes	17,8	(15,2-20,3)	Référence	
	Hommes	21,9	(19,4-24,5)	1,30	(1,03-1,63)
Grade	MR	19,7	(16,9-22,5)	Référence	
	Officier	26,3	(23,1-29,6)	1,46	(1,14-1,85)
Élément de service	Force aérienne	19,7	(16,1-23,3)	Référence	
	Force maritime	30,9	(24,9-37,0)	1,82	(1,27-2,62)
	Force terrestre	18,9	(15,8-22,0)	0,95	(0,70-1,29)
Base/escadre	USFC Ottawa	27,5	(21,7-33,2)	Référence	
	BFC Gagetown	13,0	(5,8-20,2)	0,39	(0,20-0,79)
	BFC Petawawa	18,3	(10,2-26,4)	0,59	(0,32-1,10)
	BFC Valcartier	15,6	(8,2-22,9)	0,49	(0,26-0,91)
	BFC Esquimalt	33,9	(23,6-44,2)	1,35	(0,79-2,33)
	BFC Halifax	26,3	(18,6-34,0)	0,94	(0,58-1,54)
	BFC Trenton	13,9	(5,2-22,6)	0,43	(0,19-0,93)
	BFC Edmonton	13,3	(5,3-21,4)	0,41	(0,19-0,86)

Il convient de noter que le pourcentage des membres de la Force régulière pratiquant une activité physique pour se rendre au travail variait entre les huit bases et escadres les plus peuplées (Tableau 7-4). Ces différences pourraient s'expliquer en partie par les climats locaux et les environnements bâtis; les bases et les escadres situées dans des régions où des pistes cyclables et des climats plus doux encouragent une vie active pourraient présenter une proportion plus élevée de membres du personnel recourant à une activité physique pour se rendre au travail.

7.2.4 Entraînement physique en groupe

Sur la base ou dans l'escadre, 52,1 % des membres du personnel de la Force régulière participaient à un entraînement physique en groupe au moins une fois par semaine. La participation aux entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine sur la base ou dans l'escadre était plus probable chez : (1) les membres âgés de 18 à 29 ans comparativement aux membres âgés de 30 à 60 ans; (2) les militaires du rang, comparativement aux officiers; et (3) les membres de la Force terrestre comparativement aux membres des Forces aérienne et maritime (Tableau 7-5). Le pourcentage des membres de la Force régulière participant à des entraînements physiques de groupe au moins une fois par semaine sur la base ou dans l'escadre était le plus bas à l'USFC Ottawa et le plus élevé à la BFC Valcartier (Tableau 7-5). Le pourcentage des membres de la Force régulière participant à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine sur la base ou dans l'escadre ne variait pas selon le sexe.

Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière



Tableau 7-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui participaient à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine sur la base ou dans l'escadre

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		52,1	(49,5-54,8)		
Âge (années)	18 à 29	65,3	(60,3-70,3)	Référence	
	30 à 39	53,0	(47,8-58,1)	0,60	(0,44-0,81)
	40 à 49	43,4	(38,6-48,2)	0,41	(0,30-0,55)
	50 à 60	36,0	(31,7-40,3)	0,30	(0,22-0,40)
Grade	MR	58,6	(55,2-62,0)	Référence	
	Officier	32,7	(29,5-36,0)	0,34	(0,28-0,42)
Élément de service	Force aérienne	43,1	(38,6-47,7)	Référence	
	Force maritime	33,8	(27,6-39,9)	0,67	(0,48-0,94)
	Force terrestre	64,2	(60,5-67,9)	2,37	(1,84-3,04)
Base/escadre	USFC Ottawa	19,6	(13,9-25,4)	Référence	
	BFC Gagetown	69,4	(59,5-79,3)	9,30	(5,14-16,84)
	BFC Petawawa	80,6	(71,9-89,3)	17,01	(8,78-32,94)
	BFC Valcartier	84,2	(77,3-91,1)	21,80	(11,56-41,11)
	BFC Esquimalt	31,3	(21,1-41,5)	1,87	(1,03-3,40)
	BFC Halifax	41,2	(32,7-49,7)	2,87	(1,73-4,77)
	BFC Trenton	47,8	(35,2-60,3)	3,75	(2,02-6,97)
	BFC Edmonton	74,9	(65,3-84,5)	12,23	(6,53-22,91)

Pendant les déploiements, 32,0 % des membres de la Force régulière participaient à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine. La participation à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine pendant un déploiement était plus probable : (1) chez les femmes que chez les hommes; et (2) chez les membres des Forces terrestres comparativement aux membres des Forces aériennes (Tableau 7-6). Le pourcentage des membres de la Force régulière participant à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine pendant les déploiements n'était pas différent selon les catégories d'âge ou de grade.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 7-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant participé à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine pendant les déploiements

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		32,0	(27,5-36,5)		
Sexe	Femmes	41,3	(34,3-48,3)	Référence	
	Hommes	30,9	(26,0-35,9)	0,64	(0,44-0,92)
Élément de service	Force aérienne	23,1	(16,3-29,9)	Référence	
	Force maritime	30,1	(20,9-39,3)	1,44	(0,80-2,56)
	Force terrestre	38,9	(31,7-46,1)	2,12	(1,30-3,46)

Pendant les formations, 58,4 % des membres de la Force régulière participaient à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine. La participation aux entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine pendant les formations était plus probable chez : (1) les membres âgés de 18 à 29 ans comparativement aux membres âgés de 30 à 60 ans; et (2) les membres de la Force terrestre comparativement aux membres des Forces aérienne et maritime (Tableau 7-7). Le pourcentage des membres de la Force régulière participant à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine pendant les formations n'était pas différent selon les catégories de sexe ou de grade.

Tableau 7-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant participé à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine pendant les formations

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		58,4	(54,4-62,5)		
Âge (années)	18 à 29	71,9	(65,2-78,6)	Référence	
	30 à 39	56,2	(48,4-63,9)	0,50	(0,32-0,79)
	40 à 49	50,9	(43,0-58,7)	0,40	(0,26-0,64)
	50 à 60	37,9	(30,6-45,3)	0,24	(0,15-0,38)
Élément de service	Force aérienne	53,4	(46,3-60,6)	Référence	
	Force maritime	42,0	(32,7-51,4)	0,63	(0,39-1,02)
	Force terrestre	67,8	(62,2-73,4)	1,84	(1,25-2,70)

Pendant les exercices militaires, 21,1 % des membres de la Force régulière participaient à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine. La participation aux entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine pendant les exercices militaires était plus probable chez : (1) les membres âgés de 18 à 29 ans comparativement aux membres âgés de 30 à 39 ans; et (2) les femmes comparativement aux hommes (Tableau 7-8). Le pourcentage des membres de la Force régulière participant à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine pendant les exercices n'était pas différent selon les catégories de grade ou d'élément de service.



Tableau 7-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant participé à des entraînements physiques en groupe au moins une fois par semaine pendant les exercices

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		21,1	(17,4-24,8)		
Âge (années)	18 à 29	28,4	(20,6-36,3)	Référence	
	30 à 39	14,1	(8,4-19,9)	0,41	(0,22-0,76)
	40 à 49	22,9	(15,9-29,9)	0,75	(0,43-1,30)
	50 à 60	18,0	(11,1-24,8)	0,55	(0,30-1,01)
Sexe	Femmes	29,8	(23,6-36,1)	Référence	
	Hommes	20,1	(16,0-24,2)	0,59	(0,40-0,88)

7.2.5 Activités sédentaires

En 2013-2014, les membres de la Force régulière ont consacré en moyenne 30,5 heures par semaine à des activités sédentaires comme regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo, naviguer sur Internet ou lire (Tableau 7-9). La durée moyenne consacrée à des activités sédentaires était 3,24 heures/semaine plus longue qu'en 2008-2009 et 6,35 heures/semaine plus longue qu'en 2004. Cette augmentation apparente du temps consacré aux activités sédentaires est presque entièrement attribuable à une augmentation du temps passé à l'ordinateur et à la navigation sur Internet (Figure 7-2).

Tableau 7-9 : Heures de loisir consacrées aux activités sédentaires^a par semaine chez les membres de la Force régulière

Variable	Catégorie	Moyenne	(IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
En général		30,5	(29,5-31,5)	
Âge (années)	18 à 29	32,9	(30,7-35,1) ^b	Référence
	30 à 39	29,3	(27,6-31,1) ^d	0,01
	40 à 49	28,8	(27,0-30,6) ^d	0,01
	50 à 60	32,3	(30,7-33,9)	0,67
Sexe	Femmes	28,7	(27,4-30,0) ^b	Référence
	Hommes	30,8	(29,6-31,9) ^c	0,02
Élément de service	Force aérienne	30,1	(28,6-31,7) ^b	Référence
	Force maritime	34,4	(31,7-37,1) ^d	0,01
	Force terrestre	29,4	(27,9-30,8)	0,49

^a Les activités sédentaires comprennent les activités suivantes : regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo, naviguer sur Internet, utiliser un ordinateur et lire.

^b Catégorie de référence.

^c Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence, au niveau de confiance de 95 % ($p < 0,05$).

^d Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence, au niveau de confiance de 99 % ($p < 0,01$).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

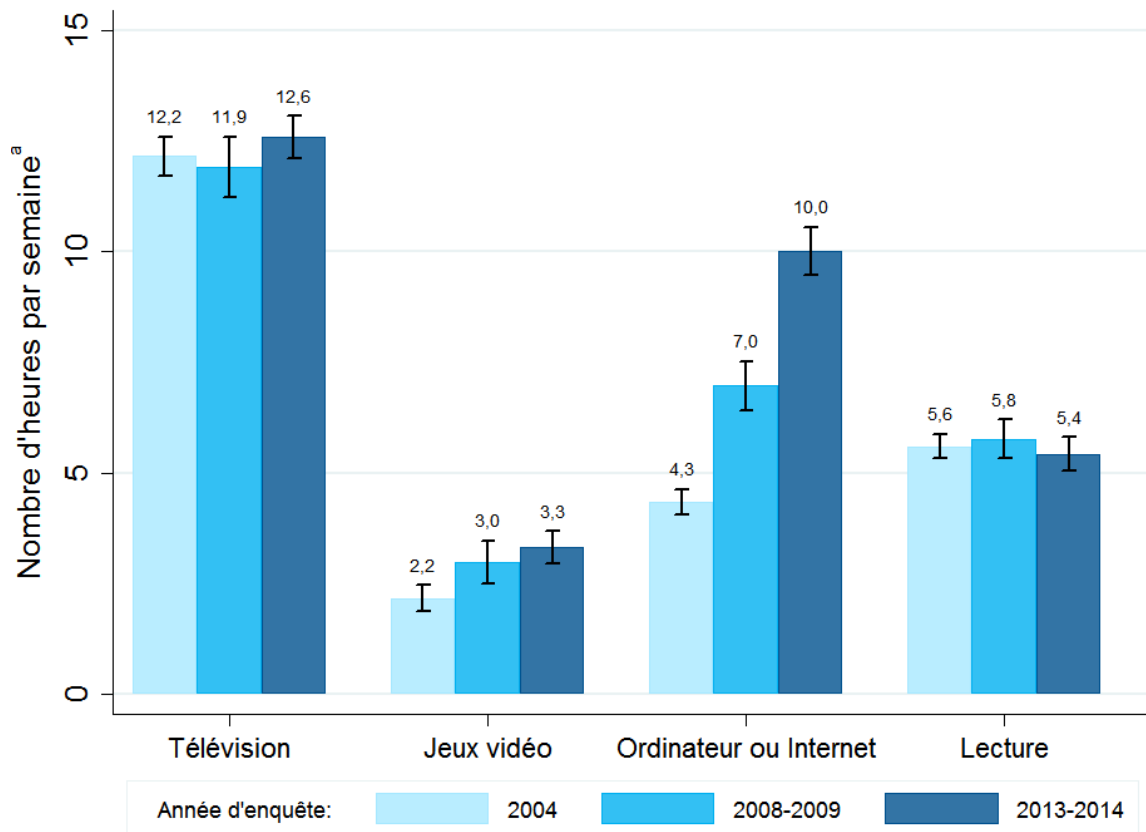


Figure 7-2 : Temps moyen consacré à des activités sédentaires diverses par semaine par les membres de la Force régulière en dehors du travail.

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Cependant, comme l'indique la section 7.2.1 du présent chapitre, les membres de la Force régulière avaient des niveaux d'activité physique plus élevés en 2013-2014 que lors des enquêtes précédentes. Les résultats contradictoires selon lesquels les niveaux d'activité physique et le temps consacré à des activités sédentaires ont *tous deux* augmenté au cours des dernières années pourraient s'expliquer partiellement par une hausse considérable de l'accessibilité d'Internet. En fait, la population de la Force régulière actuelle pourrait bien ne pas être plus sédentaire que celle de 2004 ou celle de 2008-2009. Au contraire, il est possible que les membres de la Force régulière actuelle soient désormais en mesure d'occuper leur temps en utilisant l'ordinateur ou en naviguant sur Internet tout en se livrant à d'autres activités sédentaires qui n'avaient jamais été prises en compte dans les enquêtes des FAC (p. ex. passer du temps assis à attendre l'autobus ou un rendez-vous). Il est concevable que les membres de la Force régulière occupent simplement davantage de temps à la navigation sur Internet et moins de temps à des activités sédentaires qui n'étaient pas prises en compte auparavant.

En 2013-2014, le temps moyen consacré à des activités sédentaires était plus long chez : (1) les membres âgés de 18 à 29 ans comparativement aux membres âgés de 30 à 49 ans; (2) les hommes comparativement aux femmes; et (3) les membres des Forces maritimes comparativement aux membres des Forces aérienne et terrestre (Tableau 7-9). Le temps moyen par semaine consacré à des activités sédentaires n'était pas différent chez les officiers par rapport aux MR.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Pendant une journée de travail typique, les membres de la Force régulière passaient en moyenne 5 heures assis au travail. Les heures de sédentarité au travail ont également affiché une tendance à la hausse avec l'âge. En moyenne, les femmes passaient 0,9 heure de travail par jour assises de plus que les hommes; les officiers passaient 1,7 heure de travail par jour assis de plus que les MR; les membres des Forces aériennes passaient 0,6 heure de travail par jour assis de plus que les membres des Forces terrestres; et le personnel de l'USFC Ottawa passait plus d'heures de travail par jour assis que dans les sept autres bases et escadres des FAC les plus peuplées (Tableau 7-10). Ce résultat n'est pas surprenant; les membres du personnel de l'USFC Ottawa sont davantage susceptibles d'être des officiers et d'avoir entre 50 et 60 ans que dans toute autre base ou escadre. Ces derniers sont également plus susceptibles d'avoir des tâches administratives ou liées aux politiques qui exigent d'être assis à un bureau pour des périodes de temps prolongées que les membres du personnel en poste sur d'autres bases ou dans d'autres escadres (Tableau 7-10).

Tableau 7-10 : Heures de travail passées assis pendant une journée de travail typique par le personnel de la Force régulière

Variable	Catégorie	Moyenne	(IC à 95 %)
En général		5,0	(4,9-5,1)
Âge (années)	18 à 29	4,4	(4,1-4,6) ^a
	30 à 39	4,9	(4,7-5,1) ^b
	40 à 49	5,5	(5,3-5,7) ^b
	50 à 60	5,9	(5,7-6,0) ^b
Sexe	Femmes	5,8	(5,7-6,0) ^a
	Hommes	4,9	(4,7-5,0) ^b
Grade	MR	4,6	(4,4-4,7) ^a
	Officier	6,3	(6,2-6,4) ^b
Élément de service	Force aérienne	5,3	(5,1-5,5) ^a
	Force maritime	5,2	(4,9-5,5)
	Force terrestre	4,7	(4,6-4,9) ^b
Base/escadre	USFC Ottawa	6,3	(6,0-6,5) ^a
	BFC Gagetown	4,6	(4,0-5,1) ^b
	BFC Petawawa	4,3	(3,7-4,9) ^b
	BFC Valcartier	4,2	(3,7-4,7) ^b
	BFC Esquimalt	4,9	(4,4-5,4) ^b
	BFC Halifax	4,9	(4,6-5,3) ^b
	BFC Trenton	4,9	(4,2-5,5) ^b
	BFC Edmonton	4,5	(4,0-5,0) ^b

^a Catégorie de référence.

^b Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence, au niveau de confiance de 99 % ($p < 0,01$).



7.2.6 Entraînement physique à risque

Les bienfaits pour la santé de l'activité physique peuvent être diminués lorsque l'activité physique n'est pas exercée de façon sécuritaire. Malgré des niveaux relativement élevés d'activité physique déclarés, une proportion importante des membres de la Force régulière ont aussi déclaré avoir effectué des entraînements dangereux associés à un risque accru de blessure.

Au cours des 12 derniers mois, 65,8 % (IC à 95 % : 63,2 %, 68,3 %) des membres de la Force régulière ont déclaré avoir effectué au moins un entraînement physique à risque énuméré dans la Figure 7-3. Les entraînements physiques à risque les plus couramment déclarés étaient : (1) des exercices sans réchauffement préalable; (2) des exercices sans avoir consommé suffisamment d'aliments ou de fluides; et (3) des entraînements à tel point difficiles qu'on se sent malade par la suite.

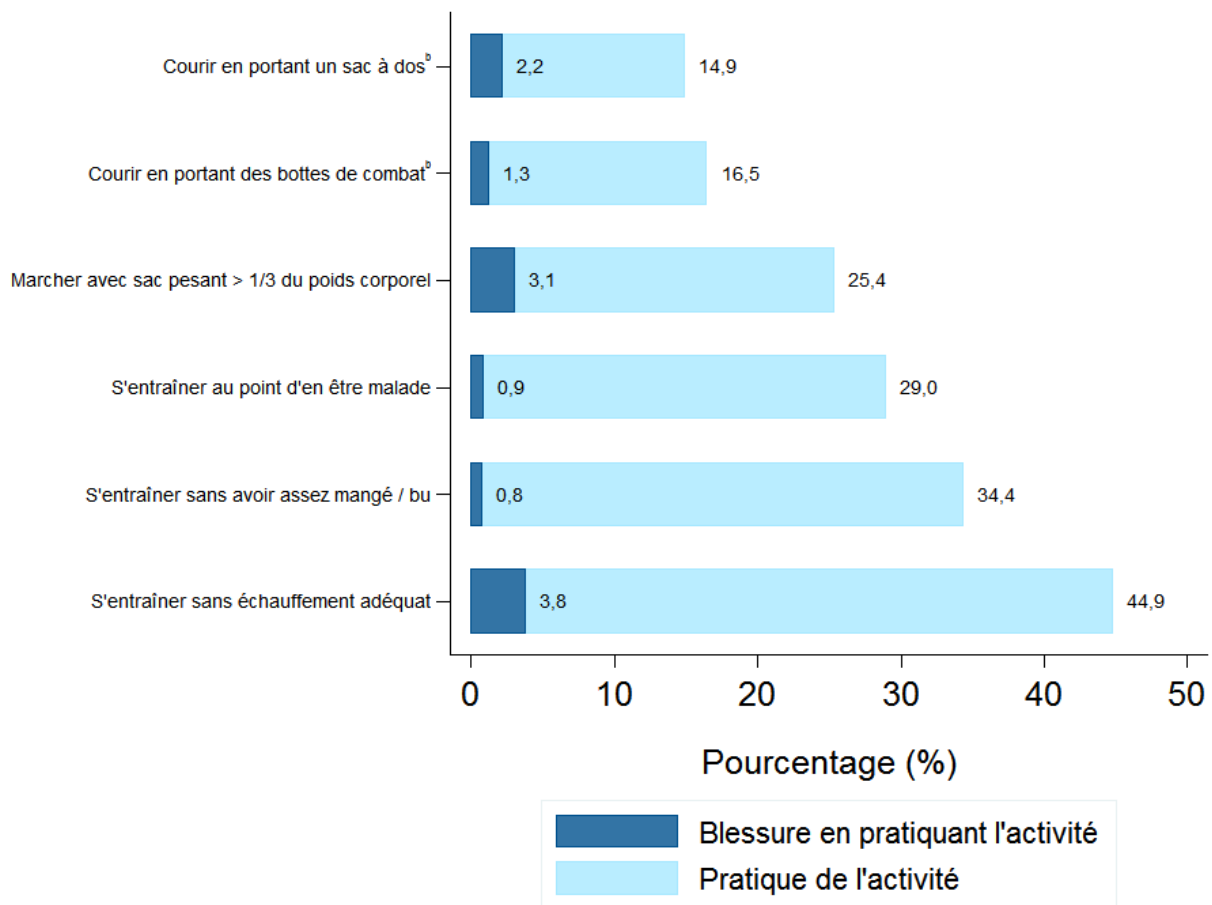


Figure 7-3 : Membres de la Force régulière ayant participé à un entraînement physique à risque^a au cours des 12 derniers mois.

^a Il est à noter que les répondants peuvent avoir participé à plus d'un type d'entraînement à risque. Les totaux peuvent dépasser les 100 %.

^b Au-delà d'une courte distance, pour simuler une course vers un abri.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Au cours des 12 derniers mois, 8,3 % des membres de la Force régulière, ou 4 530 militaires (IC à 95 % : 3 661, 5 399), ont déclaré avoir souffert d'une blessure au cours d'un entraînement physique à risque énuméré dans la Figure 7-3. Les pratiques d'entraînement physique à risque qui sont associées à un risque accru de blessure étaient : (1) faire des exercices sans réchauffement préalable; (2) participer à une marche à sac à dos en portant plus du tiers de son propre poids; et (3) courir avec un sac à dos sur des distances plus longues que celles prévues pour une course vers un abri (Figure 7-3). Il est possible de réduire considérablement le nombre de blessures subies chaque année en améliorant la sécurité des pratiques d'entraînement.

Au cours des 12 derniers mois, 17 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir été obligés de faire de l'exercice alors qu'ils étaient blessés. L'obligation de faire de l'exercice en souffrant d'une blessure était plus probable chez : (1) les militaires âgés de 18 à 29 ans, comparativement aux militaires âgés de 50 à 60 ans; (2) les militaires du rang, comparativement aux officiers; et (3) les membres de la Force terrestre, comparativement aux membres de la Force aérienne et de la Force maritime (Tableau 7-11). Néanmoins, le pourcentage des membres de la Force régulière dans l'obligation de faire des exercices en étant blessés est équivalent entre les hommes et les femmes.

Tableau 7-11 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont été dans l'obligation de faire de l'exercice alors qu'ils souffraient d'une blessure au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		17,0	(14,9-19,1)		
Âge (années)	18 à 39	17,4	(13,2-21,5)	Référence	
	30 à 39	18,9	(14,7-23,1)	1,11	(0,75-1,65)
	40 à 49	16,0	(12,4-19,6)	0,91	(0,61-1,35)
	50 à 60	12,2	(9,3-15,2)	0,66	(0,45-0,99)
Grade	MR	19,4	(16,7-22,1)	Référence	
	Officier	9,8	(7,7-11,9)	0,45	(0,34-0,60)
Élément de service	Force aérienne	13,4	(10,2-16,7)	Référence	
	Force maritime	9,8	(6,0-13,6)	0,70	(0,42-1,17)
	Force terrestre	22,2	(18,7-25,6)	1,83	(1,30-2,58)

Au cours des 12 derniers mois, 20,3 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir aggravé une blessure en participant à un exercice avant une guérison complète de la blessure. L'aggravation d'une blessure durant des exercices, avant que cette dernière ne soit guérie, était plus probable de survenir chez : (1) les femmes, comparativement aux hommes; et (2) les membres de la Force terrestre comparativement aux membres de la Force aérienne ou de la Force maritime (Tableau 7-12). Le pourcentage des membres de la Force régulière ayant déclaré avoir aggravé une blessure en effectuant des exercices, avant une guérison complète de leur blessure, n'était pas différent selon la catégorie d'âge ou le grade.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 7-12 : Pourcentage des membres de la Force régulière dont la blessure s'est aggravée au cours des 12 derniers mois après avoir participé à un exercice avant la guérison de leur blessure

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		20,3	(18,1-22,6)		
Sexe	Femmes	23,8	(21,0-27,0)	Référence	
	Hommes	20,0	(17,4-22,4)	0,79	(0,63-0,99)
Élément de service	Force aérienne	18,9	(15,3-22,5)	Référence	
	Force maritime	13,5	(9,1-17,9)	0,67	(0,43-1,04)
	Force terrestre	24,0	(20,5-27,5)	1,36	(1,01-1,83)

7.2.7 Soutien organisationnel de l'activité physique

En 2013-2014, près des trois quarts des membres de la Force régulière estimaient que le leadership des FAC les encourageait à être physiquement actifs. Le niveau de soutien du leadership perçu à l'égard de l'activité physique n'a pas changé depuis 2008-2009 (Figure 7-4).

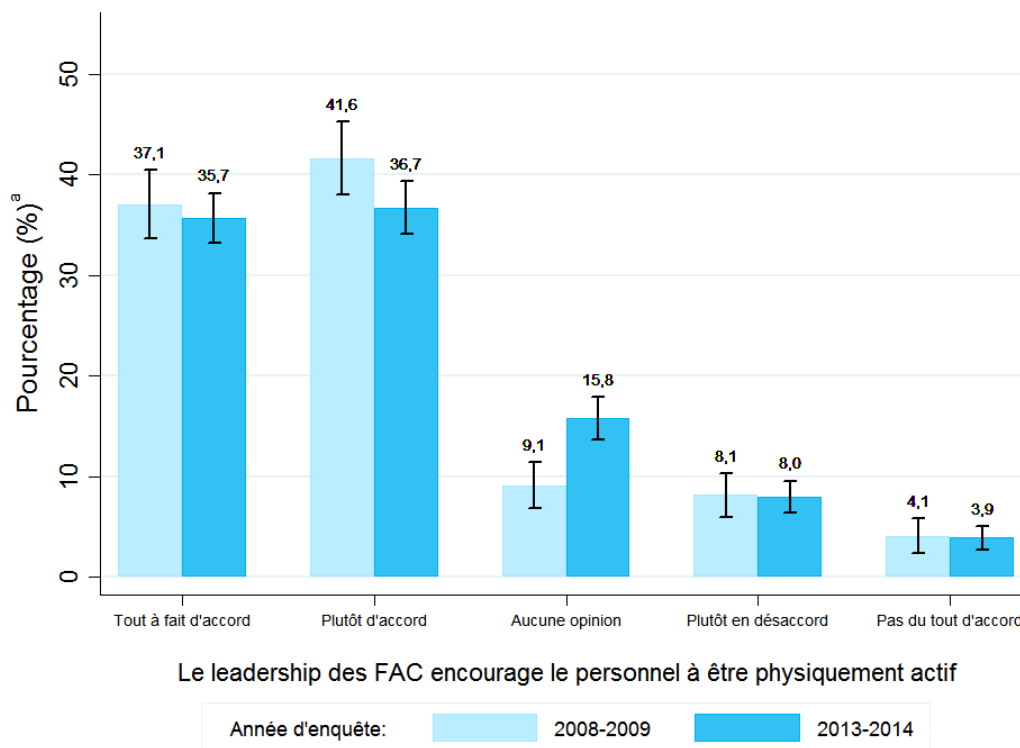


Figure 7-4 : Perception du niveau de soutien du leadership à l'égard de l'activité physique chez les membres de la Force régulière.

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

En 2013-2014, la perception d'un niveau de soutien accru à l'égard de l'activité physique de la part du leadership était plus probable parmi : (1) les militaires âgés de 30 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les femmes comparativement aux hommes; (3) les officiers comparativement aux militaires du rang; et (4) les membres de la Force terrestre, comparativement aux membres de la Force aérienne (Tableau 7-13).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 7-13 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui sont d'accord avec l'énoncé selon lequel le leadership des Forces armées canadiennes encourage l'activité physique

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)								Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a		
		Tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		Sans opinion		Plutôt en désaccord			Pas du tout d'accord	
En général		35,7	(33,2-38,2)	36,7	(34,1-39,4)	15,8	(13,6-17,9)	8,0	(6,4-9,5)	3,9	(2,7-5,0)	
Âge (années)	18 à 39	27,9	(23,4-32,5)	36,6	(31,5-41,7)	18,9	(14,5-23,3)	9,9	(6,6-13,1)	6,7	(3,8-9,6)	Référence
	30 à 39	32,3	(27,5-37,1)	39,1	(33,9-44,2)	16,7	(12,6-20,8)	8,4	(5,4-11,3)	3,6	(1,6-5,7)	1,32 (1,01-1,73)
	40 à 49	41,5	(36,8-46,3)	36,2	(31,6-40,9)	13,7	(10,3-17,1)	6,4	(4,0-8,8)	2,2	(0,7-3,6)	1,92 (1,47-2,50)
	50 à 60	53,1	(48,6-57,7)	30,4	(26,2-34,6)	9,2	(6,6-11,8)	5,7	(3,5-7,8)	1,6	(0,5-2,6)	2,97 (2,27-3,88)
Sexe	Femmes	40,1	(36,6-43,5)	38,0	(34,7-41,4)	11,3	(9,1-13,5)	8,4	(6,4-10,4)	2,2	(1,2-3,1)	Référence
	Hommes	35,0	(32,1-37,8)	36,5	(33,5-39,5)	16,4	(14,0-18,9)	7,9	(6,1-9,7)	4,2	(2,8-5,5)	0,77 (0,65-0,92)
Grade	MR	33,3	(30,2-36,4)	35,8	(32,5-39,2)	17,7	(15,0-20,4)	8,7	(6,7-10,6)	4,5	(3,0-6,0)	Référence
	Officier	42,9	(39,3-46,4)	39,3	(35,8-42,8)	9,9	(7,7-12,1)	5,9	(4,3-7,5)	2,0	(0,9-3,0)	1,67 (1,40-1,99)
Élément de service	Force aérienne	30,3	(26,4-34,3)	40,7	(36,2-45,2)	15,2	(11,6-18,7)	9,3	(6,5-12,1)	4,5	(2,3-6,7)	Référence
	Force maritime	33,7	(27,8-39,6)	37,5	(31,3-43,7)	15,1	(10,3-19,8)	9,6	(5,6-13,6)	4,1	(1,3-7,0)	1,09 (0,81-1,45)
	Force terrestre	39,8	(36,0-43,6)	33,8	(29,9-37,6)	16,4	(13,3-19,6)	6,6	(4,6-8,7)	3,4	(1,8-5,0)	1,36 (1,09-1,69)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Le soutien organisationnel de l'activité physique se constate dans les ressources disponibles au sein des bases et des escadres en vue d'encourager un mode de vie actif chez les membres de la Force régulière. Parmi les membres de la Force régulière, 90,4 % ont déclaré avoir accès à des installations d'entraînement sur leur lieu de travail; ce pourcentage n'était pas plus élevé en 2013-2014 qu'en 2008-2009, mais a augmenté depuis 2004 (Tableau 7-14). Parmi les membres de la Force régulière qui ont déclaré avoir accès à une installation d'entraînement sur leur lieu de travail, 71,3 % (IC à 95 % : 68,5 %, 74,0 %) étaient soit satisfaits, soit très satisfaits des installations.

Tableau 7-14 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant accès à des installations d'entraînement sur leur lieu de travail

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	85,2	(83,4-87,0)	0,61	(0,49-0,78)
2008-2009	89,9	(87,5-92,3)	0,95	(0,69-1,31)
2013-2014	90,4	(88,8-92,0)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Parmi les membres de la Force régulière, 92,1 % ont déclaré avoir accès à des installations avec une douche et un casier sur leur lieu de travail. L'accès à des installations avec une douche et un casier en milieu de travail a légèrement augmenté depuis 2008-2009 (Tableau 7-15).

Tableau 7-15 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant un accès à des douches et à des casiers sur leur lieu de travail

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	90,3	(88,8-91,8)	0,79	(0,62-1,02)
2008-2009	89,2	(86,7-91,7)	0,70	(0,51-0,97)
2013-2014	92,1	(90,8-93,5)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Environ 70 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir accès à des cours d'exercice sur leur lieu de travail. L'accès à des cours d'exercice en milieu de travail n'a pas changé depuis 2008-2009, mais était plus élevé qu'en 2004 (Tableau 7-16).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 7-16 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant accès à des cours d'exercice sur leur lieu de travail

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	55,1	(52,5-57,7)	0,53	(0,45-0,63)
2008-2009	73,6	(70,3-76,9)	1,21	(0,98-1,51)
2013-2014	69,7	(66,9-72,5)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Parmi les membres de la Force régulière, 86,8 % ont déclaré s'être vu accorder du temps pour faire de l'exercice pendant les heures de travail, à l'exclusion des entraînements physiques en groupe; ce pourcentage était supérieur à ceux de 2008-2009 et de 2004 (Tableau 7-17). Peu importe s'ils avaient ou non du temps pendant les heures de travail pour faire de l'exercice, 63,7 % (IC à 95 % : 61,1 %, 66,3 %) des membres de la Force régulière considéraient qu'ils avaient assez de temps pour faire de l'exercice pendant les heures de travail. Ces résultats laissent entendre que les membres de la Force régulière sont peut-être aux prises avec des priorités concurrentes en milieu de travail. Même si la vaste majorité a du temps pour faire de l'exercice pendant les heures de travail, une proportion importante semble se sentir incapable d'effectuer de l'exercice tout en s'acquittant de leurs fonctions au cours des heures de travail.

Tableau 7-17 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui se voient accorder du temps en milieu de travail pour faire de l'exercice

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	75,3	(73,0-77,6)	0,46	(0,37-0,57)
2008-2009	66,0	(62,4-69,6)	0,29	(0,23-0,37)
2013-2014	86,8	(84,9-88,8)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Près des deux tiers des membres de la Force régulière considéraient qu'il est important d'avoir accès à des installations d'entraînement le soir. Les déclarations sur l'importance d'un accès à des installations d'exercice le soir étaient plus probables chez : (1) les militaires âgés de 18 à 29 ans, comparativement aux militaires âgés de 30 à 60 ans; et (2) les membres de la Force aérienne et de la Force terrestre, comparativement aux membres de la Force maritime (Tableau 7-18). Il n'y avait pas ce type de différences en fonction du sexe ou du grade. Le pourcentage des militaires estimant que l'accès à des installations d'exercice le soir est important ne présentait pas de variations selon que les militaires avaient accès ou non à de telles installations sur leur lieu de travail. En conséquence, il semble que la perception de l'importance d'un accès à des installations d'exercice le soir n'est pas liée à la disponibilité de ces installations au cours de la journée.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 7-18 : Pourcentage des membres de la Force régulière estimant qu'un accès à des installations d'exercice le soir est important

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		65,5 (63,0-68,1)	
Âge (années)	18 à 39	78,8 (74,4-83,2)	Référence
	30 à 39	66,0 (61,0-71,0)	0,52 (0,37-0,74)
	40 à 49	56,4 (51,6-61,2)	0,35 (0,25-0,48)
	50 à 60	51,5 (46,9-56,1)	0,29 (0,21-0,39)
Élément de service	Force aérienne	66,6 (62,3-70,9)	Référence
	Force maritime	57,9 (51,6-64,2)	0,69 (0,50-0,95)
	Force terrestre	67,5 (63,8-71,2)	1,04 (0,81-1,35)

7.3 Évaluation de la condition physique

Peu importe le grade ou le poste, les membres de la Force régulière doivent être aptes au déploiement. On s'attend à ce que ces derniers accomplissent des tâches militaires régulières en plus de tâches plus précises inhérentes à leurs groupes professionnels respectifs (MDN, 2006b). Ces attentes sont plus clairement définies dans les normes minimales de condition physique, selon lesquelles tous les membres de la Force régulière doivent être en mesure d'accomplir les six tâches suivantes, qui se présentent souvent au cours d'opérations locales et expéditionnaires : (1) creuser une tranchée; (2) porter une civière; (3) extraire des blessés d'un véhicule; (4) porter des piquets et des fils de fer; (5) construire des fortifications avec des sacs de sable; et (6) ramper à plat ventre pour fuir les tirs ennemis. Tous les membres de la Force régulière doivent subir un test annuel de condition physique pour démontrer leur capacité à exécuter ces six tâches.

L'évaluation de la Forme opérationnelle requise dans le cadre de l'emploi (FORCE) a été introduite à titre d'essai en avril 2013, et a été officiellement adoptée comme norme de condition physique dans les FAC en avril 2014. Elle prévoit la capacité d'une personne à accomplir les six tâches militaires de base mentionnées ci-dessus, et consiste en quatre composantes : (1) soulever des sacs de sable de 20 kg à une hauteur de plus d'un mètre, 30 fois en moins de 210 secondes; (2) courir 400 m en alternant entre une course chargée avec un sac de sable de 20 kg et une course sans charge tous les 20 m en moins de 321 secondes; (3) effectuer un sprint de 80 m, adopter la position couchée au sol tous les 10 m, en moins de 51 secondes; et (4) transporter un sac de sable de 20 kg tout en traînant quatre autres sacs de sable de 20 kg sur le sol sur une distance de 20 m, sans interruption.

Avant le 1^{er} avril 2014, l'épreuve EXPRES des FC était la norme d'aptitude physique des FAC. Ce test a été élaboré au début des années 1980, et comprenait quatre composantes : une course-navette de 20 m, un test de préhension de la main, des extensions des bras et des redressements assis. L'épreuve EXPRES des FC a été remplacée parce qu'il ne reflétait pas adéquatement les tâches physiques les plus courantes des opérations actuelles des FAC. Il est à noter que, avant avril 2014, des militaires pouvaient être exemptés des examens annuels s'ils avaient présenté une performance exceptionnelle lors d'examens physiques au cours des années précédentes (c.-à-d. une exemption incitative). Des militaires peuvent aussi être exemptés des examens annuels pour des raisons médicales.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

L'Armée canadienne a aussi élaboré un examen professionnel propre au commandement. La Norme d'aptitude physique du commandement de la Force terrestre (NAPCFT) – aussi connue sous le nom de test d'aptitude physique au combat (TAPC) – a été peaufinée en 1991 et prévoit la capacité d'un militaire à accomplir les tâches les plus exigeantes et les plus courantes des « soldats sur le terrain ». Le TAPC comprend une marche de 13 km en transportant 24,5 kg d'équipement, l'évacuation d'une victime sur 100 m à l'aide de la méthode de levée de pompier, et la creusée de tranchées.

Dans le cadre du SSSV 2013-2014, on a demandé aux participants s'ils avaient subi ces examens physiques au cours des 12 derniers mois. Les militaires qui les avaient subis devaient aussi décrire leurs résultats.

7.3.1 Réalisation de l'examen de condition physique

Au cours des 12 derniers mois, 86,8 % des membres de la Force régulière avaient subi au moins un des trois examens physiques mentionnés précédemment. En outre, 3,3 % (IC à 95 % : 2,6 %, 4,2 %) et 5,8 % (IC à 95 % : 4,7 %, 7,0 %) des membres de la Force régulière n'avaient pas subi d'examen de condition physique au cours de cette période en raison des incitatifs et des exemptions médicales, respectivement. Enfin, 4,1 % (IC à 95 % : 3,2 %, 5,5 %) n'avaient pas subi un examen de condition physique au cours des 12 derniers mois, sans avoir reçu d'exemption des examens. Le pourcentage des membres de la Force régulière qui avaient subi au moins un examen de condition physique au cours des 12 derniers mois était plus élevé parmi : (1) les militaires âgés de 18 à 29 ans, comparativement aux militaires âgés de 40 à 60 ans; (2) les hommes, comparativement aux femmes; (3) les militaires qui n'avaient pas souffert d'un MTR au cours des 12 derniers mois, comparativement aux militaires qui en avaient souffert; et (4) les militaires qui n'avaient pas souffert d'une blessure aiguë grave au cours des 12 derniers mois, comparativement aux militaires qui en avaient souffert (Tableau 7-19). Ces différences n'ont pas été observées en fonction du grade, de l'élément de service ou de l'indice de masse corporelle.

Tableau 7-19 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant subi un examen de condition physique au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		86,8	(85,1-88,5)		
Âge (années)	18 à 39	91,9	(88,9-94,8)	Référence	
	30 à 39	88,0	(84,7-91,3)	0,65	(0,39-1,08)
	40 à 49	84,8	(81,5-88,1)	0,49	(0,31-0,79)
	50 à 60	73,7	(69,7-77,7)	0,25	(0,16-0,39)
Sexe	Femmes	79,1	(76,3-81,9)	Référence	
	Hommes	88,0	(86,1-89,9)	1,93	(1,51-2,48)
Microtraumatisme répété au cours des 12 derniers mois	Non	88,9	(86,8-90,7)	Référence	
	Oui	82,3	(78,9-85,7)	0,59	(0,43-0,81)
Blessure aiguë au cours des 12 derniers mois	Non	87,9	(85,9-89,7)	Référence	
	Oui	82,6	(77,6-86,7)	0,65	(0,46-0,94)



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

7.3.2 Évaluation FORCE

Au cours des 12 mois précédant le SSSV 2013-2014 – une période qui a coïncidé avec le déploiement de l'évaluation FORCE – 75 % (IC à 95 % : 72,7 %, 77,2 %) des membres de la Force régulière ont subi l'examen FORCE. Parmi les membres de la Force régulière qui ont subi l'examen, 98,6 % (IC à 95 % : 97,9 %, 99,0 %) ont réussi ses quatre composantes. Parmi les membres de la Force régulière qui ont échoué à au moins une composante de l'évaluation de l'examen FORCE au cours des 12 derniers mois, 77,3 % avaient échoué au sprint de 80 m et 24,6 % avaient échoué au tirage des sacs de sable.

Il est à noter que 42,2 % (IC à 95 % : 23,4 %, 63,5 %) des membres de la Force régulière qui ont échoué à l'examen de l'évaluation FORCE au cours des 12 derniers mois ont réussi une reprise de l'examen au cours de la même période. De plus, 16,3 % des membres de la Force régulière ayant échoué à l'examen de l'évaluation FORCE au cours des 12 derniers mois ont suivi un entraînement de remise en forme.

7.3.3 Test EXPRES des Forces canadiennes

Au cours des 12 mois précédant le SSSV 2013-2014 – une période qui a coïncidé avec la suppression graduelle de l'épreuve EXPRES des FC – 19,8 % (IC à 95 % : 17,7 %, 22,0 %) des membres de la Force régulière ont subi l'épreuve EXPRES des FC. Parmi les membres de la Force régulière qui ont subi l'épreuve EXPRES des FC, 98,0 % (IC à 95 % : 96,1 %, 99,0 %) ont réussi ses quatre composantes. Parmi les membres de la Force régulière ayant échoué à au moins une des composantes de l'épreuve EXPRES des FC au cours des 12 derniers mois, 72,3 % avaient échoué à l'épreuve des extensions de bras.

Il est à noter que 59,5 % des membres de la Force régulière ayant échoué à l'épreuve EXPRES des FC au cours des 12 derniers mois ont suivi un entraînement de remise en forme. Les répondants ayant déclaré avoir repris l'épreuve EXPRES des FC à la suite d'un échec au cours des 12 derniers mois sont trop peu nombreux pour que des statistiques fiables puissent être comptabilisées sur les composantes de l'épreuve EXPRES des FC auxquelles les militaires ont échoué.

7.3.4 Test d'aptitude physique au combat

Au cours des 12 derniers mois, 41,4 % (IC à 95 % : 36,9 %, 45,9 %) des membres des forces terrestres de la Force régulière ont subi un test d'aptitude physique au combat. Parmi le personnel de la Force terrestre ayant subi un test d'aptitude physique au combat, 99,9 % ont réussi ses trois composantes. Le nombre de répondants ayant déclaré avoir échoué au test d'aptitude physique au combat au cours des 12 derniers mois est trop négligeable pour que des statistiques fiables puissent être comptabilisées sur les composantes du test auxquelles ils avaient échoué.

7.4 Conclusion

Au cours des cinq dernières années, le niveau d'activité physique des membres de la Force régulière des FAC s'est accru. Néanmoins, au cours de la même période, le nombre d'heures par semaine qu'ont passé les membres de la Force régulière à participer à des activités sédentaires, comme regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo et naviguer sur le Web, s'est aussi accru.

Les membres de la Force régulière continuent de penser que le leadership des FAC appuie grandement l'activité physique. Ce résultat cadre avec la forte culture de condition physique qui est promue par la chaîne de commandement des FAC. La vaste majorité des membres de la Force régulière ont déclaré avoir accès à



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

des installations d'exercice, à des douches, à des casiers et à des cours d'exercice sur leur lieu de travail. De plus, la majorité des membres de la Force régulière ont déclaré s'être vu accorder du temps pour faire de l'exercice pendant les heures de travail, et ce, malgré le fait que certains n'ont pu trouver le temps de faire de l'exercice sur les heures de travail tout en s'acquittant de leurs obligations professionnelles.

Les deux tiers des membres de la Force régulière ont déclaré avoir participé à un entraînement physique à risque au cours des 12 derniers mois. Parmi eux, 12,5 % ont souffert d'une blessure. Il est possible de réduire le nombre de blessures subies chaque année en améliorant la sécurité des pratiques d'entraînement.

7.5 Références

AINSWORTH, B.E., W.L. HASKELL, S.D. HERRMANN, N. MECKES, D.R. BASSETT, C. TUDOR-LOCKE et coll. « 2011 Compendium of physical activities: a second update of codes and MET values », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 43, n° 8, 2011, p. 1575-1581.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. « Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 26, suppl. 6, 1997, p. 36-38.

CANADA. MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE. *DOAD 5023-0, Universalité du service*, 2006. Sur Internet : <<http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-politiques-normes-directives-ordonnances-administratives-defense-5000/5023-0.page>>.

CANADA. MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE. *DOAD 5023-2, Programme de conditionnement physique*, 2006. Sur Internet : <<http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-politiques-normes-directives-ordonnances-administratives-defense-5000/5023-2.page>>.

GODIN, G. « The Godin-Shephard Leisure-Time Physical Activity Questionnaire », *Health and Fitness Journal of Canada*, vol. 4, n° 1, 2011, p. 18-22.

GODIN, G. et R.J. SHEPHARD. « A simple method to assess behavior in the community », *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, vol. 10, n° 3, 1985, p. 141-146.

INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE MODE DE VIE. *Changing the Canadian Landscape... One Step at a Time: Results of the Physical Activity Monitor 2007*, bull. 1, 2007. Sur Internet : <http://www.cflri.ca/eng/statistics/surveys/documents/2007pam_b1.pdf>.





Chapitre 8 – Poids santé, alimentation et nutrition

8.1 Introduction

Le maintien d'un poids sain est essentiel pour la prévention de nombreuses maladies chroniques, et une alimentation équilibrée est un élément clé du bilan général de santé et de bien-être d'une population. Un poids excédentaire est associé à de nombreux problèmes de santé bien connus, y compris : le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et l'arthrose (Wang, 2011). De plus, une mauvaise alimentation peut avoir des effets considérables sur la structure du cerveau et la performance cognitive (Burkhalter, 2011), et avoir une incidence négative sur le système immunitaire (Marcos, 2003).

En plus du fardeau des maladies associées à l'obésité et à une mauvaise alimentation, ces conditions comportent d'importants coûts sociétaux indirects, notamment : un taux d'absentéisme accru au travail, un risque accru de décès avant la retraite, une retraite anticipée pour raisons de santé, et une réduction des années de vie sans handicap (Wang, 2011). Par conséquent, la promotion d'un poids corporel sain dans les Forces armées canadiennes (FAC) est importante pour que le personnel des FAC ait une santé optimale, et pour veiller à ce que les forces soient en santé et aptes au déploiement.

Dans le cadre du SSSV 2013-2014, on a demandé aux participants de décrire leur poids corporel actuel, ainsi que leurs objectifs personnels en ce qui a trait à la prise et à la perte de poids. On les a également interrogés sur leur régime alimentaire et leurs choix nutritionnels.

8.2 Poids corporel et santé

8.2.1 Indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure fréquemment utilisée qui est calculée en déterminant le rapport entre le poids d'un individu (en kilogrammes) et sa taille (en mètres) au carré. L'IMC a une forte corrélation avec le pourcentage de masse adipeuse d'un individu (Santé Canada, 2003), et un indice de masse corporelle élevé est signe de mortalité, toutes causes confondues (Calle, 1999). Un IMC élevé est également associé à de graves troubles chroniques, à des incapacités physiques, à des troubles mentaux et à un état de santé autoévalué généralement mauvais (OMS, 2003a).

De plus, l'IMC est utilisé par les professionnels et les organismes de la santé pour classer les individus soit comme ayant un poids inférieur à la normale (IMC de moins de 18,5 kg/m²), soit comme ayant un poids normal (IMC entre 18,5 et 24, kg/m²), soit comme ayant un surpoids (IMC entre 25 et 29,9 kg/m²), soit comme étant obèses (IMC de 30 kg/m² ou plus) (OMS, 2003a).

En 2013-2014, l'IMC moyen des membres de la Force régulière¹³ était de 27,6 kg/m². L'IMC moyen autodéclaré s'est accru de 0,5 kg/m² depuis 2004¹⁴ (Tableau 8-1). Bien qu'elle soit de plus faible ampleur, cette tendance cadre avec la tendance observée dans la population canadienne non militaire (PHAC, 2011).

¹³ Les femmes enceintes étaient exclues de tous les calculs d'IMC.

¹⁴ Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.



Tableau 8-1 : IMC autodéclaré moyen (kg/m²) des membres de la Force régulière

SSSV	Moyenne ^a	(IC à 95 %)
2004	27,1	(26,9-27,3) ^c
2008-2009	27,3	(27,0-27,6)
2013-2014	27,6	(27,4-27,8) ^b

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

^b Catégorie de référence.

^c Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence, au niveau de confiance de 99 % (p < 0,01).

Les trois quarts (74 %) des membres de la Force régulière ont déclaré un IMC de 25 kg/m² ou plus (Figure 8-1). D'après les IMC autodéclarés, 49 % des membres de la Force régulière étaient classés comme ayant un surpoids, et 25 % étaient classés comme étant obèses. Moins de 1 % des membres de la Force régulière ont déclaré des IMC sous le poids normal; ces individus ont été exclus de toutes les analyses supplémentaires d'IMC.

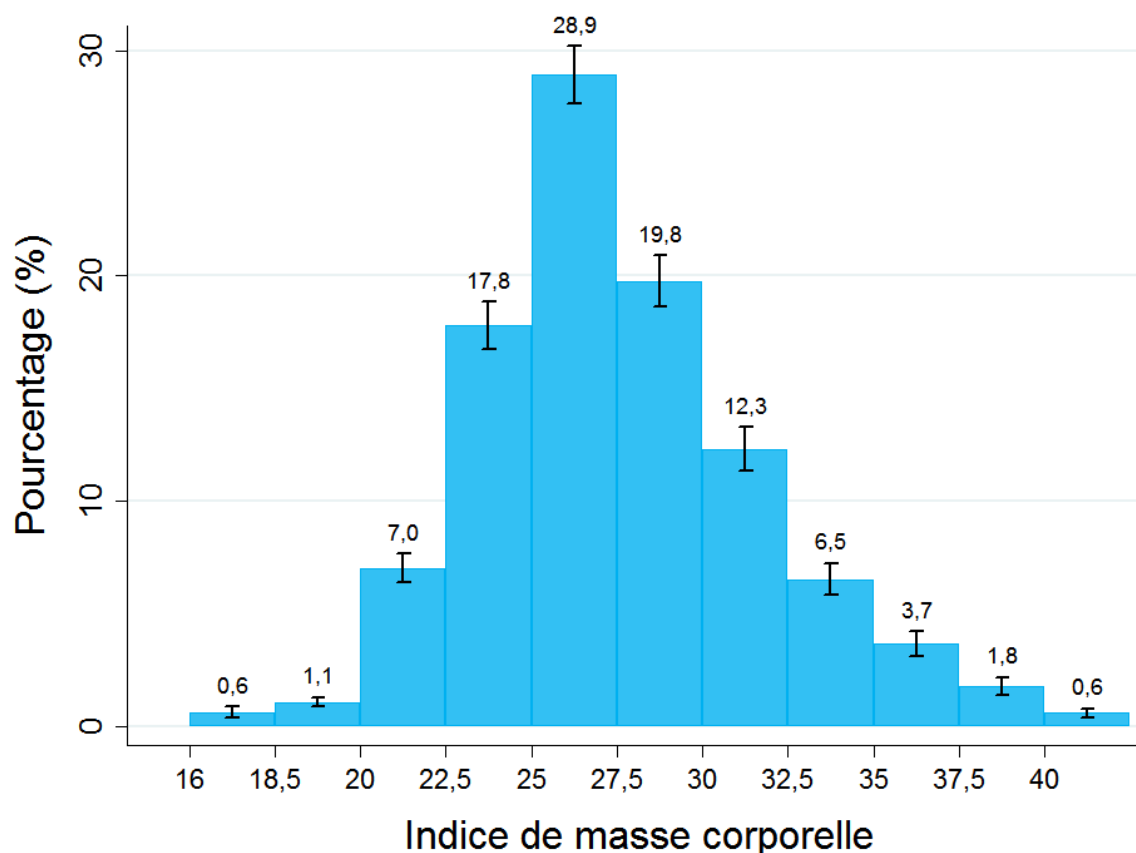


Figure 8-1 : Répartition de l'indice de masse corporelle parmi les membres de la Force régulière.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

La répartition des membres de la Force régulière selon les catégories d'IMC n'a pas changé par rapport à 2008-2009. Néanmoins, en 2013-2014, les membres de la Force régulière avaient plus de chances de se situer dans une catégorie d'IMC plus élevé qu'en 2004 (Tableau 8-2). Le pourcentage de militaires obèses s'est accru de 4,8 % depuis 2004 (Tableau 8-2). De plus, 6,1 % (IC à 95 % : 4,8 %, 7,6 %) des membres de la Force régulière souffraient d'obésité morbide (c.-à-d., $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$) en 2013-2014, comparativement à seulement 3,6 % (IC à 95 % : 2,7 %, 4,7 %) en 2004.

Tableau 8-2 : Classement des IMC des membres de la Force régulière par année de sondage

SSSV	Pourcentage (IC à 95 %) ^a			Rapport de cotes (IC à 95 %) ^b
	Poids normal	Surpoids	Obésité	
2004	30,2 (27,9-32,5)	49,6 (47,0-52,2)	20,2 (18,1-22,2)	0,79 (0,69, 0,91)
2008-2009	28,7 (25,4-32,1)	48,3 (44,6-52,0)	22,9 (19,8-26,1)	0,88 (0,74-1,05)
2013-2014	26,0 (23,7-28,3)	49,0 (46,2-51,7)	25,0 (22,6-27,4)	Référence

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

^b Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

En 2013-2014, les catégories d'IMC plus élevés étaient observées chez : (1) les militaires âgés de 30 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les hommes, comparativement aux femmes; et (3) les militaires du rang, comparativement aux officiers (Tableau 8-3). Il n'y avait pas de différence entre les éléments de service.

Tableau 8-3 : Habitudes alimentaires autodéclarées des membres de la Force régulière

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)			Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Poids normal	Surpoids	Obésité	
En général		26,0 (23,7-28,3)	49,0 (46,2-51,7)	25,0 (22,6-27,4)	
Âge (années)	18 à 39	33,6 (28,8-38,5)	47,3 (41,9-52,7)	19,0 (14,7-23,4)	Référence
	30 à 39	25,1 (20,9-29,3)	50,2 (44,8-55,5)	24,8 (20,0-29,5)	1,47 (1,11-1,93)
	40 à 49	21,5 (17,7-25,4)	47,4 (42,6-52,3)	31,0 (26,4-35,6)	1,91 (1,44-2,52)
	50 à 60	20,0 (16,4-23,6)	53,8 (49,2-58,4)	26,2 (22,1-30,3)	1,73 (1,34-2,25)
Sexe	Femmes	49,0 (45,5-52,6)	34,3 (30,9-37,7)	16,6 (13,9-19,3)	Référence
	Hommes	22,6 (20,1-25,2)	51,1 (48,0-54,3)	26,2 (23,5-29,0)	2,81 (2,30-3,42)
Grade	MR	24,0 (21,1-26,9)	49,0 (45,5-52,5)	27,0 (23,9-30,1)	Référence
	Officier	32,1 (28,9-35,3)	48,9 (45,3-52,5)	19,0 (16,1-22,0)	0,66 (0,55-0,79)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

Il est à noter que l'utilisation de l'IMC pour effectuer une estimation de la masse adipeuse peut avoir des limitations pour certains groupes, comme : (1) les jeunes adultes qui n'ont pas achevé leur croissance;



(2) les adultes qui ont une fine ossature; (3) les adultes avec une musculature très développée; (4) les adultes plus âgés (65 ans et plus); (5) les adultes très grands ou très petits; et (6) certains groupes ethniques ou raciaux (Santé Canada, 2003). De plus, l'IMC ne fournit pas d'information concernant la répartition de la masse adipeuse. La recherche montre qu'un excès de graisse abdominale en particulier est associé à des risques accrus pour la santé (Santé Canada, 2003). De plus, les données autodéclarées entraînent souvent une sous-estimation de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans une population (Booth, 2000; Roberts, 1995; Shields, 2008). Des données tirées de l'ESCC ont révélé que, lorsque les données sur la taille et le poids autodéclarés ont été validées par rapport aux données sur la taille et le poids mesurés, la prévalence de l'obésité avait été sous-estimée de près de 7 %. Une fois les résultats répartis selon le sexe, on a constaté que le taux d'obésité avait été sous-déclaré de 9 % chez les hommes et de 6 % chez les femmes (Connor-Gorber, 2010). En conséquence, le nombre de membres du personnel des FAC qui ont un surpoids ou qui sont obèses pourrait être sous-évalué en raison de la méthode de sondage utilisée.

8.2.2 Perception du poids corporel

L'autoperception du poids d'une personne pourrait influencer sur le comportement et les habitudes de cette dernière (p. ex., le temps passé à faire de l'exercice, les habitudes alimentaires et les activités sédentaires) [Jackson-Elmoore, 2007]. Dans le cadre du SSSV 2013-2014, on a demandé aux participants s'ils considéraient qu'ils étaient trop gros, trop maigres ou « à peu près comme il faut ».

Même si 74 % des membres de la Force régulière ont déclaré des IMC correspondant à une situation de surpoids ou d'obésité, seulement 45,8 % estimaient être en surpoids. La perception d'un surpoids était plus probable chez : (1) les militaires âgés de 30 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; et (2) les femmes, comparativement aux hommes (Tableau 8-4).

Tableau 8-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui estiment être en surpoids

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		45,8	(43,2-48,5)		
Âge (années)	18 à 39	31,5	(26,5-36,4)	Référence	
	30 à 39	45,0	(39,7-50,2)	1,78	(1,30-2,43)
	40 à 49	57,8	(53,0-62,7)	2,99	(2,21-4,04)
	50 à 60	56,4	(51,8-60,9)	2,81	(2,10-3,78)
Sexe	Femmes	53,3	(49,9-56,7)	Référence	
	Hommes	44,7	(41,6-47,7)	0,71	(0,59-0,85)

Des recherches précédentes ont déjà montré que chez les personnes ayant un IMC plus élevé que 25 kg/m², les hommes étaient moins susceptibles que les femmes de se percevoir comme étant en surpoids (Linder, 2010). Cet écart pourrait être attribuable, en partie, à une image de masse corporelle personnelle inexacte chez les hommes (Gardner, 2014), mais pourrait aussi être, en partie, attribuable à une masse musculaire élevée.

Certains individus en santé – les hommes en particulier – peuvent être classés comme ayant un surpoids en raison de leur masse musculaire élevée plutôt qu'en raison d'une masse adipeuse excessive. Par exemple,



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

seulement 41,6 % des hommes ayant un surpoids se percevaient comme ayant une masse adipeuse excessive, comparativement à 79,6 % des femmes en surpoids (Figure 8-2). Néanmoins, la vaste majorité des hommes et des femmes considérés comme obèses selon leur IMC estimaient avoir une masse adipeuse excessive (Figure 8-2). Une masse musculaire élevée pourrait, en conséquence, expliquer certains cas de surpoids chez les hommes, mais il est peu probable qu'elle ait une incidence dans les cas d'obésité chez les hommes ou chez les femmes. Ces résultats cadrent avec les conclusions de l'étude précédente sur le personnel des FAC, dans laquelle un tour de taille accru (≥ 102 cm chez les hommes et ≥ 88 cm chez les femmes) a été observé chez seulement 8 % des hommes en surpoids et chez 34 % des femmes en surpoids, et chez 67 % des hommes obèses et 88 % des femmes obèses (Bogaert, 2013).

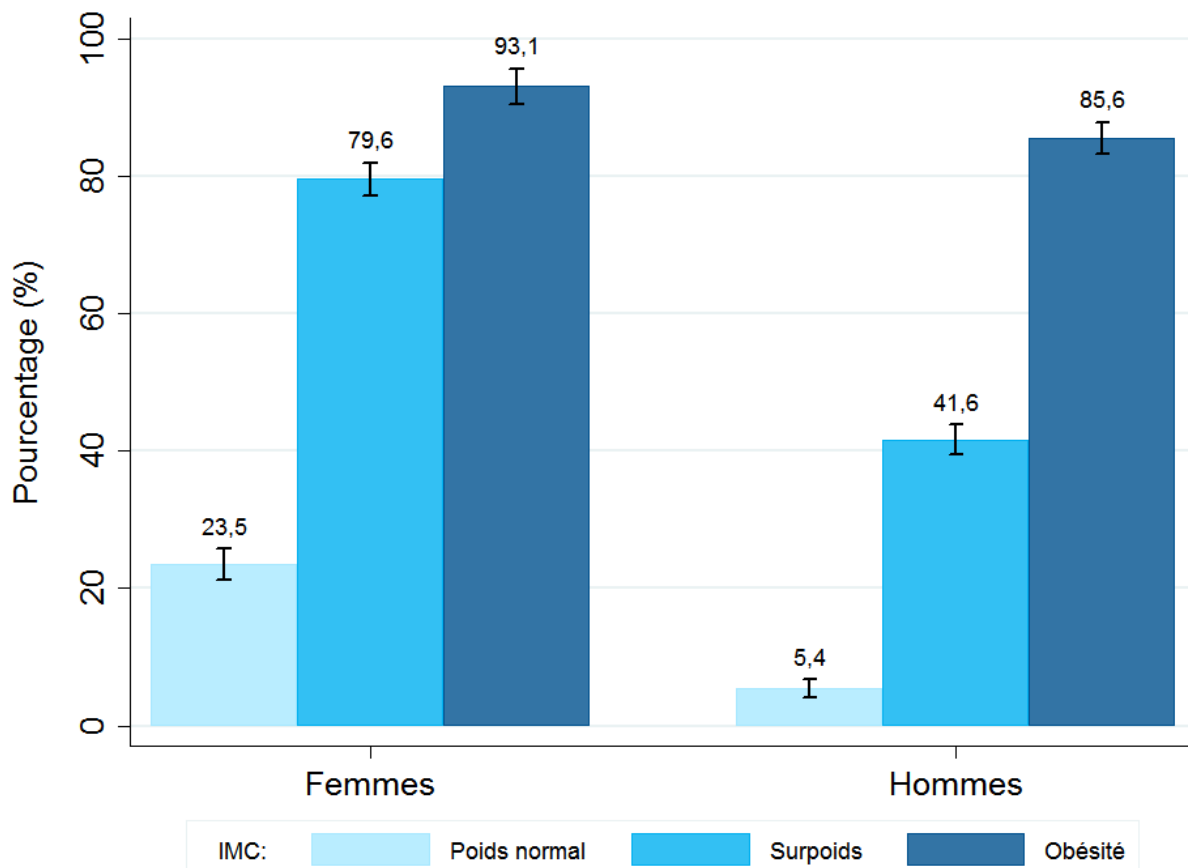


Figure 8-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui estimaient être en surpoids. IMC = indice de masse corporelle.

Dans une récente étude portant sur des adultes albertains, 87 % des hommes ayant un IMC de ≥ 25 kg/m² et un tour de taille accru estimaient être en surpoids, comparativement à 96 % des femmes ayant un IMC de ≥ 25 kg/m² et un tour de taille accru (Linder, 2010). La vaste majorité des hommes ayant des indications de masse adipeuse excessive estimaient donc être en surpoids. Néanmoins, il y a encore des différences entre les hommes et les femmes ayant une masse adipeuse excessive quant à l'exactitude de l'autoperception de leur masse adipeuse.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Il est aussi à noter que 23,5 % des femmes ayant un IMC sain estimaient être en surpoids (Figure 8-2). Ces résultats sont presque identiques aux résultats d'une étude prospective d'une cohorte d'adultes de l'Alberta, dans laquelle 25 % des femmes ayant un IMC sain estimaient être en surpoids (Linder, 2010). Compte tenu des effets possibles d'une mauvaise image corporelle sur des habitudes alimentaires saines, ces données pourraient justifier une enquête plus approfondie.

8.2.3 Objectifs liés au poids corporel

Plus de la moitié des membres du personnel de la Force régulière ont déclaré vouloir perdre du poids. Le désir de perdre du poids était plus probable chez : (1) les militaires âgés de 30 à 60 ans, comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; (3) les membres de la Force aérienne, comparativement aux membres de la Force terrestre; et (4) les militaires en surpoids ou obèses, comparativement aux militaires de poids normal (Tableau 8-5). Il n'y avait pas de différence selon le grade. Seulement 54,9 % des hommes qui font de l'embonpoint ont signalé qu'ils désiraient perdre du poids, par rapport à 89,3 % des femmes ayant un surpoids (Figure 8-3). Ce résultat pourrait être attribuable à une image de soi inexacte chez les hommes ou à une forte masse musculaire expliquant une partie des cas de surpoids parmi les hommes.

Tableau 8-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré souhaiter perdre du poids

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		55,5	(52,8-58,2)		
Âge (années)	18 à 39	44,2	(38,9-49,5)	Référence	
	30 à 39	53,2	(48,0-58,5)	1,44	(1,06-1,94)
	40 à 49	66,5	(61,8-71,1)	2,50	(1,85-3,37)
	50 à 60	65,4	(61,0-69,7)	2,38	(1,78-3,17)
Sexe	Femmes	65,5	(62,3-68,8)	Référence	
	Hommes	54,0	(50,9-57,0)	0,62	(0,51-0,75)
Élément de service	Force aérienne	61,5	(57,1-66,0)	Référence	
	Force maritime	55,7	(49,3-62,1)	0,79	(0,57-1,08)
	Force terrestre	51,8	(47,8-55,8)	0,67	(0,52-0,86)
Indice de masse corporelle	Poids normal	21,3	(17,8-24,9)	Référence	
	Surpoids	58,0	(54,0-62,0)	5,10	(3,89-6,70)
	Obésité	87,7	(83,8-91,5)	26,27	(17,37-39,72)



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

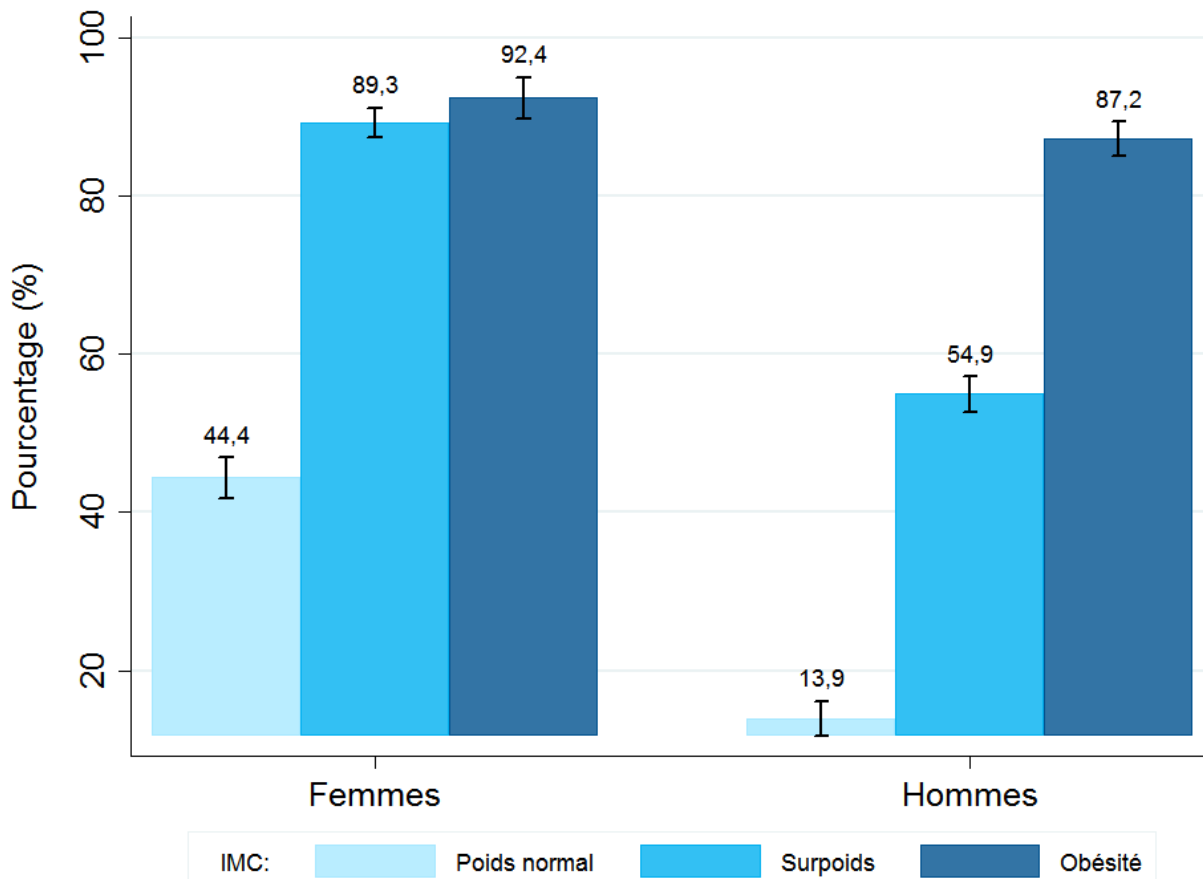


Figure 8-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré souhaiter perdre du poids.

Dans le même ordre d'idées, plus de la moitié de l'ensemble des membres de la Force régulière a déclaré vouloir réduire leur tour de taille. Le désir de perdre du tour de taille était plus probable pour : (1) les membres âgés de 40 à 60 ans, comparativement au personnel âgé de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; (3) le personnel de la Force aérienne, comparativement au personnel de la Force terrestre et de la Force maritime; et (4) le personnel souffrant de surpoids ou d'obésité, comparativement au personnel de poids normal (Tableau 8-6). Il n'y avait pas de différence selon le grade. Seulement 58,3 % des hommes qui font de l'embonpoint ont signalé qu'ils désiraient réduire leur tour de taille, par rapport à 84,8 % des femmes ayant un surpoids (Figure 8-4). Ce résultat pourrait également être attribuable à une image de soi inexacte chez les hommes ou à une forte masse musculaire expliquant une partie des cas de surpoids parmi les hommes.

Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière



Tableau 8-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré souhaiter réduire leur tour de taille

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		58,1	(55,4-60,8)		
Âge (années)	18 à 29	47,8	(42,5-53,2)	Référence	
	30 à 39	55,2	(50,0-60,5)	1,34	(0,99-1,82)
	40 à 49	68,8	(64,3-73,4)	2,41	(1,78-3,25)
	50 à 60	67,8	(63,5-72,1)	2,29	(1,72-3,07)
Sexe	Femmes	67,7	(64,5-70,9)	Référence	
	Hommes	56,6	(53,6-59,7)	0,62	(0,51-0,76)
Élément de service	Force aérienne	65,7	(61,4-70,1)	Référence	
	Force maritime	54,3	(47,9-60,7)	0,62	(0,45-0,86)
	Force terrestre	54,8	(50,8-58,9)	0,63	(0,49-0,82)
Indice de masse corporelle	Poids normal	28,8	(24,7-33,0)	Référence	
	Surpoids	60,6	(56,6-64,6)	3,80	(2,92-4,96)
	Obésité	85,0	(80,8-89,2)	13,93	(9,47-20,51)



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

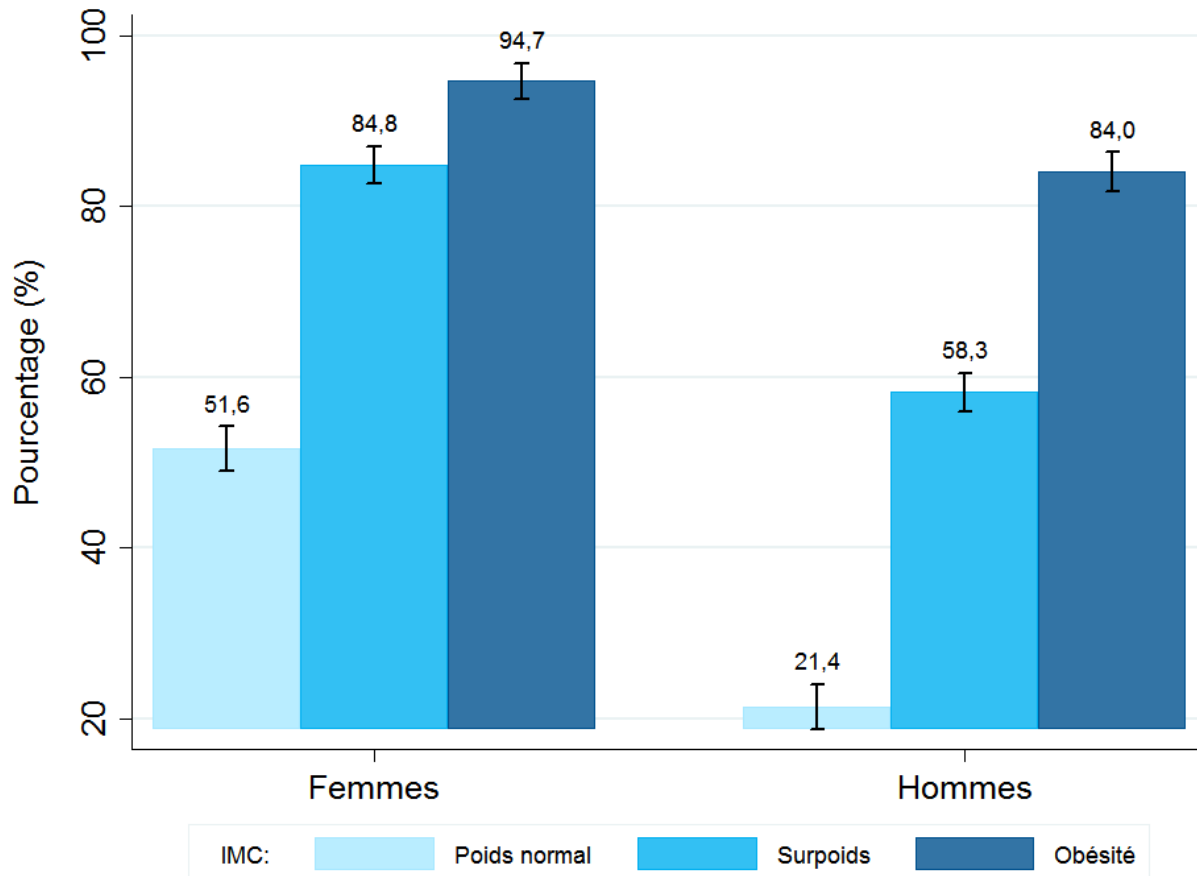


Figure 8-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré souhaiter réduire leur tour de taille.

La moitié de l'ensemble des membres de la Force régulière a déclaré souhaiter augmenter leur masse musculaire. Le désir d'augmenter sa masse musculaire était plus probable pour : (1) le personnel âgé de 18 à 29 ans, comparativement au personnel âgé de 30 à 60 ans; et (2) les membres de poids normal, comparativement aux personnes souffrant de surpoids ou d'obésité (Tableau 8-7). Il n'y avait pas de différence selon le sexe, le grade ou les éléments de service.



Tableau 8-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré souhaiter augmenter leur masse musculaire

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		50,9	(48,2-53,6)		
Âge (années)	18 à 29	63,9	(58,7-69,0)	Référence	
	30 à 39	54,1	(48,8-59,3)	0,67	(0,49-0,91)
	40 à 49	39,7	(35,1-44,3)	0,37	(0,28-0,50)
	50 à 60	34,3	(30,0-38,6)	0,30	(0,22-0,40)
Indice de masse corporelle	Poids normal	61,1	(56,3-66,0)	Référence	
	Surpoids	53,0	(49,0-57,0)	0,72	(0,55-0,93)
	Obésité	38,1	(32,5-43,8)	0,39	(0,29-0,54)

8.2.4 Mesures visant à perdre du poids

8.2.4.1 Perte de poids

Parmi les membres qui ont déclaré souhaiter perdre du poids, seulement 57,5 % avaient activement tenté d’y arriver au cours du dernier mois. Les femmes qui désiraient perdre du poids étaient plus susceptibles d’avoir essayé activement d’y arriver au cours du dernier mois que les hommes (Tableau 8-8). Il n’y avait pas de différence selon l’âge, le grade, les éléments de service ou la catégorie d’indice de masse corporelle.

Tableau 8-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont activement tenté de perdre du poids au cours du mois dernier parmi ceux qui ont déclaré désirer perdre du poids

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		57,5	(53,9-61,0)		
Sexe	Femmes	68,8	(64,7-72,7)	Référence	
	Hommes	55,3	(51,1-59,4)	0,56	(0,44-0,72)

Parmi les membres ayant signalé vouloir perdre du poids, 93,0 % (IC à 95 % : 91,0 %-94,6%) envisageaient sérieusement d’essayer de perdre du poids au cours des six prochains mois. Il n’y avait pas de différence selon l’âge, le sexe, le grade, les éléments de service ou la catégorie d’indice de masse corporelle. Il convient de souligner que seulement 59,6 % (IC de 95 % : 56,0 %; 63,2 %) des membres qui envisageaient sérieusement d’essayer de perdre du poids au cours des six prochains mois avaient déjà tenté de le faire au cours du dernier mois. Par conséquent, environ 19 000 membres de la Force régulière envisagent de perdre du poids dans un avenir proche, mais n’ont pas essayé de le faire récemment. Ces personnes pourraient éventuellement tirer avantage des campagnes de perte de poids visant les membres de la Force régulière qui sont prêts à commencer à essayer de perdre du poids, comme le Programme style de vie poids-santé offert par *Énergiser les Forces*.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

8.2.4.2 Maintien du poids

Parmi les membres qui ont déclaré souhaiter perdre du poids ou maintenir leur poids actuel, seulement 60 % avaient essayé d'éviter de prendre du poids au cours du dernier mois. Parmi les membres qui souhaitaient perdre du poids ou maintenir leur poids actuel, ceux qui étaient plus probables d'essayer activement d'éviter de prendre du poids au cours du dernier mois étaient : (1) les femmes, comparativement aux hommes; et (2) les membres souffrant d'obésité et d'embonpoint, comparativement aux personnes de poids normal (Tableau 8-9). Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le grade ou les éléments de service.

Tableau 8-9 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui tentaient activement d'éviter de prendre du poids au cours du dernier mois parmi les répondants ayant déclaré souhaiter perdre du poids ou maintenir leur poids actuel

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		60,0	(56,9-62,6)		
Sexe	Femmes	67,1	(63,5-70,6)	Référence	
	Hommes	58,7	(55,2-62,2)	0,70	(0,56-0,86)
Indice de masse corporelle	Poids normal	45,5	(39,7-51,5)	Référence	
	Surpoids	60,5	(56,2-64,8)	1,84	(1,36-2,48)
	Obésité	70,0	(64,1-75,3)	2,79	(1,95-4,01)

Plus de la moitié de tous les membres de la Force régulière avaient apparemment maintenu leur poids souhaité pendant plus de six mois. Le personnel plus probable d'avoir maintenu le poids souhaité pendant plus de six mois était : (1) le personnel de la Force maritime et de la Force terrestre, comparativement au personnel de la Force aérienne; et (2) le personnel de poids normal, comparativement au personnel souffrant d'embonpoint et d'obésité (Tableau 8-10). Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe ou le grade.

Tableau 8-10 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont maintenu leur poids souhaité pendant plus de six mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		56,6	(53,9-59,3)		
Élément de service	Force aérienne	50,1	(45,5-54,7)	Référence	
	Force maritime	63,1	(57,0-69,1)	1,70	(1,24-2,33)
	Force terrestre	58,8	(54,8-62,8)	1,42	(1,11-1,82)
Indice de masse corporelle	Poids normal	75,0	(70,6-79,5)	Référence	
	Surpoids	59,4	(55,4-63,3)	0,49	(0,36-0,65)
	Obésité	31,6	(26,2-37,0)	0,15	(0,11-0,22)



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

8.3 Alimentation et santé

Un régime alimentaire sain peut réduire le risque d'obésité et ainsi contribuer à prévenir le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, certains types de cancer et l'ostéoporose (Organisation mondiale de la santé, 2003b). Comme on pouvait s'y attendre, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique figurent parmi les principaux facteurs de mortalité au Canada. Il est établi que les comportements alimentaires, notamment le fait de sauter des repas, de manger à la hâte ou ailleurs qu'à la maison, la quantité ainsi que la fréquence des repas, ont tous une incidence modérément importante sur le bilan énergétique d'une personne (Ma, 2003). On dispose également de nombreuses preuves selon lesquelles le bilan énergétique d'une personne, lequel est défini comme étant la différence entre l'apport calorique et la dépense calorique, présente un lien direct et causal avec le surpoids et l'obésité.

8.3.1 Habitudes alimentaires autodéclarées

La majorité (83,3 %) des membres de la Force régulière ont déclaré que leurs habitudes alimentaires étaient bonnes, très bonnes ou excellentes. Les habitudes alimentaires autodéclarées sont demeurées inchangées depuis 2004 et 2008-2009. La déclaration de meilleures habitudes alimentaires était plus probable pour : (1) le personnel âgé de 40 à 60 ans, comparativement au personnel âgé de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; (3) les officiers, comparativement aux MR; et (4) les membres de poids normal, comparativement aux membres souffrant d'obésité et d'embonpoint (Tableau 8-11). Il n'y avait pas de différence entre les éléments de service.

Tableau 8-11 : Habitudes alimentaires autoévaluées des membres de la Force régulière

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)			Rapport de cotes	(IC à 95 %) ^a
		Passables/mauvaises	Bonnes	Très bonnes / excellentes		
En général		16,7 (14,5-18,8)	43,2 (40,5-45,9)	40,1 (37,5-42,7)		
Âge (années)	18 à 29	18,0 (13,7-22,2)	47,1 (41,8-52,4)	34,9 (30,0-39,8)	Référence	
	30 à 39	19,7 (15,4-24,0)	40,9 (35,7-46,1)	39,4 (34,4-44,4)	1,09	(0,83-1,45)
	40 à 49	13,5 (10,1-16,8)	43,6 (38,8-48,4)	42,9 (38,2-47,7)	1,39	(1,07-1,80)
	50 à 60	11,3 (8,4-14,2)	39,2 (34,7-43,6)	49,6 (45,0-54,1)	1,78	(1,37-2,30)
Sexe	Femmes	12,9 (10,5-15,3)	34,7 (31,4-38,0)	52,4 (48,9-55,8)	Référence	
	Hommes	17,3 (14,8-19,7)	44,5 (41,4-47,6)	38,2 (35,2-41,2)	0,59	(0,49-0,71)
Grade	MR	18,6 (15,9-21,4)	44,7 (41,2-48,1)	36,7 (33,4-39,9)	Référence	
	Officier	10,7 (8,4-13,0)	38,9 (35,4-42,4)	50,4 (46,8-54,0)	1,79	(1,48-2,16)
Indice de masse corporelle	Poids normal	11,1 (7,7-14,5)	36,1 (31,1-41,1)	52,8 (47,7-57,8)	Référence	
	Surpoids	12,6 (9,8-15,4)	44,8 (40,8-48,9)	42,6 (38,6-46,5)	0,70	(0,54-0,90)
	Obésité	30,9 (25,4-36,4)	48,5 (42,8-54,3)	20,5 (16,1-24,9)	0,24	(0,18-0,32)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

8.3.2 Repas sautés

L'habitude consistant à sauter des repas est un comportement alimentaire associé à une mauvaise alimentation, mais le processus de causalité derrière ce mécanisme n'est pas clairement compris. Intuitivement, on pourrait croire que la consommation d'un plus petit nombre de repas devrait se traduire par une diminution de l'apport calorique; cependant, une récente étude menée par O'Neil et ses collègues (2014) a révélé que le fait de sauter le déjeuner était associé à un régime alimentaire de mauvaise qualité ainsi qu'à un indice de masse corporelle et de tour de taille accru. Shaw (1998) a également montré que le fait de sauter des repas était lié à un plus faible apport en vitamines et en minéraux, à un apport accru en graisses et à un taux plus élevé de cholestérol sanguin.

Les membres de la Force régulière ont signalé avoir sauté, en moyenne, 3,1 repas au cours de la dernière semaine. Le nombre moyen de repas sautés au cours de la dernière semaine était plus élevé chez : (1) les MR que chez les officiers; et (2) les membres obèses que chez les membres de poids normal (Tableau 8-12). Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe ou les éléments de service.

Tableau 8-12 : Nombre moyen de repas sautés au cours de la dernière semaine parmi les membres de la Force régulière

Variable	Catégorie	Moyenne	(IC à 95 %)
En général		3,1	(2,8-3,3)
Grade	MR	3,3	(3,0-3,6) ^a
	Officier	2,3	(2,1-2,6) ^b
Indice de masse corporelle	Poids normal	2,6	(2,2-3,0) ^a
	Surpoids	3,1	(2,7-3,4)
	Obésité	3,5	(3,0-4,0) ^b

^a Catégorie de référence.

^b Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence, au niveau de confiance de 99 % ($p < 0,01$).

Le déjeuner était le repas le plus souvent sauté (Figure 8-5). En fait, la moitié (49,4 %) de tous les membres de la Force régulière n'avait pas déjeuné au moins une fois au cours de la dernière semaine et 42,4 % du personnel n'avait pas déjeuné au moins deux fois. Le fait de ne pas déjeuner au moins deux fois au cours de la dernière semaine était plus probable pour : (1) le personnel âgé de 18 à 29 ans, comparativement au personnel âgé de 50 à 60 ans; (2) les hommes, comparativement aux femmes; (3) les MR, comparativement aux officiers; et (4) le personnel obèse, comparativement au personnel de poids normal (Tableau 8-13). Il n'y avait pas de différence selon les éléments de service.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

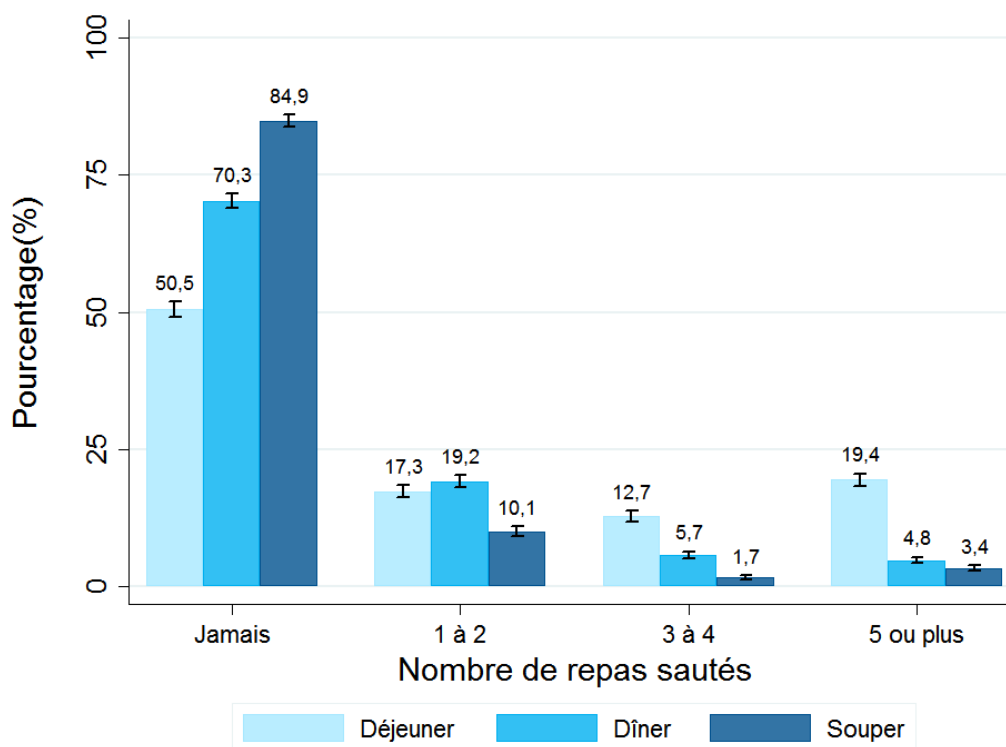


Figure 8-5 : Nombre de fois que le personnel de la Force régulière n'a pas déjeuné, dîné ou soupé au cours de la dernière semaine.

Tableau 8-13 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui n'ont pas déjeuné au moins deux fois au cours de la dernière semaine

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		42,4	(39,7-45,2)		
Âge (années)	18 à 29	46,6	(41,2-52,0)	Référence	
	30 à 39	44,3	(39,0-49,6)	0,91	(0,67-1,23)
	40 à 49	39,5	(34,7-44,3)	0,75	(0,56-1,00)
	50 à 60	32,2	(27,9-36,5)	0,54	(0,41-0,73)
Sexe	Femmes	32,9	(29,6-36,3)	Référence	
	Hommes	43,9	(40,8-47,1)	1,59	(1,31-1,94)
Grade	MR	46,4	(42,9-49,9)	Référence	
	Officier	30,7	(27,3-34,0)	0,51	(0,41-0,63)
Indice de masse corporelle	Poids normal	39,0	(33,9-44,1)	Référence	
	Surpoids	40,7	(36,6-44,8)	1,07	(0,82-1,41)
	Obésité	50,0	(44,2-55,9)	1,57	(1,14-2,15)



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

8.3.3 Mesures visant à modifier les habitudes alimentaires

Au cours de la dernière année, 20,2 % de tous les membres de la Force régulière avaient tenté d'améliorer ou de changer leurs habitudes alimentaires en demandant conseil en matière de nutrition ou en participant à un cours de nutrition. La recherche de ce type d'aide en vue d'avoir de meilleures habitudes alimentaires était plus probable pour : (1) le personnel âgé de 50 à 60 ans, comparativement au personnel de 18 à 29 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; (3) les MR, comparativement aux officiers; et (4) le personnel obèse, comparativement au personnel de poids normal (Tableau 8-14). Il n'y avait pas de différence selon les éléments de services ou les habitudes alimentaires autoévaluées.

Tableau 8-14 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a demandé conseil en matière de nutrition ou participé à un cours de nutrition au cours de la dernière année en vue d'améliorer ses habitudes alimentaires

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		20,2	(18,0-22,4)		
Âge (années)	18 à 29	18,2	(13,9-22,4)	Référence	
	30 à 39	19,5	(15,3-23,7)	1,09	(0,74-1,61)
	40 à 49	21,1	(17,1-25,1)	1,21	(0,83-1,75)
	50 à 60	26,0	(22,0-30,0)	1,58	(1,11-2,25)
Sexe	Femmes	25,3	(22,2-28,4)	Référence	
	Hommes	19,4	(16,9-21,9)	0,71	(0,57-0,90)
Grade	MR	21,6	(18,8-24,4)	Référence	
	Officier	16,0	(13,4-18,6)	0,69	(0,54-0,89)
Indice de masse corporelle	Poids normal	18,8	(14,9-22,7)	Référence	
	Surpoids	17,8	(14,7-21,0)	0,94	(0,67-1,31)
	Obésité	25,5	(20,5-30,5)	1,48	(1,03-2,14)

Il est important de souligner que les répondants à l'enquête n'ont évalué que leurs habitudes alimentaires actuelles, tout en signalant s'ils avaient demandé conseil en matière de nutrition ou participé à des cours de nutrition au cours de la dernière année. Par conséquent, les habitudes alimentaires des répondants au moment où ils ont demandé conseil en matière de nutrition ou participé à des cours de nutrition étaient inconnues. On ignore si les membres ayant de bonnes ou d'excellentes habitudes alimentaires qui ont cherché de l'aide pour améliorer leur régime alimentaire (18,5 % [IC à 95 % : 13,5 %-24,7 %]) au cours de la dernière année : (1) avaient déjà de très bonnes ou d'excellentes habitudes alimentaires avant de chercher de l'aide; ou (2) ont amélioré leurs habitudes alimentaires après avoir cherché de l'aide. Néanmoins, des efforts accrus pourraient être justifiés pour cibler les quelque 7 000 membres de la Force régulière ayant des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises qui n'ont pas cherché d'aide pour améliorer leur régime alimentaire au cours de la dernière année.



Les sources d'aide utilisées pour l'amélioration des habitudes alimentaires au cours de la dernière année les plus souvent mentionnées étaient les suivantes : (1) participer à un programme ou à un cours militaire en nutrition; (2) demander conseil en matière de nutrition à un prestataire de soins de santé autre qu'un diététiste; et (3) demander conseil en matière de nutrition à un diététiste dans une clinique médicale des FC (Tableau 8-15).

Tableau 8-15 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont tenté d'améliorer leurs habitudes alimentaires au cours de la dernière année en ayant recours à diverses méthodes

Mesures visant à améliorer les habitudes alimentaires	Pourcentage	(IC à 95 %)
Programme ou cours militaire en nutrition	8,6	(7,1-10,3)
Demande de conseils auprès d'un prestataire de soins de santé (qui n'est pas un diététiste)	7,1	(5,8-8,7)
Demande de conseils auprès d'un diététiste dans une clinique médicale des FC	4,9	(3,9-6,2)
Demande de conseils auprès d'un diététiste dans une installation civile	4,3	(3,3-5,5)
Programme ou cours civil en nutrition	3,4	(2,6-4,5)

8.3.4 Consommation de fruits et de légumes

Une consommation insuffisante de fruits et de légumes est corrélée à de nombreux problèmes de santé, notamment à des cancers et à des maladies cardiovasculaires (Crowe, 2015). Selon le Guide alimentaire canadien, les portions recommandées par jour de fruits et de légumes varient en fonction de l'âge et du sexe. Les femmes de 50 ans et moins devraient consommer de sept à huit portions par jour. Les hommes de 50 ans et moins devraient consommer de huit à dix portions par jour. Les personnes de plus de 50 ans devraient consommer sept portions par jour, quel que soit leur sexe (Santé Canada, 2007).

Plus de la moitié (52,2 %) de tout le personnel de la Force régulière sous-estime le nombre de portions recommandées par jour de fruits et de légumes. Autrement dit, 52,2 % de tous les membres de la Force régulière croient qu'ils pourraient manger moins de fruits et de légumes que ce qui est en fait recommandé pour leur âge et leur sexe et tout de même respecter les recommandations du Guide alimentaire canadien. La sous-estimation du nombre de portions quotidiennes de fruits et de légumes était plus probable pour : (1) le personnel âgé de 40 à 60 ans, comparativement au personnel âgé de 18 à 29 ans; et (2) les hommes, comparativement aux femmes (Tableau 8-16). Il n'y avait pas de différence selon le grade, les éléments de services, la catégorie d'indice de masse corporelle ou les habitudes alimentaires autodéclarées.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 8-16 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui sous-estiment le nombre recommandé de portions par jour de fruits et de légumes pour une personne de leur âge et de leur sexe

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		52,2	(48,6-55,8)		
Âge (années)	18 à 29	44,5	(37,2-51,8)	Référence	
	30 à 39	51,9	(44,8-59,0)	1,35	(0,89-2,03)
	40 à 49	58,8	(52,8-64,9)	1,79	(1,21-2,63)
	50 à 60	54,1	(48,2-60,0)	1,47	(1,01-2,15)
Sexe	Femmes	41,4	(37,3-45,4)	Référence	
	Hommes	54,6	(50,3-58,9)	1,70	(1,34-2,17)
Nombre de fois par jour où des fruits et des légumes ont été consommés	3 ou moins	59,2	(51,0-67,3)	Référence	
	3,01 à 6	58,6	(53,2-64,0)	0,98	(0,65-1,47)
	Plus de 6	42,4	(36,6-48,1)	0,51	(0,34-0,77)

8.3.4.1 Fréquence de consommation de fruits et de légumes

Les portions sont des quantités bien définies et se prêtent donc bien à des recommandations alimentaires. Par exemple, 125 ml de légumes-feuilles cuit, ou 250 ml de légumes-feuilles crus, représentent une portion de fruits et de légumes (Santé Canada, 2007). Cependant, peu de personnes peuvent se souvenir de façon exacte des quantités de fruits et de légumes qu'elles ont ingérées. Par conséquent, le SSSV 2013-2014 demandait aux répondants d'indiquer la fréquence à laquelle ceux-ci ingèrent des fruits et des légumes plutôt que le nombre de portions qu'ils consomment normalement.

Le nombre de portions de fruits et de légumes consommées par jour est étroitement lié au nombre de fois que les six aliments suivants étaient consommés : (1) jus de fruit; (2) fruits; (3) salade verte; (4) pommes de terre, à l'exception des frites et des croustilles; (5) carottes; et (6) autres légumes (Garriguet, 2009; Traynor, 2006). Des recherches indiquent que les Canadiens qui ne consomment des fruits et des légumes que trois fois par jour ou moins ont des régimes alimentaires plus mauvais que ceux qui consomment des fruits et des légumes plus de six fois par jour (Garriguet, 2009). Toutefois, ces seuils n'ont jamais été entièrement validés.

Il convient de souligner que le personnel qui mange des fruits et des légumes trois fois par jour ou moins avait davantage tendance à sous-estimer le nombre de portions de fruits et de légumes recommandé par jour, comparativement au personnel qui mangeait des fruits et des légumes plus de six fois par jour (Tableau 8-16). Le manque de connaissances des lignes directrices recommandées pourrait donc expliquer en partie pourquoi certains membres de la Force régulière mangeaient moins de fruits et de légumes que ce qu'ils devraient.

En moyenne, le personnel de la Force régulière consommait des fruits et des légumes 5,1 fois par jour (IC à 95 % : 4,9-5,4). Plus du quart (28,7 %) des membres mangeaient des fruits et des légumes plus de six fois par jour, tandis qu'un autre 28,3 % n'en consommaient que trois fois ou moins par jour. Le personnel de la Force régulière consommait plus fréquemment des fruits et des légumes en 2013-2014 qu'en 2004, mais moins fréquemment qu'en 2008-2009 (Tableau 8-17).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 8-17 : Nombre de fois que les membres de la Force régulière ont mangé des fruits et des légumes au cours d'une journée normale

SSSV	Pourcentage (IC à 95 %)						
	3 ou moins		3,01 à 6		Plus de 6		Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
2004	29,5	(27,1-31,8)	48,0	(45,4-50,6)	22,5	(20,3-24,6)	
2008-2009	24,4	(21,2-27,5)	43,7	(40,0-47,3)	32,0	(28,5-35,5)	1,20 (1,01-1,43)
2013-2014	28,3	(25,7-30,8)	43,0	(40,3-45,7)	28,7	(26,3-31,1)	Référence

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinaire; voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

Les fruits et les légumes étaient plus fréquemment consommés par : (1) le personnel âgé de 18 à 29 ans, comparativement au personnel âgé de 50 à 60 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; (3) les officiers, comparativement aux MR; (4) le personnel de poids normal, comparativement au personnel obèse; et (5) le personnel ayant de bonnes, de très bonnes ou d'excellentes habitudes alimentaires, comparativement au personnel ayant des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises (Tableau 8-18). Il n'y avait pas de différence selon les éléments de service. Le fait que seulement 28,7 % du personnel mangeait des fruits et des légumes plus de six fois par jour, mais que 83,3 % du personnel ait évalué ses habitudes alimentaires comme bonnes, très bonnes ou excellentes, laisse penser qu'il existe un manque de connaissances en matière de nutrition parmi les membres la Force régulière.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 8-18 : Nombre de fois que les membres de la Force régulière ont mangé des fruits et des légumes au cours d'une journée normale

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)			Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		3 ou moins	3,01 à 6	Plus de 6	
En général		28,3 (25,7-30,8)	43,0 (40,3-45,7)	28,7 (26,3-31,1)	
Âge (années)	18 à 29	28,5 (23,6-33,5)	35,8 (30,7-40,9)	35,7 (30,6-40,8)	Référence
	30 à 39	29,2 (24,3-34,1)	43,4 (38,2-48,7)	27,4 (22,9-31,8)	0,79 (0,59-1,07)
	40 à 49	27,7 (23,3-32,2)	46,5 (41,7-51,4)	25,7 (21,6-29,9)	0,79 (0,60-1,05)
	50 à 60	25,8 (21,8-29,8)	52,4 (47,8-56,9)	21,8 (18,2-25,5)	0,76 (0,58-0,99)
Sexe	Femmes	19,5 (16,8-22,3)	43,1 (39,6-46,5)	37,4 (34,0-40,7)	Référence
	Hommes	29,6 (26,7-32,5)	43,0 (40,0-46,1)	27,3 (24,6-30,1)	0,61 (0,51-0,73)
Grade	MR	31,0 (27,7-34,2)	42,4 (39,0-45,8)	26,6 (23,6-29,7)	Référence
	Officier	20,2 (17,2-23,1)	45,0 (41,4-48,5)	34,9 (31,5-38,3)	1,59 (1,32-1,91)
Indice de masse corporelle	Poids normal	23,8 (19,2-28,4)	41,2 (36,3-46,2)	35,0 (30,2-39,7)	Référence
	Surpoids	27,2 (23,5-30,8)	43,0 (39,0-47,0)	29,9 (26,2-33,6)	0,81 (0,63-1,04)
	Obésité	35,7 (30,1-41,4)	44,6 (38,8-50,3)	19,7 (15,2-24,3)	0,51 (0,38-0,68)
Habitudes alimentaires	Passables/ mauvaises	52,4 (45,2-59,7)	37,2 (30,2-44,2)	10,4 (5,7-15,1)	Référence
	Bonnes	33,7 (29,5-37,8)	44,1 (39,9-48,4)	22,2 (18,7-25,7)	2,28 (1,64-3,17)
	Très bonnes / excellentes	12,7 (9,9-15,5)	44,2 (40,2-48,3)	43,1 (39,1-47,1)	6,74 (4,83-9,41)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinaire. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

8.3.5 Compléments alimentaires

Au cours des 12 derniers mois, 74,7 % (IC à 95 % : 72,4 %; 77,0 %) de tous les membres de la Force régulière ont consommé des compléments alimentaires ou des boissons énergisantes au moins une fois. Les compléments alimentaires les plus utilisés par le plus grand pourcentage des membres de la Force régulière au cours des 12 derniers mois étaient les suivants : (1) les multivitamines; (2) les boissons énergisantes; et (3) les poudres de protéines (Figure 8-6).

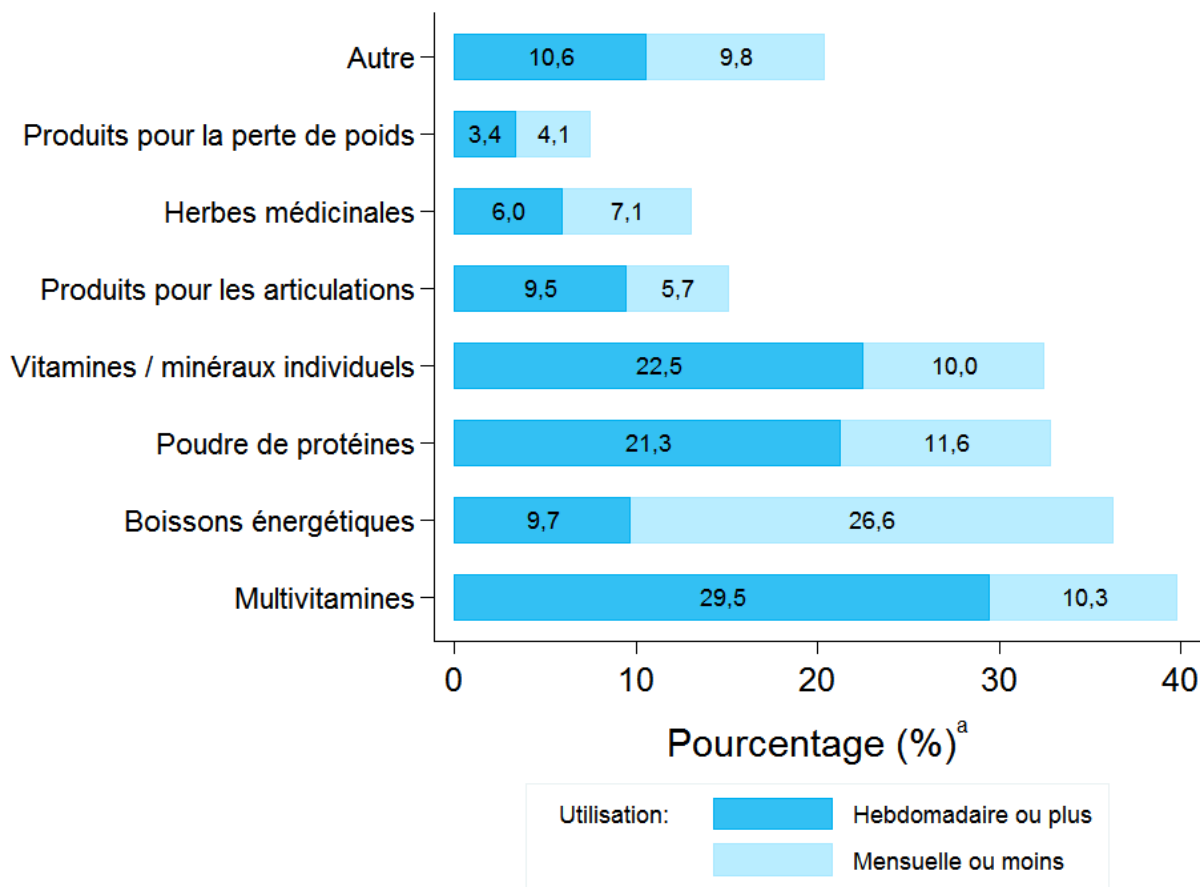


Figure 8-6 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consommé divers compléments alimentaires au cours des 12 derniers mois.

^a Les répondants pouvaient avoir consommé plus d'un type de complément; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Au cours des 12 derniers mois, 67,9 % (IC à 95 % : 65,0 %; 70,6 %) de tous les membres de la Force régulière avaient consommé des compléments alimentaires ou des boissons énergisantes au moins une fois par semaine. Les compléments alimentaires qui avaient été consommés au moins une fois par semaine par le plus grand pourcentage des membres de la Force régulière étaient les suivants : (1) les multivitamines; (2) les boissons énergisantes; et (3) les poudres de protéines (Figure 8-6). La déclaration de l'utilisation hebdomadaire de compléments alimentaires au cours des 12 derniers mois était plus probable pour : (1) le personnel âgé de 18 à 29 ans, comparativement au personnel âgé de 30 à 60 ans; (2) les femmes, comparativement aux hommes; (3) le personnel de la Force terrestre, comparativement au personnel de la Force aérienne; et (4) le personnel ayant de très bonnes ou d'excellentes habitudes alimentaires, comparativement au personnel ayant des habitudes alimentaires moyennes ou mauvaises (Tableau 8-19). Il n'y avait pas de différence selon le grade ou la catégorie d'indice de masse corporelle.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 8-19 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consommé des compléments alimentaires ou des boissons énergisantes au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		67,9 (65,1-70,6)	
Âge (années)	18 à 29	81,0 (76,2-85,8)	Référence
	30 à 39	68,6 (63,0-74,2)	0,51 (0,34-0,77)
	40 à 49	59,2 (53,9-64,5)	0,34 (0,23-0,50)
	50 à 60	56,7 (51,9-61,4)	0,31 (0,21-0,44)
Sexe	Femmes	77,6 (74,4-80,7)	Référence
	Hommes	66,2 (63,0-69,4)	0,57 (0,45-0,71)
Élément de service	Force aérienne	62,6 (57,6-67,6)	Référence
	Force maritime	67,8 (61,3-74,3)	1,26 (0,87-1,82)
	Force terrestre	71,2 (67,2-75,2)	1,48 (1,10-1,98)
Habitudes alimentaires	Passables/mauvaises	59,7 (51,5-68,0)	Référence
	Bonnes	67,7 (63,2-72,1)	1,41 (0,95-2,11)
	Très bonnes / excellentes	70,8 (66,8-74,8)	1,63 (1,10-2,43)

8.3.6 Services d'alimentation des Forces armées canadiennes

Les services d'alimentation des FAC et les installations d'entrepreneurs servent une variété de repas au personnel par l'intermédiaire de salles à manger et de cafétérias, de boîtes-repas, de rations et de distributeurs automatiques. Ces services offrent à la FAC une occasion unique d'avoir une influence sur le régime alimentaire de son personnel.

Au cours du dernier mois, les membres de la Force régulière ont mangé à des endroits civils beaucoup plus souvent qu'ils ont utilisé des services d'alimentation des FAC (Figure 8-7). Le fait de fournir au personnel les outils nécessaires pour faire des choix d'aliments sains à la maison et au restaurant pourrait donc avoir un impact plus grand sur l'alimentation de la Force régulière que de modifier les repas offerts par l'entremise des services alimentaires des FAC. Les services d'alimentation des FAC les plus souvent utilisés étaient : (1) les salles à manger et les cafétérias; (2) les boîtes-repas; et (3) les rations (Figure 8-7).

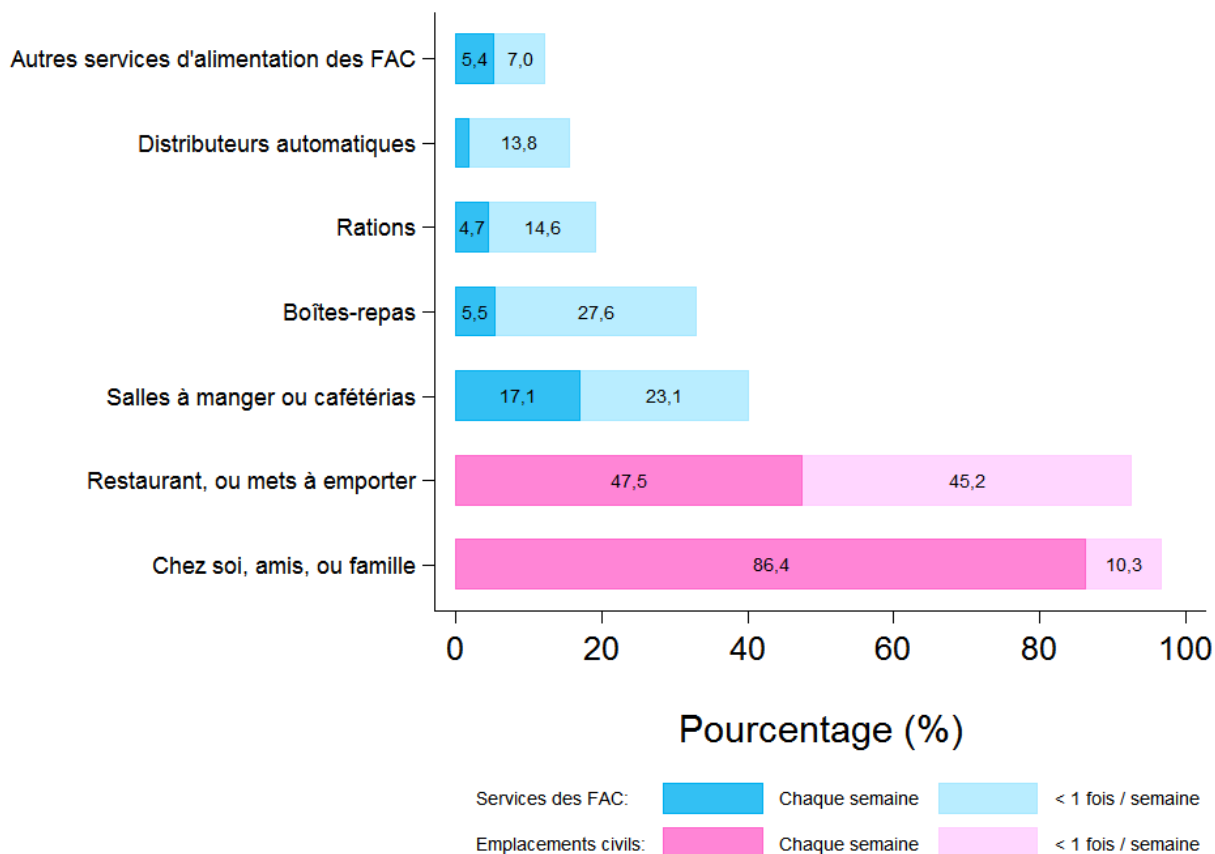


Figure 8-7 : Fréquence à laquelle le personnel de la Force régulière a mangé à divers endroits militaires et civils au cours du dernier mois.

8.3.6.1 Salles à manger et cafétérias des FAC

Au cours du dernier mois, 17,1 % de tout le personnel de la Force régulière a déclaré avoir mangé au moins une fois par semaine dans une salle à manger ou une cafétéria des FAC. Prendre son repas une fois par semaine dans une salle à manger ou une cafétéria des FAC était plus probable pour : (1) le personnel âgé de 18 à 29 ans, comparativement au personnel âgé de 30 à 60 ans; (2) les hommes, comparativement aux femmes; et (3) les membres de la Force maritime, comparativement au personnel de la Force aérienne et de la Force terrestre (Tableau 8-20). Il n’y avait pas de différence selon le grade, la catégorie d’indice de masse corporelle ou les habitudes alimentaires autodéclarées.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 8-20 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont mangé dans une salle à manger ou une cafétéria des Forces armées canadiennes au moins une fois par semaine au cours du dernier mois

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		17,1 (15,1-19,2)	
Âge (années)	18 à 29	23,7 (19,2-28,2)	Référence
	30 à 39	15,2 (11,4-19,0)	0,58 (0,39-0,85)
	40 à 49	14,7 (11,2-18,2)	0,56 (0,38-0,81)
	50 à 60	11,6 (8,6-14,6)	0,42 (0,29-0,62)
Sexe	Femmes	12,3 (10,1-14,6)	Référence
	Hommes	17,9 (15,5-20,3)	1,55 (1,19-2,02)
Élément de service	Force aérienne	12,6 (9,6-15,5)	Référence
	Force maritime	35,6 (29,3-42,0)	3,86 (2,63-5,67)
	Force terrestre	13,2 (10,5-15,9)	1,06 (0,74-1,51)

Dans l'ensemble, 68,2 % du personnel de la Force régulière était satisfait des aliments sains offerts¹⁵ dans les salles à manger et les cafétérias des FAC. Les niveaux de satisfaction étaient susceptibles d'être plus élevés : (1) chez le personnel âgé de 50 à 60 ans que chez personnel âgé de 18 à 29 ans; et (2) chez les hommes que chez les femmes (Tableau 8-21). Il n'y avait pas de différence selon le grade ou les éléments de service.

¹⁵ Selon les instructions données aux participants du SSSV, les aliments sains étaient définis comme étant : les fruits et les légumes; les aliments de grains entiers et riches en fibres; les produits laitiers faibles en gras; les légumineuses, le poisson et les viandes maigres; et les aliments faibles en gras saturés, en gras trans, en sucres ajoutés et en sel ajoutés.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 8-21 : Niveaux de satisfaction du personnel de la Force régulière à l'égard des aliments sains offerts dans les salles à manger et les cafétérias des Forces armées canadiennes

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)				Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Insatisfait	Neutre	Satisfait		
En général		13,9 (11,6-16,3)	17,8 (15,2-20,4)	68,2 (65,0-71,4)		
Âge (années)	18 à 29	17,3 (12,5-22,0)	15,3 (10,9-19,6)	67,5 (61,6-73,3)	Référence	
	30 à 39	15,2 (10,7-19,6)	19,5 (14,3-24,6)	65,4 (59,3-71,4)	0,95 (0,65-1,39)	
	40 à 49	10,0 (6,3-13,7)	19,1 (14,1-24,1)	70,9 (65,1-76,6)	1,27 (0,86-1,85)	
	50 à 60	8,4 (5,1-11,6)	17,0 (12,5-21,5)	74,6 (69,4-79,8)	1,52 (1,04-2,22)	
Sexe	Femmes	19,8 (16,2-23,4)	21,8 (18,1-25,5)	58,5 (54,0-62,9)	Référence	
	Hommes	13,1 (10,4-15,7)	17,3 (14,3-20,2)	69,6 (66,0-73,2)	1,63 (1,28-2,08)	

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

8.3.6.2 Boîtes-repas

Les boîtes-repas sont des repas frais préparés et emballés quotidiennement par les cuisiniers militaires des bases et des escadres. Les membres de la Force régulière ont droit à des boîtes-repas lorsque leurs tâches les empêchent d'avoir facilement accès à d'autres types de repas. Au cours du dernier mois, 5,5 % de tout le personnel de la Force régulière a déclaré avoir consommé des boîtes-repas au moins une fois par semaine. La consommation des boîtes-repas au moins une fois par semaine était plus probable pour : (1) les hommes, comparativement aux femmes; et (2) les officiers, comparativement aux MR (Tableau 8-22). Il n'y avait pas de différence selon l'âge, l'élément de service, la catégorie d'indice de masse corporelle ou les habitudes alimentaires autodéclarées.

Tableau 8-22 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consommé au moins une fois par semaine des boîtes-repas au cours du dernier mois

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		5,5 (4,3-6,8)	
Sexe	Femmes	2,7 (1,6-3,8)	Référence
	Hommes	6,0 (4,5-7,4)	2,30 (1,41-3,75)
Grade	MR	4,5 (3,0-6,1)	Référence
	Officier	8,6 (6,5-10,8)	1,99 (1,28-3,11)

Dans l'ensemble, 34,9 % du personnel de la Force régulière était satisfait des aliments sains offerts dans les boîtes-repas. Les niveaux de satisfaction étaient susceptibles d'être plus élevés : (1) chez le personnel



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

âgé de 40 à 60 ans que chez le personnel âgé de 18 à 29 ans; et (2) chez les hommes que chez les femmes (Tableau 8-23). Il n'y avait pas de différence selon le grade ou les éléments de service.

Tableau 8-23 : Niveaux de satisfaction du personnel de la Force régulière à l'égard des aliments sains offerts dans les boîtes-repas

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)						Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Insatisfait		Neutre		Satisfait		
En général		38,4	(35,0-41,8)	26,7	(23,6-29,8)	34,9	(31,6-38,2)	
Âge (années)	18 à 29	42,5	(36,4-48,7)	21,7	(16,6-26,7)	35,8	(29,7-41,8)	Référence
	30 à 39	42,1	(35,9-48,2)	29,8	(24,0-35,7)	28,1	(22,4-33,8)	0,87 (0,62-1,21)
	40 à 49	31,2	(25,1-37,3)	27,6	(21,6-33,7)	41,2	(34,5-47,8)	1,44 (1,02-2,05)
	50 à 60	24,4	(18,8-30,0)	28,8	(22,8-34,8)	46,8	(40,2-53,5)	1,88 (1,33-2,66)
Sexe	Femmes	46,0	(41,3-50,7)	26,6	(22,5-30,8)	27,4	(23,2-31,5)	Référence
	Hommes	37,4	(33,6-41,1)	26,7	(23,2-30,2)	35,9	(32,2-39,6)	1,45 (1,16-1,82)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinaire. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

8.3.6.3 Rations

Les rations sont des denrées non périssables que transporte le personnel de la Force régulière qui travaille dans des environnements où aucun autre type de repas n'est offert. Au cours du dernier mois, 4,7 % de tout le personnel de la Force régulière a déclaré consommer des rations au moins une fois par semaine. La consommation des rations au moins une fois par semaine était plus probable pour : (1) le personnel âgé de 18 à 29 ans, comparativement au personnel âgé de 30 à 60 ans; (2) les hommes, comparativement aux femmes; et (3) le personnel de la Force maritime et de la Force terrestre, comparativement au personnel de la Force aérienne (Tableau 8-24). Il n'y avait pas de différence selon le grade.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 8-24 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consommé des rations au moins une fois par semaine au cours du dernier mois

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		4,7 (3,5-6,0)	
Âge (années)	18 à 29	7,1 (4,3-10,0)	Référence
	30 à 60	3,8 (2,6-5,4)	0,51 (0,29-0,91)
Sexe	Femmes	2,4 (1,3-3,4)	Référence
	Hommes	5,1 (3,6-6,6)	2,21 (1,29-3,80)
Élément de service	Force aérienne	1,2 (0,2-2,1) ^a	Référence
	Force maritime	5,5 (2,5-8,6)	4,86 (1,80-13,16)
	Force terrestre	6,5 (4,4-8,7)	5,84 (2,42-14,08)

^a Moins de 20 observations non pondérées; l'estimation peut être instable; interprétez avec prudence.

Dans l'ensemble, 31,3 % du personnel de la Force régulière était satisfait des aliments sains offerts dans les rations. Les niveaux de satisfaction étaient susceptibles d'être plus élevés : (1) chez le personnel âgé de 30 à 60 ans que chez le personnel âgé de 18 à 29 ans; (2) chez les hommes que chez les femmes; et (3) chez le personnel de la Force maritime que chez le personnel de la Force aérienne (Tableau 8-25). Il n'y avait pas de différence selon le grade.

Tableau 8-25 : Niveaux de satisfaction du personnel de la Force régulière à l'égard des aliments sains offerts dans les rations

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)			Rapport (IC à de cotes 95 %) ^a
		Insatisfait	Neutre	Satisfait	
En général		33,5 (29,8-37,1)	35,2 (31,5-39,0)	31,3 (27,7-34,9)	
Âge (années)	18 à 29	44,4 (37,5-51,4)	33,1 (26,6-39,6)	22,4 (16,5-28,4)	Référence
	30 à 39	34,3 (27,6-41,0)	36,1 (29,2-43,0)	29,6 (23,0-36,2)	1,51 (1,04-2,20)
	40 à 49	21,9 (16,0-27,7)	38,7 (31,3-46,0)	39,5 (32,2-46,8)	2,51 (1,73-3,66)
	50 à 60	16,6 (11,0-22,3)	28,8 (21,7-35,9)	54,6 (46,7-62,4)	4,25 (2,80-6,46)
Sexe	Femmes	48,9 (43,7-54,1)	31,2 (26,4-36,0)	19,9 (15,8-24,1)	Référence
	Hommes	31,3 (27,2-35,4)	35,8 (31,5-40,0)	32,9 (28,8-36,9)	2,05 (1,59-2,66)
Élément de service	Force aérienne	33,5 (26,3-40,7)	39,0 (31,2-46,8)	27,6 (20,4-34,7)	Référence
	Force maritime	21,2 (13,0-29,5)	42,8 (32,2-53,4)	36,0 (26,0-45,9)	1,57 (1,03-2,41)
	Force terrestre	36,2 (31,4-41,0)	32,5 (27,8-37,2)	31,3 (26,7-35,8)	1,02 (0,73-1,42)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinaire. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

8.3.6.4 Distributeurs automatiques

Seulement 2,0 % (IC à 95 % : 1,3 %-3,0 %) du personnel de la Force régulière avait consommé un produit des distributeurs automatiques situés sur les bases ou les escadres au moins une fois par semaine au cours du dernier mois. Trop peu de répondants ont déclaré avoir consommé au moins une fois par semaine un produit des distributeurs automatiques pour permettre de faire des comparaisons valables en fonction de caractéristiques démographiques.

Dans l'ensemble, 8,7 % du personnel de la Force régulière était satisfait des aliments santé offerts dans les machines distributrices des FAC. Les niveaux de satisfaction étaient susceptibles d'être plus élevés : (1) chez les membres du personnel de 50 à 60 ans que chez ceux de 18 à 29 ans; (2) chez les hommes que chez les femmes; et (3) chez les MR que chez les officiers (Tableau 8-26). Il n'y avait pas de différence entre les éléments de service.

Tableau 8-26 : Niveaux de satisfaction du personnel de la Force régulière à l'égard des aliments santé offerts dans les machines distributrices des Forces armées canadiennes

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)			Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Insatisfait	Neutre	Satisfait	
En général		59,0 (54,8-63,3)	32,2 (28,1-36,3)	8,7 (6,3-11,2)	
Âge (années)	18 à 29	59,5 (52,2-66,9)	30,0 (23,1-36,9)	10,5 (5,5-15,4)	Référence
	30 à 39	64,1 (56,5-71,6)	30,6 (23,3-38,0)	5,3 (1,9-8,7)	0,78 (0,50-1,21)
	40 à 49	53,4 (44,9-61,9)	37,0 (28,7-45,3)	9,5 (4,3-14,8)	1,22 (0,77-1,92)
	50 à 60	45,9 (37,1-54,8)	37,4 (28,8-46,0)	16,7 (10,0-23,3)	1,77 (1,10-2,86)
Sexe	Femmes	72,8 (67,9-77,7)	21,5 (17,0-26,0)	5,7 (3,1-8,3)	Référence
	Hommes	57,0 (52,2-61,9)	33,8 (29,2-38,4)	9,2 (6,4-11,9)	1,99 (1,45-2,73)
Grade	MR	57,3 (51,9-62,6)	32,9 (27,7-38,0)	9,9 (6,8-13,0)	Référence
	Officier	64,7 (59,3-70,1)	30,2 (25,1-35,4)	5,0 (2,5-7,6)	0,70 (0,52-0,96)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

8.3.6.5 Options alimentaires dans la population civile

Au cours du dernier mois, 86,4 % (IC à 95 % : 84,4 %-88,2 %) de tous les membres de la Force régulière ont mangé au moins une fois par semaine à la maison ou chez des amis ou des membres de la famille. Ce pourcentage ne variait pas selon l'âge, le sexe, le grade, l'élément de service, la catégorie d'IMC ou les habitudes alimentaires autodéclarées.

Au cours du dernier mois, 47,5 % de tout le personnel de la Force régulière a mangé au moins une fois par semaine à un restaurant. Manger au restaurant chaque semaine est plus probable : (1) pour les militaires de 18 à 29 ans que ceux de 40 à 60 ans; (2) pour les hommes que les femmes; (3) pour les officiers que les MR;



et (4) pour les militaires dont les habitudes alimentaires sont passables ou mauvaises que ceux dont les habitudes alimentaires sont bonnes, très bonnes ou excellentes (Tableau 8-27). Il n’y avait pas de différence selon les éléments de service ou la catégorie d’IMC.

Tableau 8-27 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont mangé au moins une fois par semaine à un restaurant au cours du dernier mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		47,5	(44,8-50,2)		
Âge (années)	18 à 29	53,5	(48,1-58,8)	Référence	
	30 à 39	48,7	(43,5-54,0)	0,83	(0,61-1,12)
	40 à 49	42,3	(37,5-47,1)	0,64	(0,48-0,85)
	50 à 60	40,4	(35,9-44,9)	0,59	(0,44-0,79)
Sexe	Femmes	42,6	(39,2-46,0)	Référence	
	Hommes	48,3	(45,1-51,4)	1,26	(1,04-1,52)
Grade	MR	44,8	(41,3-48,2)	Référence	
	Officier	55,7	(52,1-59,3)	1,55	(1,27-1,90)
Habitudes alimentaires	Passables/mauvaises	69,4	(62,8-76,1)	Référence	
	Bonnes	50,1	(45,8-54,4)	0,44	(0,31-0,63)
	Très bonnes / excellentes	35,5	(31,6-39,5)	0,24	(0,17-0,35)

8.4 Conclusion

Selon la grandeur et le poids autodéclarés, 49 % des membres du personnel ont été classés comme ayant un surpoids et 25 %, comme étant obèses. Une masse musculaire élevée pourrait représenter une proportion d’IMC se situant dans la catégorie « surpoids », mais il est peu probable qu’elle soit responsable des nombreuses personnes dont l’IMC se situe dans la catégorie « obèse ». Le pourcentage des membres obèses de la Force régulière a augmenté par rapport à celui de 2004. Ce pourcentage a également augmenté de 2008-2009 à 2013-2014, mais la différence, mesurée sur une période plus courte, n’était pas statistiquement importante.

Plus de la moitié des membres du personnel de la Force régulière ont déclaré vouloir perdre du poids. Parmi eux, seulement 57,5 % avaient essayé activement de perdre du poids au cours du dernier mois, mais 93 % envisageaient sérieusement de le faire au cours des six prochains mois. Des campagnes pour perdre du poids visant les membres de la Force régulière qui sont prêts à commencer à essayer de perdre du poids pourraient, par conséquent, avoir un effet positif sur de nombreuses personnes.

La majorité (83,3 %) des membres de la Force régulière ont déclaré que leurs habitudes alimentaires étaient bonnes, très bonnes ou excellentes. Toutefois, seulement 28,7 % des membres ont dit manger des fruits et des



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

légumes plus de six fois par jour – un indicateur d’une alimentation saine. De plus, 42,4 % des membres avaient sauté le déjeuner au moins deux fois au cours de la dernière semaine, et 52,2 % sous-estimaient les recommandations du Guide alimentaire canadien en ce qui concerne la consommation de fruits et de légumes. L’écart entre les habitudes alimentaires autoévaluées et d’autres indicateurs de qualité de l’alimentation suggère qu’il existe une lacune importante sur le plan des connaissances en matière de nutrition parmi les membres du personnel de la Force régulière.

Au cours du dernier mois, les membres de la Force régulière ont mangé à des endroits civils beaucoup plus souvent qu’ils ont utilisé les services d’alimentation des FAC. Le fait de fournir au personnel les outils nécessaires pour faire des choix d’aliments sains à la maison et au restaurant pourrait donc avoir un impact plus grand sur l’alimentation de la Force régulière que de modifier les repas offerts par l’entremise des services alimentaires des FAC.

8.5 Références

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. INSTITUT CANADIEN D’INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Obésité au Canada*, 2011. Sur Internet : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf>>.

BOGAERT, L., H. HAWES et J. WHITEHEAD. *Associations Between Excess Body Weight and Risk Factors for Cardiovascular Disease Among Canadian Armed Forces Men and Women*, Edmonton (Canada), 2013. Présenté à l’occasion du Forum de l’Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans de 2013.

BOOTH, M.L., C. HUNTER, C.J. GORE, A. BAUMAN et N. OWEN. « The relationship between body mass index and waist circumference: implications for estimates of the population prevalence of overweight », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, vol. 24, n° 8, 2000, p. 1058-1061.

BURKHALTER, T.M., et C.H. HILLMAN. « A narrative review of physical activity, nutrition, and obesity to cognition and scholastic performance across the human lifespan », *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, vol. 2, n° 2, 2011, p. 201S-206S.

CALLE, E.E., M.J. THUN, J.M. PETRELLI, C. RODRIGUEZ et C.W. HEATH. « Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults », *New England Journal of Medicine*, vol. 341, n° 15, 1999, p. 1097-1105.

CANADA. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*, le ministère, 2007. N° H164-38 au catalogue. Sur Internet : <<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php>>.

CANADA. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, 2003. N° H49-179/2003F au catalogue. Sur Internet : <<http://publications.gc.ca/collections/Collection/H49-179-2003F.pdf>>.

CONNOR-GORBER, S. et M.S. TREMBLAY. « The bias in self-reported obesity from 1976 to 2005: a Canada-US comparison », *Obesity*, vol. 18, n° 2, 2010, p. 354-361.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

CROWE, F.L. « Fruit and vegetable consumption is associated with reduced all-cause and cardiovascular mortality », *Evidence-Based Medicine*, vol. 20, 2015, p. 14.

GARDNER, R.M. « Weight status and the perception of body image in men », *Psychology Research and Behavior Management*, vol. 7, 2014, p. 175-184.

GARRIGUET, D. « La qualité de l'alimentation au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 3, 2009, p. 41-52.

JACKSON-ELMOORE, C. « Self-perceived weight status and exercise adequacy », *Health Education Research*, vol. 22, n° 4, 2007, p. 588-598.

LINDER, J., L. MCLAREN, G. LO SIOU, I. CSIZMADI et P.J. ROBSON. « The epidemiology of weight perception: perceived versus self-reported actual weight status among Albertan adults », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 101, 2010, p. 56-60.

MA, Y., E.R. BERTONE, E.J. STANEK, G.W. REED, J.R. HEBERT, N.L. COHEN et coll. « Association between eating patterns and obesity in a free-living US adult population », *American Journal of Epidemiology*, vol. 158, 2003, p. 85-92.

MARCOS, A., E. NOVA et A. MONTERO. « Changes in the immune system are conditioned by nutrition », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 57, 2003, p. S66-S69.

O'NEIL, C.E., T.A. NICKLAS et V.L. FULGONI. « Nutrient intake, diet quality, and weight/adiposity parameters in breakfast patterns compared with no breakfast in adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2008 », *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, vol. 114, n° 12, 2014, p. S27-S43.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: Obesity and Overweight*, 2003. Sur Internet : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_obesity.pdf>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques : rapport d'une consultation OMS/FAO d'experts », *Série de Rapports techniques*, n° 916, 2003. Sur Internet : <<http://www.fao.org/wairdocs/who/ac911f/ac911f00.htm>>.

ROBERTS, R.J. « Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? », *Public Health*, vol. 109, n° 4, 1995, p. 275-284.

SHAW, M.E. « Adolescent breakfast skipping: an Australian study », *Adolescence*, vol. 33, n° 132, 1998, p. 851-861.

SHIELDS, M., S. CONNOR-GORBER et M.S. TREMBLAY. *Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes*, Statistique Canada, 2008. N° 82-003-X-2008002 au catalogue. Sur Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008002/article/10569-fra.pdf>>.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

TRAYNOR, M.M., P.H. HOLOWATY, D.J. REID et K. GRAY-DONALD. « Vegetable and fruit food frequency questionnaire serves as a proxy for quantified intake », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, n° 4, 2006, p. 286-290.

WANG, Y.C., K. MCPHERSON, T. MARSH, S.L. GORTMAKER et M. BROWN. « Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK », *Lancet*, vol. 378, n° 9793, 2011, p. 815-825.





Chapitre 9 – Toxicomanie et jeu

9.1 Introduction

La consommation de substances telles que le tabac, l'alcool et les drogues récréatives peut avoir des effets nocifs à court et à long terme sur la santé, y compris des dépendances physiques et psychologiques. De même, le jeu pathologique peut avoir des effets sur la santé et le bien-être. La toxicomanie et le jeu sont des comportements modifiables et les changements même minimes apportés à ces comportements négatifs peuvent grandement améliorer l'état de santé d'une population (Rose, 1992). La quantification de la toxicomanie et du jeu au sein du personnel de la Force régulière peut éclairer l'élaboration de programmes et de politiques ciblés dans le domaine de la promotion de la santé qui pourraient se traduire par des avantages importants pour les Forces armées canadiennes (FAC).

Le SSSV 2013-2014 a interrogé les participants sur leur consommation de produits du tabac, d'alcool et de drogues à des fins non médicales. On leur a également demandé de décrire leurs récentes activités liées au jeu.

9.2 Tabagisme

Le tabagisme est la cause première de décès évitable et, au plan mondial, il est responsable de six millions de décès par année (OMS, 2015). Le tabagisme a une incidence sur chaque organe du corps et il est associé à une variété de conséquences négatives sur la santé, y compris le décès prématuré (Jha, 2009). La consommation des produits du tabac est associée à des taux plus élevés de cancer, de maladies cardiaques, d'accidents cérébraux vasculaires, de maladies respiratoires chroniques et de diabète, et à la diminution de la capacité de reproduction (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Les taux de tabagisme ont diminué au cours des trois dernières décennies, bien que des rapports récents suggèrent que cette baisse pourrait connaître un ralentissement (Reid, 2015). Les résultats de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues ont révélé qu'en 2013, 14,6 % de tous les Canadiens âgés de 15 ans et plus fumaient (10,9 % étant des fumeurs quotidiens et 3,8 %, des fumeurs occasionnels). De plus, la prévalence du tabagisme était la plus élevée chez les adultes de 25 à 34 ans et de 20 à 24 ans, à 18,5 % et à 17,9 %, respectivement (Reid, 2015).

9.2.1 Fumer dans les Forces armées canadiennes

Dans le cadre du présent sondage, une personne ayant déjà fumé se définit comme ayant fumé au moins 100 cigarettes (environ quatre ou cinq paquets) au cours de sa vie. Les membres de la Force régulière ayant indiqué n'avoir jamais fumé 100 cigarettes ont été considérés comme des non-fumeurs à vie. La majorité des membres du personnel étaient soit des non-fumeurs à vie (59,6 %), soit d'anciens fumeurs (22,8 %). Au moment du sondage, 12,6 % des membres du personnel ont indiqué être des fumeurs quotidiens et 5 %, des fumeurs occasionnels (Figure 9-1). Ces pourcentages sont semblables à ceux de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2013 (Reid, 2015).

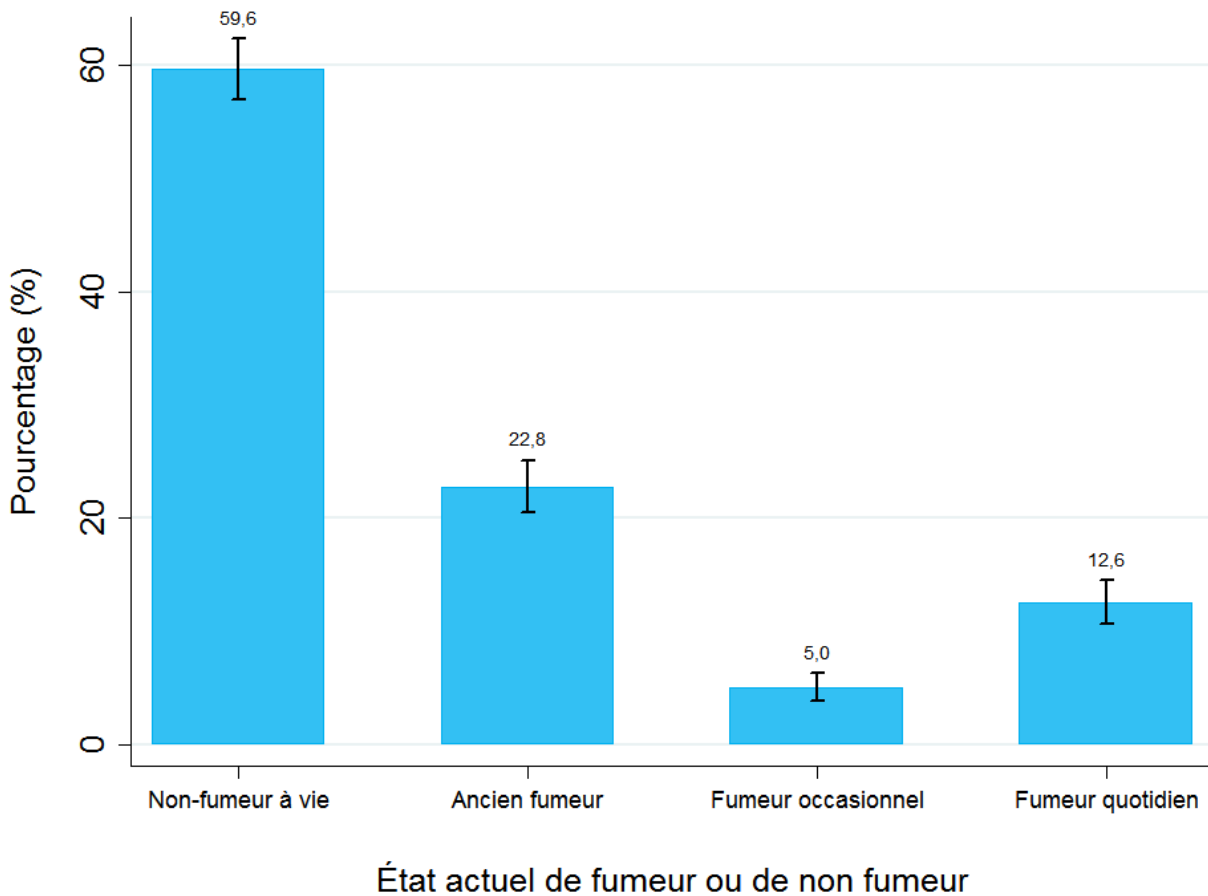


Figure 9-1 : Fréquence du tabagisme chez les membres du personnel de la Force régulière.

9.2.2 Répondants ayant déjà fumé

Dans l'ensemble, 40,4 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir déjà fumé au cours de leur vie. Le pourcentage des membres de la Force régulière qui ont indiqué avoir déjà fumé est demeuré inchangé par rapport à 2008-2009, mais il est inférieur à celui observé en 2004 (Tableau 9-1). Toutefois, comme il en est question dans la section 9.2.9, certaines personnes ayant déjà fumé ont cessé de fumer avant de se joindre aux FAC. Dans l'ensemble, 37,1 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir déjà fumé après s'être joints aux FAC. Ce pourcentage est inférieur à celui de 2008-2009, lorsque 43,7 % des membres de la Force régulière avaient indiqué qu'ils étaient des fumeurs pendant leur service (Tableau 9-2).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-1 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie

Année	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	52,1	(49,5-54,6)	1,60	(1,38-1,87)
2008-2009	43,9	(40,2-47,6)	1,16	(0,96-1,39)
2013-2014	40,4	(37,7-43,1)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Tableau 9-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière ayant fumé au moins 100 cigarettes pendant leur service dans les Forces armées canadiennes

Année	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2008-2009	43,7	(40,1-47,3)	1,40	(1,16-1,68)
2013-2014	37,1	(34,5-39,8)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

9.2.3 Fumeurs actuels

Au moment du sondage, 17,6 % des membres de la Force régulière ont affirmé être des fumeurs quotidiens ou occasionnels. Le pourcentage des membres qui ont dit être des fumeurs actuels a diminué par rapport à 2004 et à 2008-2009 (Tableau 9-3). La baisse observée dans la prévalence du tabagisme peut s'expliquer : (1) par le nombre plus faible de fumeurs recrutés au sein de la Force régulière; et/ou (2) par le nombre plus élevé de fumeurs de la Force régulière qui cessent de fumer pendant leur service. La section 9.2.9 tentera de discerner les effets de ces deux facteurs sur la prévalence du tabagisme.

Tableau 9-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui étaient des fumeurs quotidiens ou occasionnels par année de sondage

Année	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	25,3	(23,1-27,7)	1,59	(1,31-1,93)
2008-2009	23,0	(19,9-26,5)	1,40	(1,11-1,78)
2013-2014	17,6	(15,5-19,9)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Les fumeurs actuels étaient plus susceptibles d'être : (1) des employés de 18 à 29 ans que de 50 à 60 ans; (2) des hommes que des femmes; (3) des MR que des officiers; et (4) des employés sans éducation post-secondaire que des employés avec un diplôme universitaire (Tableau 9-4). Il n'y avait pas de différence entre les éléments de service.



Tableau 9-4 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui étaient des fumeurs quotidiens ou occasionnels

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		17,6	(15,4-19,8)		
Âge (années)	18 à 29	20,7	(16,3-25,3)	Référence	
	30 à 39	15,5	(11,5-19,5)	0,70	(0,46-1,06)
	40 à 49	18,1	(14,2-22,0)	0,84	(0,58-1,23)
	50 à 60	14,3	(11,1-17,5)	0,64	(0,44-0,93)
Sexe	Femmes	12,0	(9,7-14,4)	Référence	
	Hommes	18,4	(15,9-20,9)	1,65	(1,25-2,17)
Grade	MR	20,8	(18,0-23,7)	Référence	
	Officier	7,9	(5,9-9,8)	0,32	(0,24-0,45)
Plus haut niveau d'études	Études secondaires	23,6	(19,2-28,0)	Référence	
	Études postsecondaires partielles	19,1	(15,3-22,9)	0,76	(0,54-1,08)
	Études universitaires terminées	7,6	(5,6-9,6)	0,26	(0,18-0,39)

Il convient d'observer que, même si le tabagisme a diminué depuis 2008-2009, la prévalence du tabagisme demeure la plus élevée chez les membres plus jeunes du personnel (c.-à-d. ceux âgés de 18 à 29 ans). Cette constatation met en évidence le besoin d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies fondées sur des données probantes pour éviter que les jeunes membres du personnel des FAC commencent et continuent à fumer.

9.2.4 Autres produits du tabac

Au cours du dernier mois, 17,3 % des membres de la Force régulière ont affirmé avoir utilisé d'autres produits du tabac. Les autres produits du tabac les plus couramment utilisés sont : (1) les cigares; (2) les cigarillos; et (3) la pipe (Figure 9-2). L'usage des cigares et des cigarillos semble plus élevé dans la Force régulière que dans la population canadienne; en 2013, 3,3 % des Canadiens ont indiqué avoir fumé des cigares ou des cigarillos au cours des 30 derniers jours (Reid, 2015).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

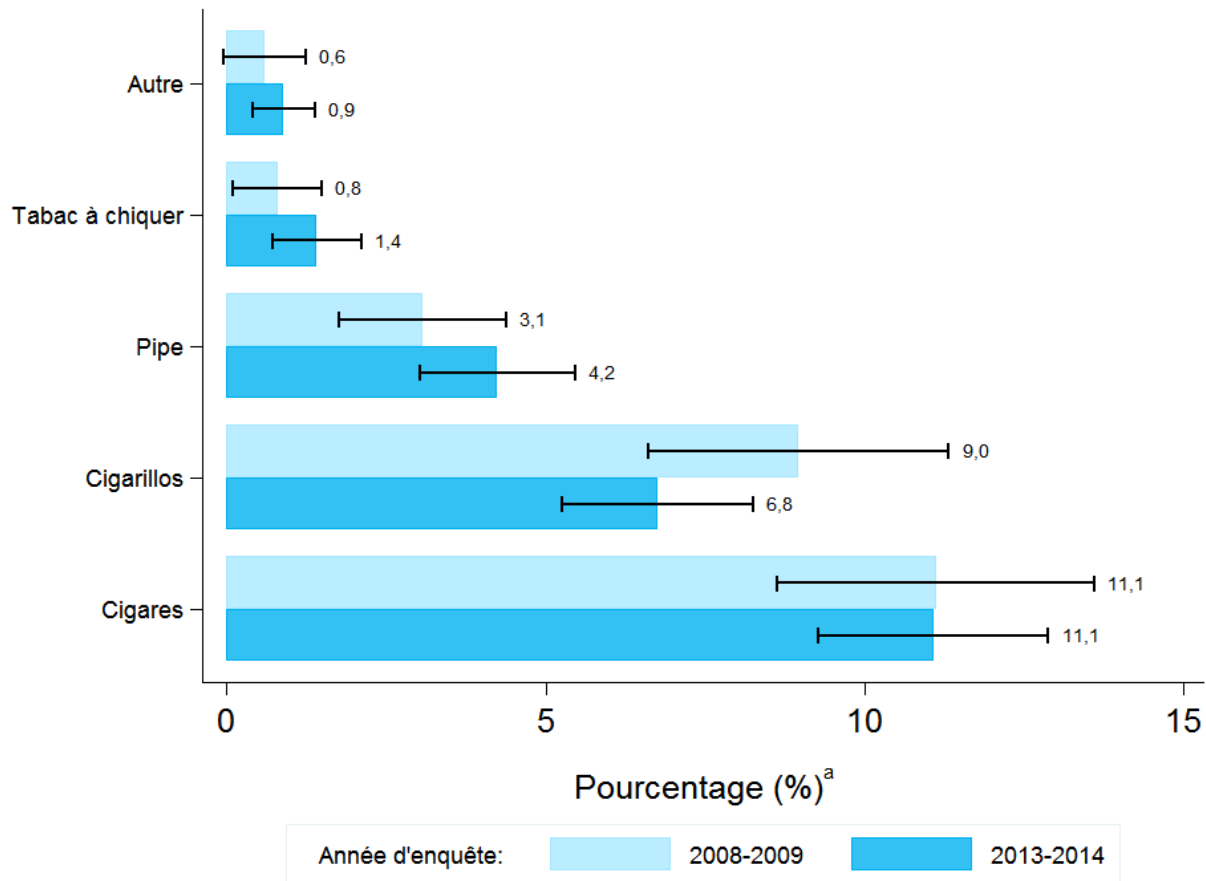


Figure 9-2 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré avoir utilisé d'autres produits du tabac au cours du dernier mois, par année de sondage.

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Le pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré avoir utilisé d'autres produits du tabac au cours du dernier mois n'a pas changé par rapport à 2008-2009. L'utilisation d'une autre forme de produits du tabac était plus probable pour : (1) le personnel de 18 à 29 ans, comparativement au personnel de 30 à 60 ans; (2) les hommes, comparativement aux femmes; (3) les MR, comparativement aux officiers; et (4) les fumeurs actuels, comparativement aux non-fumeurs actuels (Tableau 9-5). Il n'y avait pas de différence entre les éléments de service. Dans la population canadienne, les hommes étaient également plus susceptibles d'utiliser d'autres produits du tabac (Reid, 2015).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-5 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré avoir utilisé d'autres produits du tabac au cours du dernier mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		17,3	(15,1-19,5)		
Âge (années)	18 à 29	25,3	(20,5-30,0)	Référence	
	30 à 39	15,7	(11,6-19,9)	0,55	(0,37-0,83)
	40 à 49	14,3	(10,6-17,9)	0,49	(0,33-0,73)
	50 à 60	8,2	(5,6-10,9)	0,26	(0,17-0,41)
Sexe	Femmes	4,3	(3,0-5,5)	Référence	
	Hommes	19,3	(16,8-21,9)	5,36	(3,79-7,60)
Grade	MR	18,7	(15,8-21,5)	Référence	
	Officier	13,3	(10,9-15,7)	0,67	(0,50-0,89)
Fumeur actuel	Non	11,7	(9,6-13,8)	Référence	
	Oui	43,4	(36,2-50,6)	5,79	(4,05-8,26)

Il convient de noter que moins de la moitié des utilisateurs d'autres produits du tabac étaient des fumeurs actuels de cigarettes. Dans l'ensemble, 28,0 % (IC à 95 % : 25,5 %-30,6 %) de tous les membres de la Force régulière étaient : (1) des fumeurs actuels; et/ou (2) des utilisateurs d'autres produits du tabac.

9.2.5 Achat de tabac sur la propriété du Ministère de la Défense nationale

Au cours de la dernière année, 57,8 % des fumeurs actuels ont acheté des produits du tabac sur leur base, escadre, unité ou formation. Les fumeurs de 18 à 29 ans étaient plus susceptibles d'acheter ces produits sur leur base, escadre, unité ou formation, que ceux de 50 à 60 ans (Tableau 9-6). Il n'y avait pas de différence selon le sexe, le grade ou les éléments de service.

Tableau 9-6 : Pourcentage des fumeurs actuels qui ont acheté des produits du tabac sur leur base, escadre, unité ou formation au cours de la dernière année

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		57,8	(50,8, 64,4)		
Âge (années)	18 à 29	64,8	(52,4-75,4)	Référence	
	30 à 39	62,4	(48,1-74,9)	0,90	(0,42-1,96)
	40 à 49	50,2	(38,2-62,3)	0,55	(0,27-1,12)
	50 à 60	37,0	(26,1-49,5)	0,32	(0,16-0,66)



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

9.2.6 Âge de l'initiation au tabagisme

En moyenne, les fumeurs actuels ont déclaré avoir commencé à fumer à l'âge de 16,2 ans. L'âge moyen de l'initiation au tabagisme chez les fumeurs actuels n'a pas changé par rapport à 2004 ou à 2008-2009. L'âge moyen de l'initiation au tabagisme était plus élevé : (1) chez les officiers qui sont des fumeurs actuels que chez les MR qui sont des fumeurs actuels; et (2) chez les fumeurs actuels qui sont des diplômés universitaires que chez les fumeurs actuels dont le niveau de scolarité est inférieur (Tableau 9-7). Il convient de mentionner que 71,6 % (IC à 95 % : 64,9 %-77,5 %) des fumeurs actuels ont commencé à fumer avant l'âge de 18 ans.

Tableau 9-7 : Âge (en années) auquel les fumeurs actuels ont commencé à fumer

Variable	Catégorie	Moyenne	(IC à 95 %)
En général		16,2	(15,7-16,7)
Grade	MR	15,9	(15,4-16,5) ^a
	Officier	18,4	(16,9-19,8) ^b
Plus haut niveau d'études	Études secondaires	15,8	(15,1-16,5) ^a
	Études postsecondaires partielles	15,9	(15,1-16,7)
	Études universitaires terminées	18,4	(16,7-20,1) ^b

^a Catégorie de référence.

^b Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence, au niveau de confiance de 99 % (p < 0,01).

9.2.7 Circonstances de l'initiation au tabagisme et au maintien de l'habitude de fumer

La majorité (81,5 % [IC à 95% : 75,5 %-86,3 %]) des membres du personnel de la Force régulière qui fument actuellement ont commencé à fumer avant de s'enrôler dans les FAC. Cette constatation n'est pas surprenante, puisque la plupart des fumeurs actuels ont commencé à fumer avant l'âge de 18 ans.

Près d'un cinquième (18,5 %) des fumeurs actuels ont commencé à fumer après leur entrée dans les FAC. Le pourcentage des fumeurs actuels qui ont déclaré avoir commencé à fumer après avoir joint les FAC n'a pas changé par rapport à 2004 et à 2008-2009. L'initiation au tabagisme après avoir joint les FAC était plus probable chez les officiers qui sont des fumeurs actuels que chez les MR qui sont des fumeurs actuels (Tableau 9-8). Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe ou les éléments de service.

Tableau 9-8 : Pourcentage des fumeurs actuels qui ont commencé à fumer après avoir joint les Forces armées canadiennes

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		18,5	(13,7-24,5)		
Grade	MR	17,1	(12,0-23,8)	Référence	
	Officier	29,5	(19,2-42,3)	2,03	(1,01-4,09)



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Parmi les fumeurs actuels qui ont commencé à fumer après s'être joints aux FAC, 57,1 % l'avaient fait au cours de l'entraînement de base, 24,3% au cours de la formation professionnelle, 8,5 % lors d'un déploiement et 10,1 % à un autre moment, comme lors d'un exercice en campagne, au cours d'une affectation ou dans le cadre d'un travail normal (Figure 9-3). Par conséquent, les efforts déployés pour éviter l'initiation au tabagisme au cours de l'entraînement de base pourraient aider à réduire davantage la prévalence du tabagisme au sein de la Force régulière.

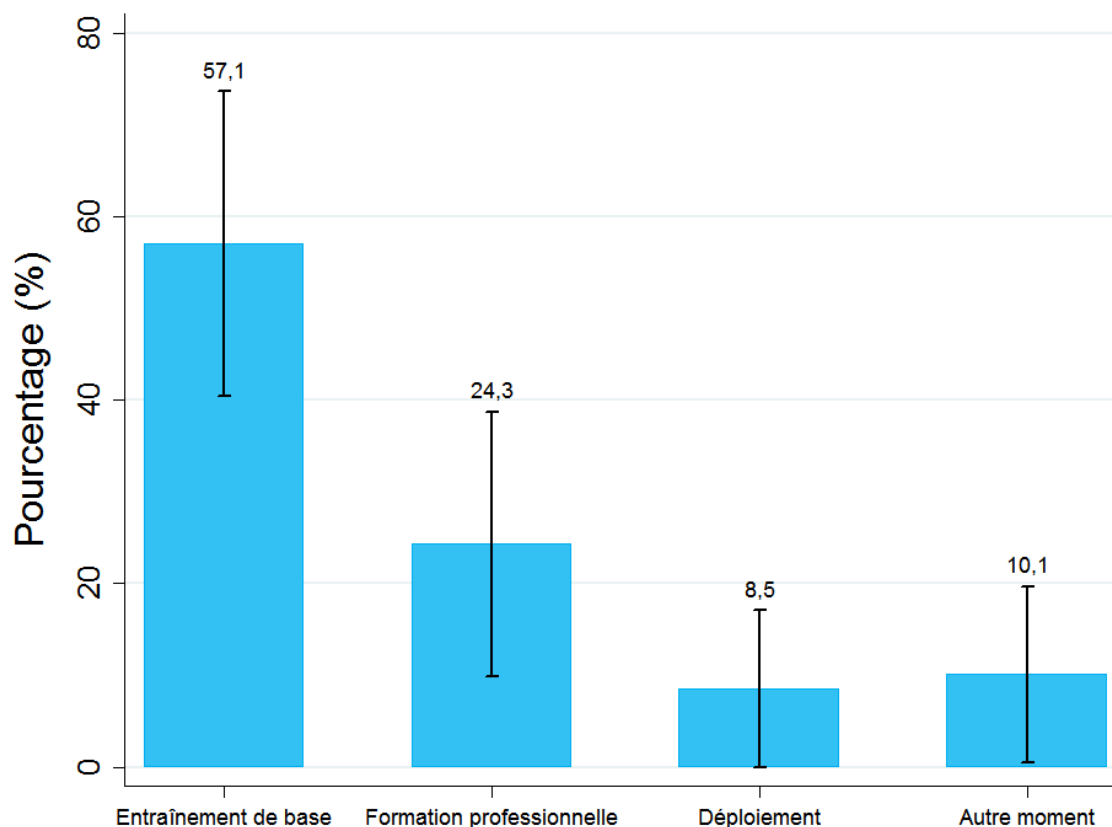


Figure 9-3 : Pourcentage des fumeurs actuels au sein de la Force régulière qui ont commencé à fumer au cours d'activités militaires après s'être joints aux Forces armées canadiennes.

Depuis leur entrée dans les FAC, 79,7 % de tous les fumeurs actuels : (1) ont recommencé à fumer après avoir arrêté; ou (2) ont augmenté leur consommation de tabac. Ce pourcentage est demeuré inchangé par rapport à 2008-2009. Parmi les fumeurs actuels, les officiers étaient plus susceptibles que les MR de déclarer avoir recommencé à fumer après avoir arrêté ou avoir augmenté leur consommation de tabac depuis leur entrée dans les FAC (Tableau 9-9). Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe ou les éléments de service. Les activités les plus fréquentes au cours desquelles des changements malsains sont survenus dans l'usage du tabac après avoir joint les FAC étaient : (1) les déploiements; (2) la formation professionnelle; et (3) l'entraînement de base (Figure 9-4). Il convient d'indiquer que le SSSV n'a fait aucune distinction entre les changements à court et à long terme dans l'usage du tabac; parmi les 41,4 % des fumeurs actuels ayant déclaré avoir augmenté leur usage du tabac dans le cadre d'un déploiement, il est possible que certains l'aient ensuite diminué une fois de retour à la maison.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-9 : Pourcentage de fumeurs actuels : (1) qui ont recommencé à fumer après avoir arrêté; et/ou (2) qui ont augmenté leur usage du tabac depuis leur entrée dans les Forces armées canadiennes

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		79,7 (75,4-84,0)	
Grade	MR	78,3 (73,4-83,3)	Référence
	Officier	87,7 (81,7-93,7)	1,97 (1,06-3,70)

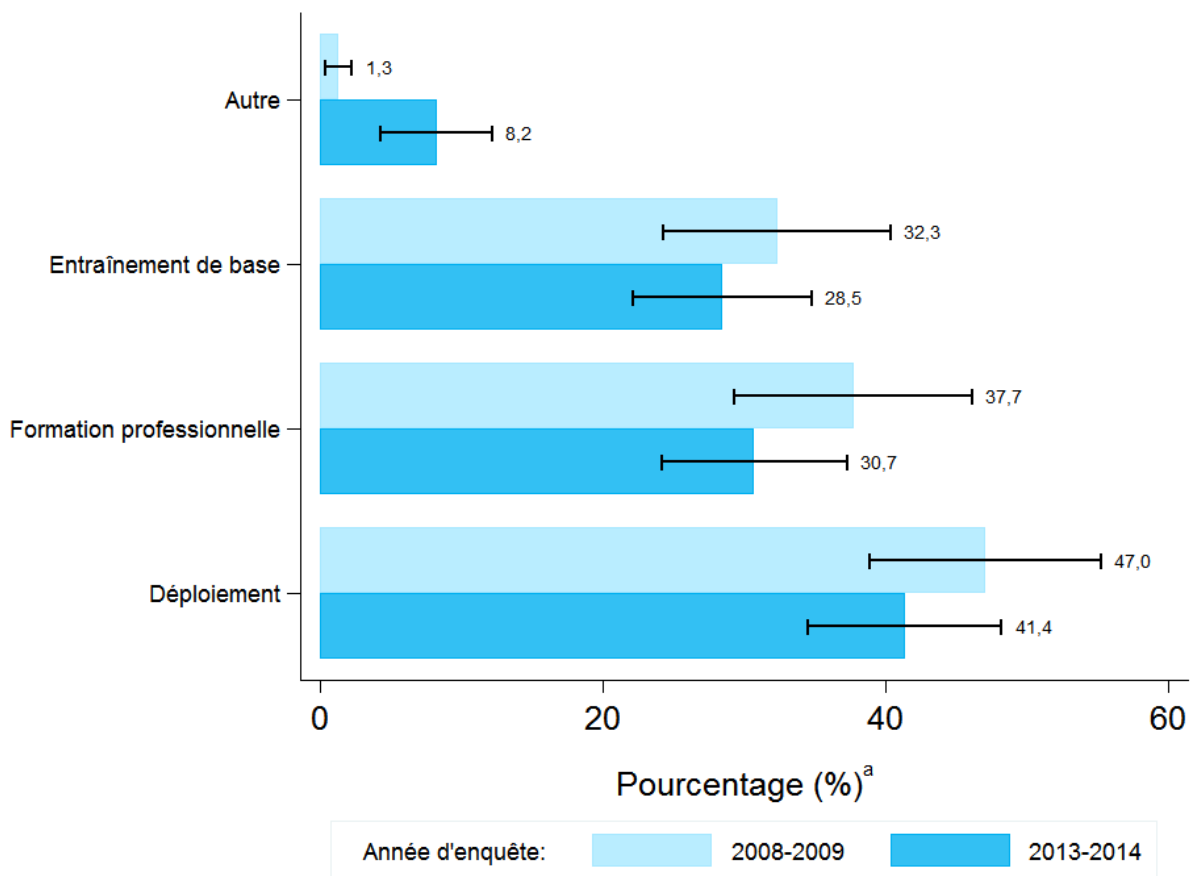


Figure 9-4 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré avoir recommencé à fumer ou augmenté l'usage du tabac dans le cadre d'activités militaires précises, par année de sondage^b.

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

^b Les répondants ont pu donner plus d'une réponse; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

9.2.8 Exposition au tabagisme

La fumée secondaire est la fumée produite par la combustion de produits du tabac, tels que des cigarettes ou des pipes, ainsi que la fumée expirée par la bouche d'une personne qui fume. La fumée secondaire ou la



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

fumée de tabac ambiante est reconnue comme étant cancérigène, et l'exposition à la fumée secondaire est associée au cancer du poumon, aux infections des voies respiratoires inférieures, à l'asthme et aux maladies cardiovasculaires (Callinan, 2010). Au cours du dernier mois, 59,1 % de tous les Canadiens de 15 ans et plus ont déclaré avoir été exposés au moins une fois à la fumée secondaire et 12,9 % l'ont été chaque jour ou presque (Reid, 2015).

Dans l'ensemble, 57,3 % (IC à 95 % : 54,6 %-60 %) des membres de la Force régulière ont indiqué qu'ils étaient exposés à la fumée secondaire au moins une fois par mois et 19,9 % ont indiqué qu'ils l'étaient chaque jour ou presque. L'exposition fréquente à la fumée secondaire était plus susceptible : (1) chez les MR que chez les officiers; et (2) chez les fumeurs actuels que chez les non-fumeurs (Tableau 9-10). Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe ou les éléments de service. Les endroits les plus fréquemment signalés pour une exposition hebdomadaire à la fumée secondaire parmi les membres de la Force régulière étaient : (1) les espaces publics; (2) à l'extérieur des bâtiments militaires; et (3) à l'extérieur des bâtiments civils (Figure 9-5). Les membres semblent être exposés plus souvent dans des situations où il est difficile d'éviter la fumée. Des politiques publiques peuvent réduire l'exposition à la fumée en imposant des interdictions et des restrictions pour limiter les endroits où il est permis de fumer. La prévention de l'exposition à la fumée secondaire peut réduire les effets nocifs connexes sur la santé; on estime que pour huit fumeurs qui décèdent des suites du tabagisme, un non-fumeur décèdera des effets du tabagisme passif (Callinan, 2010).

Tableau 9-10 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré être exposés à la fumée secondaire chaque jour ou presque (à l'exclusion de leur propre usage du tabac)

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		19,9	(17,8-22,2)		
Grade	MR	22,4	(19,6-25,3)	Référence	
	Officier	12,5	(10,3-15,0)	0,50	(0,38-0,65)
Fumeur actuel	Non	15,3	(13,3-17,6)	Référence	
	Oui	40,1	(33,5-47,0)	3,69	(2,65-5,14)



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

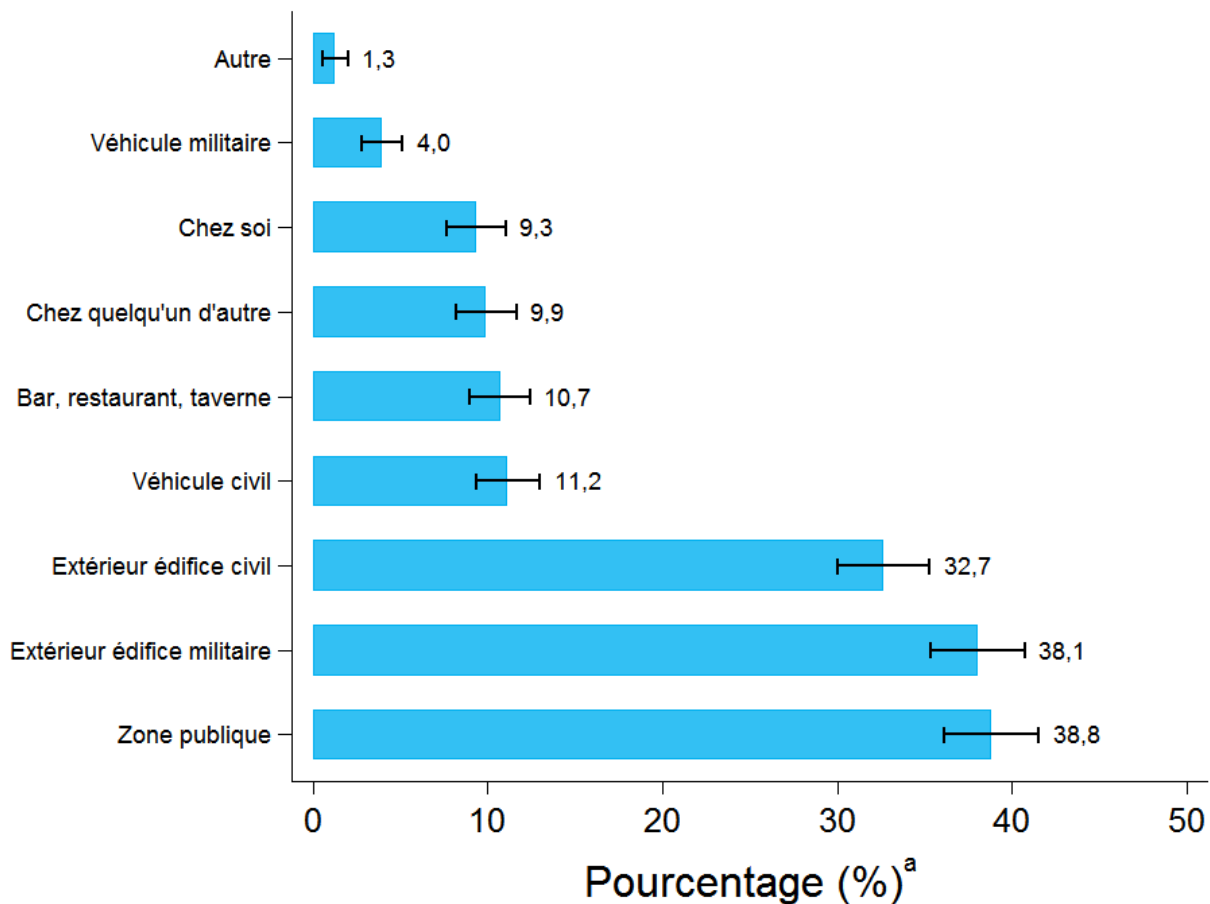


Figure 9-5 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui étaient exposés à la fumée secondaire au moins une fois par mois, par emplacement^b.

^{a,b} Les répondants ont pu donner plus d'une réponse. La somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

9.2.9 Abandon du tabac

9.2.9.1 Ex-fumeurs

Parmi les 40,4 % des membres de la Force régulière ayant déclaré avoir déjà fumé, 8,7 % (IC à 95 % : 6,6 %-11,4 %) ont cessé de fumer avant leur entrée dans les FAC et n'ont pas fumé depuis. Les autres fumeurs à vie (91,3 %) [IC à 95 % : 88,6 %-93,4 %] fumaient donc pendant leur service dans les FAC.

9.2.9.2 Abandon du tabac pendant le service dans les Forces armées canadiennes

Indépendamment de leur usage actuel du tabac, 37,1 % (IC à 95 % : 34,5 %-39,8 %) de tous les membres de la Force régulière ont indiqué avoir déjà fumé pendant leur service dans les FAC. Parmi ceux-ci, 52,2 % (IC à 95 % : 47,5 %-56,8 %) ne fumaient plus au moment du sondage du SSSV 2013-2014. En d'autres mots, plus de la moitié des membres du personnel qui avaient déjà fumé pendant leur service dans les FAC ont réussi à arrêter pendant qu'ils servaient encore dans les forces militaires. Ce pourcentage est demeuré



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

inchangé par rapport à 2008-2009. Par conséquent, le pourcentage de fumeurs militaires qui ont arrêté de fumer pendant leur service est demeuré stable de 2008-2009 à 2013-2014.

Puisqu'en 2013-2014, les fumeurs militaires n'ont pas arrêté de fumer à un pourcentage supérieur à celui de 2008-2009, la diminution observée dans la prévalence du tabagisme indiquée dans la section 9.2.3 est fort probablement attribuable à une diminution du tabagisme chez les recrues des FAC. Cette conclusion est conforme aux constatations indiquées dans la section 9.2.2 (révélant que la prévalence des personnes ayant fumé tout au long de leur vie avait également diminué de 2008-2009 à 2013-2014) et aux résultats préliminaires du questionnaire sur la santé des recrues – qu'ont rempli des élèves-officiers et des recrues des FAC – qui font état d'une diminution constante de la proportion des membres du personnel nouvellement recrutés s'étant déclarés fumeurs au cours des dernières années.

9.2.9.3 Tentatives récentes pour arrêter de fumer

Seulement 12,3 % (IC à 95 % : 8,2 %-18,1 %) des fumeurs actuels ont déclaré n'avoir jamais cessé de fumer pendant au moins une période de 24 heures. D'autre part, 50,8 % des fumeurs actuels ont indiqué avoir cessé pendant au moins une période de 24 heures au cours de la dernière année. En d'autres mots, environ 4 900 membres de la Force régulière qui fument encore aujourd'hui ont cessé de fumer pendant au moins une période de 24 heures au cours des 12 derniers mois. Les fumeurs actuels de 18 à 29 ans étaient plus enclins à avoir récemment tenté d'arrêter de fumer que ceux de 50 à 60 ans (Tableau 9-11). Il n'y avait pas de différence selon le sexe, le grade ou les éléments de service.

Tableau 9-11 : Pourcentage de fumeurs actuels qui ont arrêté de fumer pendant au moins une période de 24 heures au cours de la dernière année

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		50,8	(43,8-57,7)		
Âge (années)	18 à 29	59,3	(46,7-70,7)	Référence	
	30 à 39	50,8	(36,8-64,6)	0,71	(0,33-1,52)
	40 à 49	45,4	(33,6-57,8)	0,57	(0,28-1,16)
	50 à 60	33,5	(23,1-45,8)	0,35	(0,17-0,71)

Parmi les fumeurs actuels qui ont arrêté de fumer pendant au moins une période de 24 heures au cours de la dernière année, le nombre médian de tentatives pour arrêter était de 4. Environ 9 % des fumeurs actuels qui ont récemment essayé d'arrêter de fumer ont indiqué qu'ils avaient arrêté pendant plus de 20 différentes périodes de 24 heures au cours de la dernière année. Lorsque ces personnes sont exclues de l'analyse, le nombre moyen de tentatives pour arrêter est de 5,2 (IC à 95 % : 4,1 %-6,4 %) différentes périodes de 24 heures au cours de la dernière année.

9.2.9.4 Produits de désaccoutumance au tabac

Au cours des 12 derniers mois, 30 % (IC à 95 % : 23,9 %-36,9 %) de tous les fumeurs actuels ont indiqué avoir utilisé au moins une forme de thérapie de remplacement de la nicotine ou de produits de désaccoutumance au tabac. L'utilisation récente de thérapie de remplacement de la nicotine ou de produits de désaccoutumance au



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

tabac chez les fumeurs actuels est demeurée inchangée par rapport à 2004 et à 2008-2009. Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe, le grade ou les éléments de service.

En 2013-2014, les thérapies de remplacement de la nicotine ou les produits de désaccoutumance au tabac les plus couramment utilisés étaient : (1) le timbre de nicotine; (2) la gomme à mâcher à la nicotine; et (3) Champix® (c.-à-d., la varénicline) (Figure 9-6).

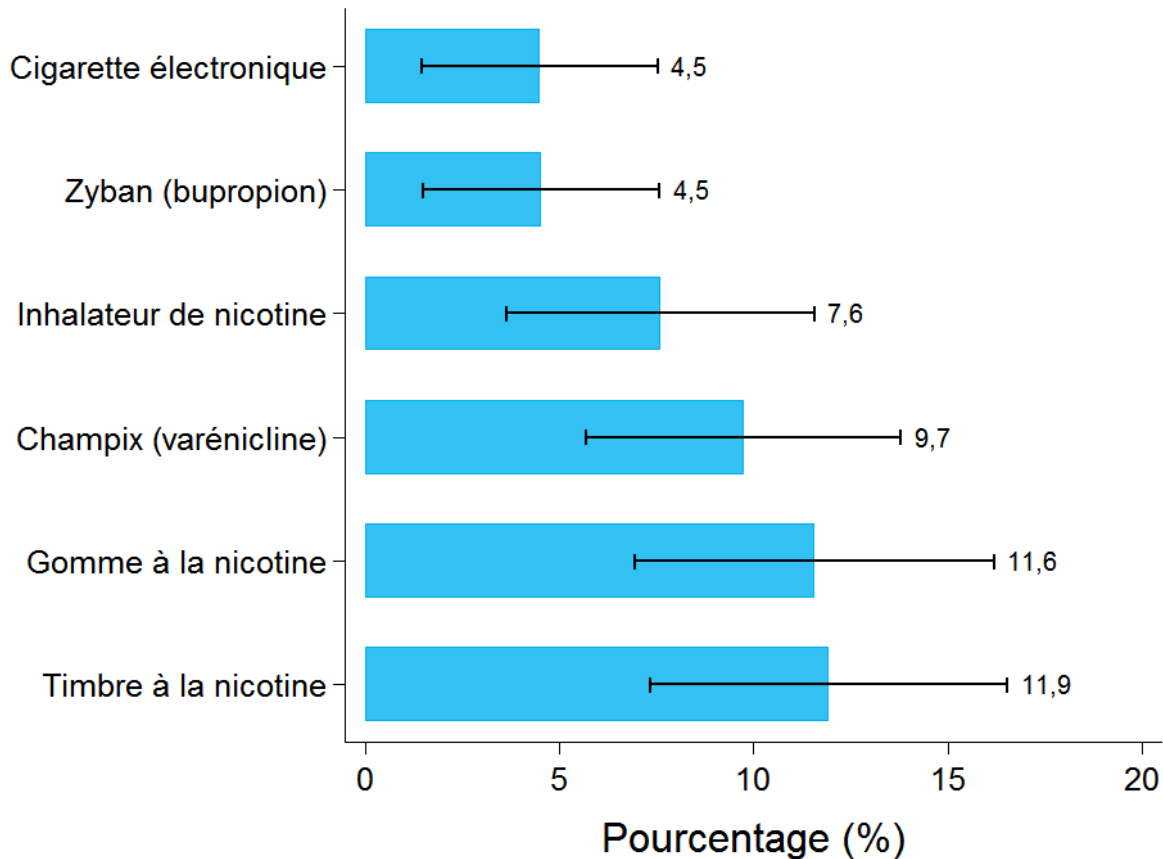


Figure 9-6 : Pourcentage de fumeurs actuels qui ont indiqué avoir utilisé divers types de thérapies de remplacement de la nicotine ou de produits de désaccoutumance au tabac au cours des 12 derniers mois.

Parmi tous les membres de la Force régulière qui ont indiqué avoir arrêté de fumer pendant au moins une période de 24 heures au cours de la dernière année, 48,5 % ont déclaré l'avoir fait sans aucune thérapie de remplacement de la nicotine ni aucun produit de désaccoutumance au tabac (c.-à-d. qu'ils ont fait un sevrage brutal). L'arrêt de fumer temporaire sans produit de désaccoutumance au tabac était plus probable : (1) chez les fumeurs actuels de 18 à 29 ans que chez ceux de 30 à 49 ans; et (2) chez les officiers qui sont des fumeurs actuels que chez les MR qui sont des fumeurs actuels (Tableau 9-12). Il n'y avait pas de différence selon le sexe ou les éléments de service. Le pourcentage des membres de la Force régulière qui ont recours à des produits de désaccoutumance au tabac est presque identique à celui de la population canadienne; en 2012, 46 % des Canadiens qui avaient déjà tenté d'arrêter de fumer ont indiqué l'avoir fait sans aucune forme d'aide à l'abandon (Reid, 2014).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-12 : Pourcentage de fumeurs actuels^a qui ont arrêté de fumer pendant au moins une période de 24 heures sans thérapie de remplacement de la nicotine ou produit de désaccoutumance au tabac au cours de la dernière année

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		48,5	(40,3-56,8)		
Âge (années)	18 à 29	63,3	(49,4-77,1)	Référence	
	30 à 39	38,9	(23,6-54,2)	0,37	(0,15-0,89)
	40 à 49	40,5	(24,7-56,3)	0,40	(0,16-0,96)
	50 à 60	45,5	(28,8-62,2)	0,48	(0,20-1,19)
Grade	MR	45,6	(36,4-54,7)	Référence	
	Officier	70,8	(57,6-84,0)	2,89	(1,38-6,05)

^a Ce pourcentage ne comprend que les fumeurs actuels qui ont arrêté de fumer pendant au moins une période de 24 heures au cours de la dernière année.

9.2.10 Prévention de l'initiation au tabagisme

Il est inquiétant de voir que près d'un cinquième de tous les fumeurs actuels ont commencé à fumer après leur entrée dans les FAC; la Force régulière comptait environ 9 750 fumeurs, dont 1 800 n'avaient jamais fumé avant de se joindre aux FAC. Si l'initiation au tabagisme dans les FAC pouvait être éliminée d'une façon quelconque, les chiffres présentés dans les sections précédentes suggèrent qu'il y aurait au moins 1 800 fumeurs actuels de moins dans la Force régulière.

Des recherches antérieures ont démontré que près de la moitié des fumeurs persistants décèderont prématurément en raison de leur dépendance à la nicotine, s'ils sont incapables de cesser de fumer (Doll, 2004). L'abandon du tabac avant l'âge de 30 ans élimine presque tous les risques de mortalité excédentaires associés au tabagisme (Doll, 2004). En extrapolant ces chiffres à la population de la Force régulière, nous estimons que près de 5 000 membres actuels de la Force régulière décèderont prématurément en raison du tabagisme et de l'accoutumance à la nicotine, et que près de 900 d'entre eux n'auront jamais fumé avant leur entrée dans les FAC. Par conséquent, on estime que 900 décès prématurés pourraient être évités en éliminant l'initiation au tabagisme dans les FAC.

Comme il est souligné dans la section 9.2.7, l'entraînement de base est une période où le risque de commencer à fumer est particulièrement élevé. Environ 950 fumeurs actuels de la Force régulière ont indiqué avoir commencé à fumer au cours de l'entraînement de base. D'après les estimations présentées ci-dessus, l'élimination de l'initiation au tabagisme pendant l'entraînement de base permettrait : (1) de réduire le nombre de fumeurs actuels d'environ 950 ou de 10 %; (2) de réduire la prévalence du tabagisme actuel d'environ 2 %; et (3) de prévenir près de 500 décès prématurés attribuables à la dépendance à la nicotine.

9.3 Consommation d'alcool

La consommation d'alcool a des effets sur presque tous les organes du corps; l'abus peut entraîner des maladies chroniques ainsi que des effets aigus sur la santé, comme des blessures causées par des accidents



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

(OMS, 2004). On a établi des liens entre la consommation d'alcool et les dommages au foie, les maladies cardiaques, les troubles du pancréas et certains types de cancer. Les épisodes de consommation excessive d'alcool augmentent également les risques de contracter divers problèmes de santé, tels que l'intoxication alcoolique, les troubles ou les blessures liés à l'alcool, et ils peuvent avoir un effet néfaste sur le bien-être social (Bondy, 1999). L'alcool doit être consommé avec modération, car il existe des preuves solides de la corrélation entre la quantité d'alcool consommé et la hausse du risque d'effets néfastes sur la santé et des risques de blessures (Rehm, 1992).

9.3.1 Consommation d'alcool dans les Forces armées canadiennes

Au cours des 12 derniers mois, 94,2 % des membres de la Force régulière ont déclaré avoir consommé de l'alcool. Ce pourcentage est demeuré inchangé par rapport à 2004 et à 2008-2009. En comparaison, l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues a révélé qu'en 2013, 76 % des Canadiens de 15 ans et plus avaient consommé de l'alcool au cours de la dernière année (Statistique Canada, 2015); bien que ces sondages ne soient pas directement comparables en raison des différences dans les tranches d'âge et les modes d'enquête, une différence importante est évidente dans la consommation d'alcool entre les deux populations.

9.3.2 Directives de consommation d'alcool à faible risque

Les Directives de consommation d'alcool à faible risque (DCAFR) ont été élaborées en 2011 par une équipe de spécialistes indépendants canadiens et internationaux pour le compte du Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool. Ces directives sont éclairées par les meilleures et les plus récentes recherches et preuves scientifiques disponibles, et visent à uniformiser l'information à l'échelle du pays afin d'aider les Canadiens à modérer leur consommation d'alcool et à réduire les effets négatifs immédiats et à long terme liés à leur consommation d'alcool (Butt, 2011). Les DCAFR sont résumées dans le Tableau 9-13.

Tableau 9-13 : Directives canadiennes de consommation d'alcool à faible risque

Type de risque pour la santé	Consommation d'alcool recommandée pour éviter des risques pour la santé ^a	
	Pour les femmes	Pour les hommes
À long terme (c.-à-d. un risque chronique)	Pas plus de 10 consommations ^b par semaine, sans dépasser 2 boissons alcoolisées la plupart des jours ^c	Pas plus de 15 consommations par semaine, sans dépasser 3 boissons alcoolisées la plupart des jours
À court terme (c.-à-d. un risque aigu)	Pas plus de 3 consommations par jour	Pas plus de 4 consommations par jour

^a Butt et coll., 2011.

^b Une consommation standard correspond à 13,45 grammes d'alcool, ce qui équivaut à une bière (12 oz), à un verre de vin (5 oz) ou à un verre de spiritueux (1,5 oz).

^c Aux fins du présent rapport, « la plupart des jours » a été interprétée comme quatre jours ou plus par semaine.

Les risques chroniques sont associés à la quantité d'alcool consommée sur une longue période entraînant des effets sur les systèmes nerveux et digestif. Les risques à court terme sont associés à la quantité d'alcool consommée en une seule occasion et au degré connexe d'affaiblissement des facultés. Afin de réduire les risques pour la santé liés à l'alcool, tous devraient respecter les DCAFR (Tableau 9-13).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

9.3.2.1 Directives de consommation d'alcool à faible risque relatives aux effets chroniques

Au cours de la semaine précédente, 11,7 % des hommes du personnel avaient consommé plus de 15 boissons alcoolisées ou en avaient consommé plus de trois au moins quatre jours et 8,3 % des femmes du personnel avaient consommé plus de 10 boissons alcoolisées ou plus de trois au moins quatre jours. Autrement dit, 11,2 % de tout le personnel de la Force régulière avait dépassé les limites établies par les DCAFR en vue d'éviter les effets chroniques de la consommation d'alcool. Cette proportion est demeurée inchangée par rapport à 2004 et à 2008-2009. Il était plus probable d'excéder le nombre maximum de consommations recommandé pour éviter les effets chroniques de la consommation d'alcool pour : (1) le personnel âgé de 18 à 29 ans, comparativement au personnel âgé de 40 à 60 ans; (2) les hommes, comparativement aux femmes; et (3) les MR, comparativement aux officiers (Tableau 9-14). Il n'y avait pas de différence en fonction de l'élément de service ou des résultats d'évaluation positifs pour la dépression¹⁶, l'ESPT¹⁷ et les idées suicidaires récentes.

Tableau 9-14 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui, au cours de la dernière semaine, a excédé les recommandations des DCAFR visant à éviter les effets chroniques de la consommation d'alcool

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		11,2 (9,4-13,0)	
Âge (années)	18 à 29	15,9 (12,0-19,8)	Référence
	30 à 39	11,6 (8,1-15,2)	0,70 (0,44-1,09)
	40 à 49	7,6 (5,0-10,3)	0,44 (0,27-0,70)
	50 à 60	6,3 (4,1-8,4)	0,35 (0,22-0,57)
Sexe	Femmes	8,3 (6,4-10,2)	Référence
	Hommes	11,7 (9,6-13,7)	1,46 (1,06-2,01)
Grade	MR	12,1 (9,8-14,4)	Référence
	Officier	8,6 (6,7-10,6)	0,69 (0,49-0,95)

Des études antérieures indiquent l'existence d'un lien entre l'abus d'alcool et des troubles mentaux (Debell, 2014; Boden, 2011). L'absence de lien entre l'abus chronique d'alcool et les résultats d'évaluation positifs pour la dépression, l'ESPT et les idées suicidaires récentes pourrait être attribuable à la nature transversale du SSSV ainsi qu'aux différentes périodes rétrospectives utilisées tout au long du questionnaire. On demandait aux participants de déclarer leur consommation d'alcool au cours de la semaine précédente. Cependant, les symptômes de troubles de santé mentale ont été examinés au cours des 12 mois précédents. Par conséquent, les mesures de consommation d'alcool ne reflètent pas nécessairement les comportements en matière de consommation d'alcool lors d'épisodes aigus de troubles mentaux chez les membres de la Force régulière qui ont obtenu des résultats d'évaluation positifs pour la dépression, l'ESPT ou les idées suicidaires récentes. Le personnel qui présentait des symptômes de ces troubles il y a près d'un an peut avoir réduit sa consommation d'alcool depuis.

¹⁶ Un trouble dépressif majeur est évalué à l'aide de l'outil de dépistage PHQ-2. Consulter le chapitre 2 pour obtenir plus de détails.

¹⁷ L'ESPT est évalué à l'aide de l'outil de mesure de l'ESPT en soins primaires. Consulter le chapitre 2 pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

9.3.2.2 Directives de consommation d'alcool à faible risque relatives aux effets aigus

Au cours de la dernière semaine, 24,4 % des hommes du personnel ont consommé plus de quatre boissons alcoolisées en une journée, tandis que 18,0 % des femmes du personnel ont consommé plus de trois boissons alcoolisées en une journée. Autrement dit, 23,5 % de tout le personnel de la Force régulière avait dépassé le nombre maximum de consommations recommandé par les DCAFR actuelles au moins une fois au cours de la dernière semaine, ce qui le rendait sensible aux effets aigus de la consommation d'alcool. Ce pourcentage est demeuré inchangé par rapport au sondage de 2008-2009, mais est inférieur à celui observé en 2004 (Tableau 9-15). Il convient de souligner que les DCAFR actuelles ont été publiées en 2011 et qu'elles ont été utilisées pour calculer toutes les estimations présentées au Tableau 9-15. Cependant, des directives plus restrictives étaient en place avant 2011 (c.-à-d. pas plus de deux consommations par jour, pour les hommes et les femmes) [Bondy,1999].

Tableau 9-15 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui, au cours de la dernière semaine, a consommé plus que le nombre maximum de boissons alcoolisées recommandé par les DCAFR pour éviter les effets aigus de la consommation d'alcool, par année de sondage

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	28,3	(25,8-30,8)	1,28	(1,07-1,53)
2008-2009	26,8	(23,4-30,3)	1,19	(0,96-1,48)
2013-2014	23,5	(21,2-25,9)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

En 2013, 14,6 % des hommes et 8,0 % des femmes de la population canadienne en générale excédaient le nombre maximum de boissons alcoolisées recommandées pour éviter les effets aigus de la consommation d'alcool (Statistique Canada, 2015). Bien que la population cible (15 ans et plus) et la méthode d'enquête (interview téléphonique assistée par ordinateur) de ce sondage canadien étaient différentes de celles du SSSV, on remarque une variance importante entre ces deux populations en raison d'un pourcentage beaucoup plus important de membres de la Force régulière qui dépassent les limites établies des DCAFR relativement aux effets aigus.

Le dépassement du nombre maximum de boissons alcoolisées recommandé dans les DCAFR afin d'éviter les effets aigus de la consommation d'alcool au moins une fois au cours de la dernière semaine était plus probable pour : (1) le personnel âgé de 18 à 29 ans, comparativement au personnel âgé de 30 à 60 ans; (2) les hommes, comparativement aux femmes; et (3) les MR, comparativement aux officiers (Tableau 9-16). Il n'y avait pas de différence en fonction de l'élément de service ou des résultats d'évaluation positifs pour la dépression, l'ESPT et les idées suicidaires récentes. Comme il en était question à la section 9.3.2.1, le manque de lien entre l'abus d'alcool et les symptômes liés à des troubles de santé mentale peut s'expliquer par les différences entre les périodes rétrospectives.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-16 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui, au cours de la dernière semaine, a consommé plus que le nombre maximum de boissons alcoolisées recommandé par les DCAFR pour éviter les effets aigus de la consommation d'alcool

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		23,5 (21,2-25,9)	
Âge (années)	18 à 29	33,8 (28,7-38,8)	Référence
	30 à 39	22,2 (17,7-26,6)	0,56 (0,40-0,79)
	40 à 49	19,5 (15,5-23,4)	0,47 (0,34-0,66)
	50 à 60	10,4 (7,6-13,2)	0,23 (0,16-0,33)
Sexe	Femmes	18,0 (15,4-20,6)	Référence
	Hommes	24,4 (21,7-27,1)	1,47 (1,17-1,85)
Grade	MR	25,1 (22,1-28,2)	Référence
	Officier	18,7 (16,0-21,4)	0,68 (0,54-0,87)

9.3.2.3 Connaissance des Directives de consommation d'alcool à faible risque

Seulement un peu plus du tiers (34,2 %) du personnel de la Force régulière connaissait les DCAFR canadiennes. Ce pourcentage a augmenté par rapport à 2008-2009 (Tableau 9-17). Les DCAFR étaient plus connues : (1) chez les femmes que chez les hommes; et (2) chez le personnel de la Force terrestre que chez le personnel de la Force aérienne (Tableau 9-18). Cependant, la connaissance des DCAFR n'était pas associée à une consommation plus sûre d'alcool. En effet, 23,0 % (IC à 95 % : 19,4 %-27,2 %) du personnel qui connaissait les DCAFR avait excédé le nombre maximum de boissons alcoolisées recommandé afin d'éviter les effets aigus de la consommation d'alcool au moins une fois au cours de la dernière semaine, comparativement à 23,9 % (IC à 95 % : 21,0 %-27,1 %) du personnel qui ne connaissait pas les DCAFR.

Tableau 9-17 : Pourcentage de la Force régulière qui a déclaré connaître les DCAFR, par année de sondage

SSSV	Pourcentage (IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes (IC à 95 %)
2008-2009	28,7 (25,4-32,0)	0,77 (0,64-0,94)
2013-2014	34,2 (31,6-36,7)	Référence

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition selon les grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-18 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré connaître les DCAFR

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		34,2	(31,6-36,7)		
Sexe	Femmes	47,4	(43,9-50,9)	Référence	
	Hommes	32,1	(29,3-35,0)	0,53	(0,43-0,64)
Élément de service	Force aérienne	31,7	(27,5-35,8)	Référence	
	Force maritime	29,4	(23,8-35,0)	0,90	(0,64-1,25)
	Force terrestre	37,7	(33,8-41,5)	1,30	(1,01-1,68)

On a également demandé aux répondants de signaler le nombre maximum de boissons alcoolisées qu'ils croyaient pouvoir prendre par jour. Indépendamment de leur connaissance ou de leur ignorance des DCAFR, 91,1 % (IC à 95 % : 89,0 %-92,8 %) des hommes ont déclaré qu'ils ne devraient pas boire plus de quatre boissons alcoolisées par jour, tandis que 94,5 % (IC à 95 % : 92,7 %-95,9 %) des femmes ont déclaré qu'elles ne devraient pas boire plus de trois boissons alcoolisées par jour. La vaste majorité du personnel de la Force régulière était donc consciente des niveaux de consommation d'alcool pouvant être considérés comme sûrs. Toutefois, 22,0 % (IC à 95 % : 19,6 %-24,5 %) du personnel qui avait correctement déterminé le nombre maximum de boissons alcoolisées qu'il devrait consommer par jour avait dépassé les limites établies par les DCAFR relatives aux effets aigus au moins une fois au cours de la dernière semaine. De plus, 44,0 % (IC à 95 % : 41,3 %-46,8 %) du personnel avait au moins une fois consommé, au cours de la dernière semaine, plus de boissons alcoolisées que le maximum quotidien qu'il croyait devoir respecter. Ces résultats mettent en évidence le fait que la sensibilisation ne mène pas à elle seule à un changement de comportement. Le personnel de la Force régulière ne modifie pas son comportement même s'il connaît les effets néfastes pour la santé de l'abus d'alcool.

9.3.3 Consommation d'alcool dangereuse et nocive

9.3.3.1 Questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool - AUDIT

La consommation d'alcool au cours de la semaine précédant la réalisation du sondage – telle qu'elle a été présentée à la section 9.3.2 – est un indicateur utile des tendances aux « beuveries express », mais ne reflète pas nécessairement les effets chroniques sur la santé d'un comportement de consommation d'alcool dangereuse. C'est pourquoi le SSSV comprenait également un questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool. Ce questionnaire a été élaboré par l'Organisation mondiale de la santé et mesure la fréquence de 10 indicateurs de comportement de consommation d'alcool nocive, comme le nombre de fois au cours des 12 derniers mois qu'une personne s'est sentie coupable ou pleine de regrets après avoir bu. Par l'intermédiaire de seuils propres au sexe, le questionnaire permet de déterminer les personnes ayant un comportement de consommation d'alcool dangereuse et nocive (Babor, 2001). Des résultats positifs au questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool indiquent donc un abus d'alcool chronique.

Un cinquième (19,9 %) du personnel de la Force régulière dépasse les seuils propres au sexe du questionnaire, ce qui indique une habitude de consommation d'alcool nocive. Ce pourcentage était supérieur à celui de 2004, mais il est demeuré inchangé par rapport à 2008-2009 (Tableau 9-19).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-19 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a excédé les seuils propres au sexe du questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool (AUDIT), par année de sondage

Année	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	15,7	(13,7-17,9)	0,75	(0,60-0,93)
2008-2009	17,3	(14,5-20,4)	0,84	(0,65-1,08)
2013-2014	19,9	(17,7-22,4)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

Un comportement de consommation d'alcool dangereuse et nocive (tel que déterminé par le Questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool) était plus probable pour : (1) le personnel âgé de 18 à 29 ans, comparativement au personnel âgé de 30 à 60 ans; (2) les hommes, comparativement aux femmes; (3) les MR, comparativement aux officiers; (4) le personnel de la Force maritime, comparativement au personnel de la Force aérienne; (5) les membres du personnel célibataires, comparativement aux membres du personnel mariés ou en union de fait; et (6) le personnel n'ayant pas fait d'études postsecondaires, comparativement au personnel ayant un diplôme universitaire (Tableau 9-20). Il n'y avait pas de différence en fonction des résultats d'évaluation positifs pour la dépression, l'ESPT et les idées suicidaires récentes. Comme il en était question à la section 9.3.2.1, le manque de lien entre l'abus d'alcool et les symptômes liés à des troubles de santé mentale peut s'expliquer par les différences entre les périodes rétrospectives.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-20 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a excédé les seuils propres au sexe du questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool (AUDIT)

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		19,9 (17,6-22,2)	
Âge (années)	18 à 29	31,0 (25,8-36,1)	Référence
	30 à 39	19,8 (15,3-24,3)	0,55 (0,38-0,80)
	40 à 49	13,6 (10,1-17,2)	0,35 (0,24-0,52)
	50 à 60	6,5 (4,1-8,9)	0,15 (0,10-0,24)
Sexe	Femmes	12,3 (10,1-14,6)	Référence
	Hommes	21,1 (18,4-23,8)	1,90 (1,46-2,47)
Grade	MR	21,2 (18,1-24,2)	Référence
	Officier	16,3 (13,7-18,9)	0,73 (0,56-0,95)
Élément de service	Force aérienne	16,2 (12,4-20,1)	Référence
	Force maritime	23,6 (17,7-29,5)	1,59 (1,03-2,45)
	Force terrestre	20,8 (17,4-24,3)	1,36 (0,95-1,93)
Situation familiale	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	17,8 (15,0-20,5)	Référence
	Veuf/veuve, séparé(e), divorcé(e)	17,3 (10,4-24,2)	0,97 (0,58-1,63)
	Célibataire	27,9 (22,3-33,5)	1,79 (1,28-2,51)
Plus haut niveau d'études	Études secondaires	22,0 (17,4-26,7)	Référence
	Études postsecondaires partielles	20,3 (16,2-24,3)	0,90 (0,62-1,31)
	Études universitaires terminées	16,3 (13,5-19,0)	0,69 (0,49-0,96)

9.3.3.2 Fréquence des beuveries express

Les beuveries express correspondent à la consommation de six boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion. Plus du tiers de tout le personnel de la Force régulière a déclaré n'avoir jamais consommé à l'excès, 11,8 % a signalé le faire au moins une fois par mois et un autre 9,2 % a déclaré qu'il le faisait au moins une fois par semaine. Ces pourcentages sont demeurés inchangés par rapport à 2004 et à 2008-2009. Les beuveries express étaient plus fréquentes chez : (1) le personnel âgé de 18 à 29 ans que chez le personnel de 30 ans et plus; (2) chez les hommes que chez les femmes; (3) chez les MR que chez les officiers; (4) chez le personnel des éléments maritimes et terrestres que chez le personnel de l'élément aérien; (5) chez les membres célibataires que chez les membres mariés ou en union de fait; et (6) chez le personnel n'ayant pas fait d'études postsecondaires que chez le personnel ayant un diplôme universitaire (Tableau 9-21). Il n'y avait pas de différence en fonction des résultats d'évaluation positifs pour la dépression, l'ESPT et les idées suicidaires récentes.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-21 : Fréquence des boissons express (c.-à-d. la consommation de six boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion) parmi les membres de la Force régulière

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)						Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine			
En général		35,0 (32,5-37,5)	43,9 (41,1-46,7)	11,8 (9,9-13,7)	9,2 (7,5-11,0)			
Âge (années)	18 à 29	21,6 (17,2-26,1)	44,4 (38,9-49,8)	18,8 (14,4-23,1)	15,2 (11,2-19,3)		Référence	
	30 à 39	31,4 (26,5-36,3)	48,0 (42,6-53,4)	11,9 (8,3-15,4)	8,7 (5,4-12,0)		0,55 (0,41-0,74)	
	40 à 49	44,6 (39,7-49,6)	42,3 (37,3-47,3)	7,3 (4,6-10,0)	5,8 (3,2-8,3)		0,32 (0,24-0,43)	
	50 à 60	58,8 (54,1-63,4)	33,1 (28,6-37,6)	4,4 (2,4-6,4)	3,7 (1,9-5,5)		0,18 (0,14-0,24)	
Sexe	Femmes	53,5 (49,9-57,0)	36,6 (33,2-40,1)	6,6 (4,9-8,3)	3,3 (2,0-4,6)		Référence	
	Hommes	32,1 (29,3-35,0)	45,1 (41,8-48,3)	12,6 (10,5-14,8)	10,2 (8,1-12,2)		2,48 (2,07-2,97)	
Grade	MR	32,9 (29,7-36,1)	44,3 (40,8-47,9)	12,0 (9,5-14,4)	10,8 (8,5-13,1)		Référence	
	Officier	41,0 (37,6-44,5)	42,7 (39,1-46,4)	11,4 (9,1-13,8)	4,8 (3,4-6,2)		0,68 (0,57-0,81)	
Élément de service	Force aérienne	40,9 (36,4-45,4)	40,1 (35,4-44,7)	10,6 (7,5-13,8)	8,4 (5,4-11,3)		Référence	
	Force maritime	30,5 (24,7-36,3)	46,2 (39,5-52,8)	15,4 (10,4-20,4)	7,9 (4,1-11,7)		1,44 (1,07-1,94)	
	Force terrestre	33,3 (29,5-37,0)	45,4 (41,2-49,6)	11,2 (8,5-13,8)	10,2 (7,5-12,9)		1,31 (1,03-1,67)	
Situation familiale	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	37,6 (34,5-40,7)	45,5 (42,1-49,0)	9,7 (7,5-11,8)	7,2 (5,3-9,2)		Référence	
	Célibataire	26,3 (21,0-31,6)	38,5 (32,4-44,7)	18,8 (14,0-23,6)	16,3 (11,5-21,1)		2,13 (1,60-2,84)	
	Veuf/veuve, séparé(e), divorcé(e)	37,1 (28,6-45,6)	44,8 (35,8-53,8)	11,7 (5,8-17,7)	6,3 (1,8-10,9)		1,03 (0,73-1,46)	
Plus haut niveau d'études	Études secondaires	33,9 (29,0-38,9)	43,4 (38,0-48,7)	10,3 (6,9-13,7)	12,4 (8,7-16,1)		Référence	
	Études postsecondaires partielles	31,9 (27,7-36,1)	46,1 (41,2-50,9)	13,1 (9,7-16,5)	8,9 (6,0-11,9)		1,01 (0,77-1,33)	
	Études universitaires terminées	40,9 (37,2-44,6)	42,8 (38,9-46,7)	11,1 (8,7-13,5)	5,2 (3,5-6,8)		0,69 (0,54-0,89)	

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinaire. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

9.3.4 Comportements à risque associés à la consommation d'alcool

La consommation d'alcool est associée à une augmentation des comportements à risque (de Haan, 2015). Elle est également liée à l'altération de la fonction cognitive et des habiletés motrices (p. ex., vision double, problèmes d'attention, réflexes lents). Même une seule consommation peut réduire la capacité de réaction rapide à des événements qui se produisent de façon soudaine pendant la conduite automobile (Berthelon, 2014). La conduite avec facultés affaiblies est illégale et constitue la principale cause criminelle de décès au Canada (Perreault, 2013). Malheureusement, on en sait peu sur l'étendue de la conduite avec facultés affaiblies au Canada; les relevés judiciaires ne peuvent être utilisés que pour calculer le nombre de délits de conduite avec facultés affaiblies, mais le nombre de Canadiens conduisant avec les facultés affaiblies non identifiés par la police demeure inconnu. Cependant, une étude menée en 2008 indique que 8,1 % des conducteurs de la Colombie-Britannique ayant été soumis à un alcootest anonyme avaient un taux d'alcoolémie de 0,05 % (c.-à-d. 50 mg d'alcool par 100 ml de sang) ou plus (Beirness, 2009). Il est impossible d'établir une comparaison directe avec les données du SSSV en raison des différentes méthodes d'enquête utilisées. De plus, on n'a demandé aux répondants du SSSV que de déclarer s'ils avaient déjà conduit un véhicule après avoir « trop bu » au cours des 12 derniers mois. Aucune définition officielle de « trop bu » ni de taux d'alcoolémie n'avait été incluse dans le SSSV.

Au cours des 12 derniers mois, 3,6 % du personnel de la Force régulière a signalé avoir conduit après avoir trop bu. Ce pourcentage est demeuré inchangé par rapport à 2008-2009. Conduire après avoir « trop bu » était plus probable pour : (1) le personnel âgé de 18 à 39 ans, comparativement au personnel âgé de 40 à 60 ans; et (2) les MR, comparativement aux officiers (Tableau 9-22). Il n'y avait pas de différence selon le sexe ou les éléments de service.

Tableau 9-22 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré avoir conduit après avoir consommé une trop grande quantité d'alcool

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		3,6	(2,6-4,9)		
Âge (années)	18 à 39	4,7	(3,3-6,7)	Référence	
	40 à 60	1,7	(0,9-3,3) ^a	0,37	(0,18-0,77)
Grade	MR	4,3	(3,0-6,0)	Référence	
	Officier	1,6	(0,9-2,7) ^a	0,36	(0,19-0,69)

^a Moins de 20 observations non pondérées; l'estimation peut être instable; interprétez avec prudence.

Au cours des 12 derniers mois, 4,7 % des membres de la Force régulière ont déclaré être monté à bord d'un véhicule conduit par une personne qui avait trop consommé d'alcool. Ce pourcentage est demeuré inchangé par rapport à 2008-2009. Monter à bord d'un véhicule conduit par une personne qui avait trop consommé d'alcool était plus probable pour : (1) le personnel âgé de 18 à 39 ans, comparativement au personnel âgé de 40 à 60 ans; et (2) les MR, comparativement aux officiers (Tableau 9-23). Il n'y avait pas de différence selon le sexe ou les éléments de service.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-23 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré être monté, au cours des 12 derniers mois, à bord d'un véhicule conduit par une personne ayant trop consommé d'alcool

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		4,7 (3,4-5,9)	
Âge (années)	18 à 39	6,1 (4,6-8,3)	Référence
	40 à 60	2,2 (1,3-3,7)	0,33 (0,18-0,63)
Grade	MR	5,2 (3,6-6,8)	Référence
	Officier	2,9 (1,9-4,0)	0,55 (0,34-0,89)

Au cours des 12 derniers mois, 2,3 % du personnel de la Force régulière a déclaré avoir conduit un bateau, un canoë ou un autre véhicule nautique après avoir consommé une trop grande quantité d'alcool. Ce pourcentage est demeuré inchangé par rapport à 2008-2009. La conduite d'un véhicule nautique après avoir trop consommé d'alcool était plus probable pour : (1) le personnel âgé de 18 à 39 ans, comparativement au personnel âgé de 40 à 60 ans; et (2) les hommes, comparativement aux femmes (Tableau 9-24). Il n'y avait pas de différence selon le grade ou les éléments de service.

Tableau 9-24 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré avoir conduit, au cours des 12 derniers mois, un véhicule nautique après avoir consommé une trop grande quantité d'alcool

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		2,3 (1,4-3,1)	
Âge (années)	18 à 39	3,0 (1,9-4,6)	Référence
	40 à 60	1,1 (0,4-2,3)	0,34 (0,13-0,89)
Sexe	Femmes	0,9 (0,3-1,5) ^a	Référence
	Hommes	2,5 (1,5-3,5)	2,89 (1,29-6,48)

^a Moins de 20 observations non pondérées; l'estimation peut être instable; interprétez avec prudence.

En outre, 1,9 % (IC à 95 % : 1,2 %-3,0 %) du personnel utilisait des outils électriques ou des machines après avoir consommé une trop grande quantité d'alcool. Il était impossible d'établir des comparaisons démographiques en raison du nombre insuffisant d'observations.

9.4 Consommation de drogues à des fins non médicales

La consommation de drogues à des fins non médicales, que ce soit de façon périodique ou occasionnelle, peut avoir des conséquences durables sur la santé et sur la société. La consommation de drogues peut nuire au rendement cognitif, même en faibles doses cumulatives, et peut entraîner un éventail de conséquences sur la santé mentale, comme des troubles affectifs ou perceptifs de durée limitée et des épisodes de déséquilibre mental. De façon indirecte, la consommation de drogues à des fins non médicales peut entraîner une



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

augmentation du taux de maladies infectieuses (p. ex., l'hépatite C) et une invalidité associée à une blessure, ainsi que des occasions manquées et une productivité réduite (Chen, 2009). La consommation de drogues illicites peut également entraîner des conséquences juridiques. Des données de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) indiquaient que 10,6 % de la population canadienne âgée de 15 ans et plus avaient consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois. Les autres drogues illicites consommées au cours des 12 derniers mois comprenaient des hallucinogènes (0,6 %), la cocaïne ou le crack (0,9 %) et l'ecstasy (0,4 %) (Statistique Canada, 2015).

9.4.1 Consommation de drogues à des fins non médicales du personnel des FAC

Au cours des 12 derniers mois, 5,9 % des membres du personnel de la Force régulière ont signalé avoir utilisé des drogues à des fins non médicales. La consommation de drogues au cours des 12 derniers mois était plus probable pour : (1) le personnel de 18 à 29 ans, comparativement au personnel de 30 à 60 ans; (2) les MR, comparativement aux officiers; (3) le personnel n'ayant pas fait d'études postsecondaires, comparativement au personnel ayant un diplôme universitaire; (4) les membres du personnel célibataires, comparativement aux membres du personnel mariés ou en union de fait; (5) le personnel souffrant de dépression; (6) le personnel désigné comme nécessitant une évaluation approfondie relativement à l'ESPT; et (7) le personnel qui avait sérieusement envisagé le suicide au cours des 12 derniers mois (Tableau 9-25). Il n'y avait pas de différence selon le sexe ou les éléments de service.

Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière



Tableau 9-25 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont déclaré avoir consommé des drogues^a à des fins non médicales au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		5,9 (4,5-7,3)	
Âge (années)	18 à 29	10,8 (7,3-14,2)	Référence
	30 à 39	4,4 (2,2-6,7)	0,39 (0,20-0,74)
	40 à 49	4,1 (2,0-6,1)	0,35 (0,19-0,66)
	50 à 60	1,9 (0,8-3,0)	0,16 (0,08-0,32)
Grade	MR	7,1 (5,3-8,9)	Référence
	Officier	2,2 (1,3-3,2)	0,30 (0,18-0,50)
Plus haut niveau d'études	Études secondaires	7,3 (4,5-10,2)	Référence
	Études postsecondaires partielles	6,9 (4,5-9,3)	0,93 (0,53-1,64)
	Études universitaires terminées	2,7 (1,5-3,9)	0,35 (0,19-0,64)
Situation familiale	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	5,2 (3,6-6,8)	Référence
	Veuf/veuve, séparé(e), divorcé(e)	4,1 (1,1-7,0)	0,78 (0,34-1,78)
	Célibataire	8,9 (5,3-12,5)	1,81 (1,04-3,14)
Dépression majeure	Non	5,3 (3,9-6,7)	Référence
	Oui	14,5 (6,8-22,1)	3,02 (1,53-5,95)
Évaluation approfondie de l'ESPT requise	Non	4,9 (3,5-6,2)	Référence
	Oui	13,9 (7,4-20,5)	3,15 (1,70-5,87)
Idées suicidaires au cours des 12 derniers mois	Non	5,0 (3,7-6,4)	Référence
	Oui	28,5 (14,6-42,3)	7,50 (3,59-15,70)

^a Comprend la marijuana, le hachisch, les hallucinogènes, la cocaïne, les amphétamines, les barbituriques et d'autres sédatifs, l'héroïne et d'autres stupéfiants, les inhalants, et les stéroïdes anabolisants.

La marijuana et le hachisch étaient les drogues les plus populaires consommées à des fins non médicales parmi les membres de la Force régulière, avec 3,9 % du personnel ayant déclaré en avoir consommé au cours des 12 derniers mois (Figure 9-7). Ce pourcentage est demeuré inchangé par rapport à 2008-2009. Ce pourcentage est étonnamment bas, étant donné que 10,6 % de la population canadienne âgée de 15 ans et



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

plus avait consommé du cannabis au moins une fois en 2013 (Statistique Canada, 2015). La prévalence relativement faible de la consommation de cannabis au sein de la Force régulière pourrait être attribuable en partie à une réticence à déclarer la consommation réelle de drogues par crainte de représailles, en dépit de l'anonymat du sondage. Il se peut également que cette différence reflète le respect de la politique interdisant la consommation de substances illicites au sein des FAC. Le personnel est peut-être plus enclin à se conformer à cette politique en sachant que le dépistage aléatoire des drogues et le dépistage des drogues préalablement aux missions sont pratiqués.

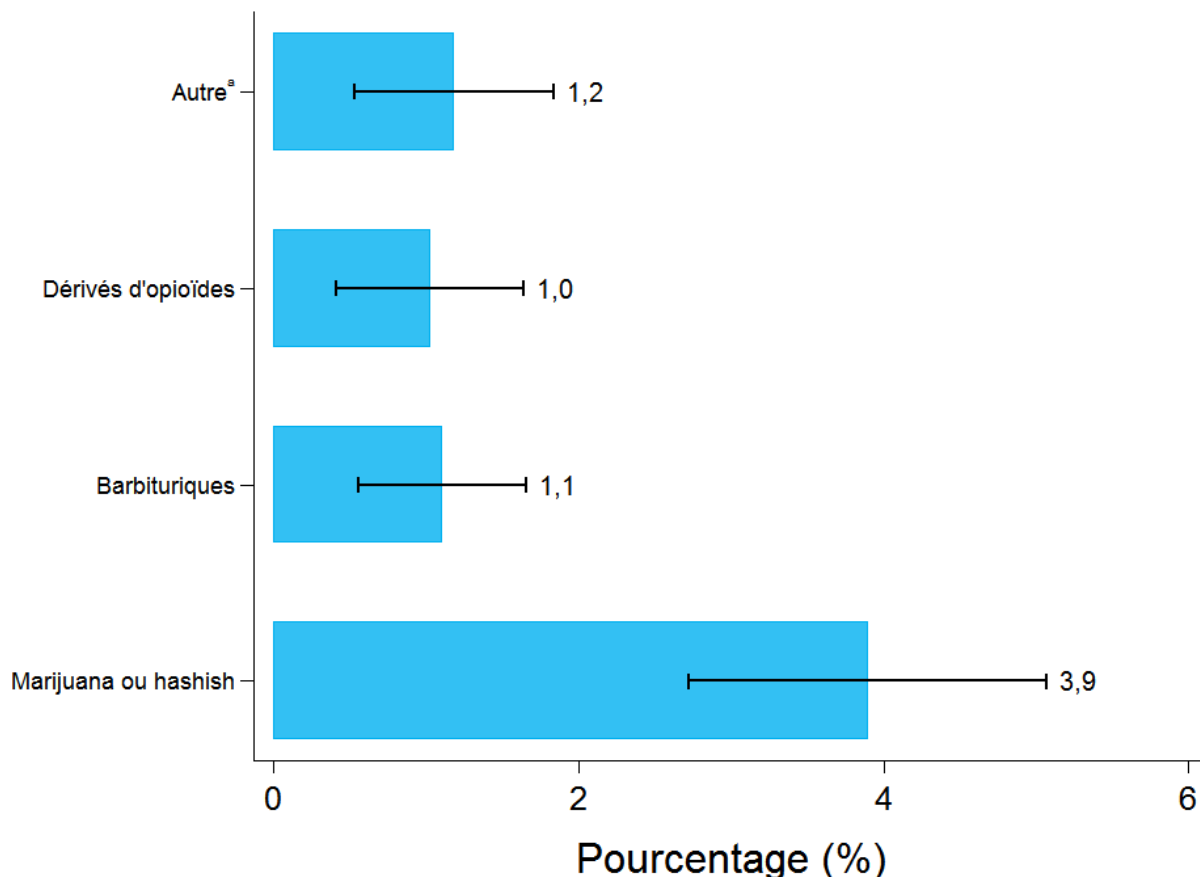


Figure 9-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont consommé divers types de drogues à des fins non médicales au cours des 12 derniers mois.

^a Comprend les hallucinogènes, la cocaïne, les amphétamines, les inhalants, et les stéroïdes anabolisants.

Les autres drogues généralement consommées à des fins non médicales au cours des 12 derniers mois étaient les barbituriques (1,1 %) et les dérivés opioïdes (1,0 %) (Figure 9-7). Ces pourcentages sont demeurés inchangés par rapport à 2008-2009. Moins de 10 % des répondants ont déclaré avoir consommé de la cocaïne, des hallucinogènes, des amphétamines et des stéroïdes anabolisants. Aucun répondant n'a indiqué avoir consommé des inhalants (p. ex., oxyde nitreux) au cours des 12 derniers mois.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

9.4.2 Consommation de réhausseurs sexuels à des fins non médicales

On a demandé aux participants au SSSV de sélectionner, à partir d'une liste précise, les drogues non médicales (« sans prescription d'un médecin ») consommées au cours des 12 derniers mois. Les réhausseurs sexuels ont été inclus dans cette liste, car ils sont parfois utilisés à des fins récréatives.

Au cours des 12 derniers mois, 3,4 % de tout le personnel de la Force régulière a déclaré avoir consommé des réhausseurs sexuels (p. ex., Viagra, Cialis) à des fins non médicales. Ce pourcentage est demeuré inchangé par rapport à 2008-2009. La consommation de réhausseurs sexuels à des fins non médicales était plus probable pour le personnel âgé de 40 à 60 ans, comparativement au personnel âgé de 18 à 39 ans (Tableau 9-26). Il n'y avait pas de différence selon le grade ou les éléments de service. Tous les répondants qui ont déclaré avoir utilisé au cours des 12 derniers mois des réhausseurs sexuels à des fins non médicales étaient des hommes.

Tableau 9-26 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a déclaré avoir consommé des réhausseurs sexuels à des fins non médicales au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		3,4	(2,5-4,5)		
Âge (années)	18 à 39	2,0	(1,1-3,6) ^a	Référence	
	40 à 49	5,1	(3,2-8,0) ^a	2,63	(1,22-5,69)
	50 à 60	7,3	(5,1-10,2)	3,84	(1,90-7,76)

^a Moins de 20 observations non pondérées; l'estimation peut être instable; interprétez avec prudence.

9.4.3 Consommation de drogues à des fins non médicales dans le milieu de travail des Forces armées canadiennes

9.4.3.1 Changement en matière de consommation de drogues depuis l'enrôlement dans les Forces armées canadiennes

Dans l'ensemble, 26,9 % (IC à 95 % : 24,5 %-29,4 %) des membres de la Force régulière ont déclaré avoir consommé de la drogue à des fins non médicales à un moment donné au cours de leur vie. Parmi ceux-ci, 84,1 % ont déclaré qu'ils consommaient actuellement moins de drogues que lorsqu'ils se sont enrôlés dans les FAC. Par ailleurs, 6,8 % du personnel qui avait déjà consommé des drogues à des fins non médicales a déclaré qu'il en consommait maintenant davantage que lorsqu'il s'est enrôlé dans les FAC. Au sein du personnel qui n'avait jamais consommé de drogues à des fins non médicales, la déclaration d'une consommation accrue de drogues au moment du sondage par rapport au moment de l'enrôlement était plus probable pour : (1) les femmes, comparativement aux hommes; et (2) le personnel de la Force aérienne, comparativement au personnel de la Force terrestre (Tableau 9-27). Il n'y avait pas de différence selon l'âge ou le grade.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-27 : Différence entre la consommation de drogues à des fins non médicales au moment du sondage et au moment de l'enrôlement dans les Forces armées Canadiennes parmi le personnel de la Force régulière qui n'avait jamais consommé de drogues à des fins non médicales

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)			Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Consommation actuelle réduite	Consommation inchangée	Consommation actuelle accrue	
En général		84,1 (80,2-88,0)	9,1 (6,0-12,1)	6,8 (4,1-9,5)	
Sexe	Femmes	76,3 (69,9-82,7)	13,5 (8,3-18,7)	10,2 (5,5-14,9)	Référence
	Hommes	85,1 (80,8-89,5)	8,5 (5,1-11,9)	6,4 (3,4-9,3)	0,57 (0,35-0,92)
Élément de service	Force aérienne	75,3 (66,6-83,9)	14,0 (7,2-20,9)	10,7 (4,4-17,0)	Référence
	Force maritime	84,1 (75,7-92,5)	9,2 (2,3-16,0)	6,7 (1,3-12,1)	0,58 (0,27-1,25)
	Force terrestre	89,6 (85,0-94,2)	5,9 (2,3-9,5)	4,5 (1,5-7,5)	0,36 (0,18-0,70)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinaire. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

9.4.3.2 Consommation de drogues en garnison ou lors de missions

Parmi les 26,9 % des membres de la Force régulière qui avaient déjà consommé de la drogue à des fins non médicales, seulement 2,1 % (IC à 95 % : 1,0 %-4,6 %) ont déclaré avoir été sous l'influence de drogues pendant qu'ils travaillaient au cours des deux dernières années. Trop peu de répondants ont déclaré avoir été sous l'influence de drogues pendant qu'ils travaillaient au cours des deux dernières années pour pouvoir comparer ce pourcentage à des catégories démographiques ou à des années de sondage.

En revanche, 23,0 % de tout le personnel de la Force régulière a déclaré avoir travaillé au cours des 12 derniers mois avec un membre des FAC connu pour sa consommation de drogues en garnison ou lors de missions. Par conséquent, bien que très peu de soldats aient déjà travaillé sous l'influence de drogues, ces personnes ont une incidence sur près du quart de la Force régulière, dans le cadre de leurs relations de travail. Le pourcentage du personnel ayant déclaré avoir travaillé avec une personne connue pour sa consommation de drogues est demeuré inchangé par rapport à 2008-2009. Il était plus probable de déclarer connaître un autre membre des FAC qui consommait de la drogue en garnison ou lors de missions pour : (1) le personnel âgé de 18 à 29 ans, comparativement au personnel âgé de 30 ans et plus; (2) les MR, comparativement aux officiers; et (3) le personnel de l'élément terrestre, comparativement au personnel de l'élément aérien (Tableau 9-28).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 9-28 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a travaillé au cours des 12 derniers mois avec un autre membre des Forces armées canadiennes connu pour sa consommation de drogues en garnison ou lors de missions

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		23,0	(20,3-25,7)		
Âge (années)	18 à 29	36,2	(30,3-42,2)	Référence	
	30 à 39	26,4	(21,0-31,8)	0,63	(0,43-0,92)
	40 à 49	11,7	(8,1-15,4)	0,23	(0,15-0,36)
	50 à 60	5,6	(3,3-7,8)	0,10	(0,06-0,17)
Grade	MR	25,7	(22,2-29,2)	Référence	
	Officier	15,0	(12,3-17,8)	0,51	(0,39-0,68)
Élément de service	Force aérienne	17,3	(12,8-21,7)	Référence	
	Force maritime	20,4	(14,1-26,6)	1,22	(0,74-2,01)
	Force terrestre	27,2	(23,1-31,3)	1,79	(1,22-2,61)

9.4.3.3 Consommation de drogues lors de missions

Parmi le personnel de la Force régulière qui avait déjà été envoyé en mission outre-mer, 5,0 % ne s'étaient pas sentis en sécurité à un moment donné pendant la mission, car une personne avec laquelle il travaillait consommait de la drogue. Ce pourcentage est demeuré inchangé par rapport à 2008-2009. Il était plus probable que des MR, comparativement à des officiers, déclarent ne pas s'être sentis en sécurité en mission parce qu'un collègue consommait de la drogue (Tableau 9-29). Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe ou les éléments de service.

Tableau 9-29 : Pourcentage du personnel de la Force régulière^a qui a déclaré ne pas s'être senti en sécurité lors d'une mission parce qu'un collègue consommait de la drogue

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		5,0	(3,6-6,9)		
Grade	MR	6,2	(4,4-8,7)	Référence	
	Officier	1,2	(0,6-2,5) ^b	0,18	(0,08-0,42)

^a Ne comprend que le personnel qui a déjà été envoyé en mission outre-mer.

^b Moins de 20 observations non pondérées; l'estimation peut être instable; interprétez avec prudence.

9.4.4 Signes indiquant un problème de consommation de drogues

Le personnel de la Force régulière mentionnait rarement les signes de la toxicomanie. Parmi les 26,9 % des membres de la Force régulière qui avaient déjà consommé des drogues à des fins non médicales, 4,8 %



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

(IC à 95 % : 2,8 %-8,1 %) ont déclaré qu'un ami, un membre de la famille ou une autre personne avait exprimé des préoccupations par rapport à leur consommation de drogues. Moins de 1 % du personnel qui avait déjà consommé de la drogue a déclaré ne pas avoir accompli ce qu'on attendait normalement de lui en raison de sa consommation de drogues. Trop peu de répondants ont déclaré de tels signes de la toxicomanie pour pouvoir comparer des pourcentages entre des catégories démographiques.

9.5 Jeu

Les occasions de jeux de hasard légaux ont rapidement augmenté au Canada depuis le début des années 1990 (Korn, 2000). Le jeu est devenu une habitude courante chez les Canadiens; environ 78 % des Canadiens âgés de 18 ans et plus participent à une certaine forme de jeu à un moment donné au cours d'une année. En 2012, les jeux de hasard représentaient, au Canada, une industrie de 14 milliards de dollars (Conseil du jeu responsable, 2013). Il est établi que la dépendance au jeu a des conséquences sur la santé et des répercussions sociales et économiques sur les personnes, leur famille et les collectivités (Korn, 2000).

9.5.1 Le jeu dans les Forces armées canadiennes

Le jeu est répandu chez le personnel de la Force régulière. Au cours des 12 derniers mois, 43,8 % de tous les membres du personnel ont affirmé avoir pris part à des jeux de hasard¹⁸ au moins quelques fois par mois. Jouer plus d'une fois par mois était plus probable chez : (1) le personnel âgé de 40 à 60 ans, comparativement au personnel âgé de 18 à 29 ans; (2) les hommes, comparativement aux femmes; (3) les MR, comparativement aux officiers; (4) le personnel n'ayant pas fait d'études postsecondaires, comparativement au personnel ayant un diplôme universitaire; et (5) le personnel qui avait envisagé sérieusement le suicide au cours des 12 derniers mois, comparativement au personnel n'ayant eu aucune idée suicidaire récemment (Tableau 9-30). Il n'y avait aucune différence en fonction de l'élément de service, de l'état civil ou des résultats d'évaluation positifs pour la dépression ou l'ESPT.

¹⁸ Le jeu est défini comme une dépense d'argent pour : (1) des billets de loterie instantanée ou quotidienne; (2) des billets de loterie; (3) des jeux de cartes ou de société; (4) les terminaux de loterie vidéo; (5) les machines à sous; (6) d'autres jeux au casino; (7) des jeux de loterie sportive; (8) des investissements à haut risque; (9) des jeux d'adresse; (10) des jeux en ligne; et/ou (11) autres.

Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière



Tableau 9-30 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont participé à des jeux de hasard^a au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		43,8	(41,1-46,5)		
Âge (années)	18 à 29	38,5	(33,3-43,7)	Référence	
	30 à 39	42,8	(37,5-48,0)	1,19	(0,88-1,62)
	40 à 49	47,4	(42,5-52,2)	1,44	(1,07-1,93)
	50 à 60	52,6	(48,0-57,1)	1,77	(1,33-2,36)
Sexe	Femmes	35,8	(32,5-39,1)	Référence	
	Hommes	45,0	(41,9-48,1)	1,47	(1,21-1,78)
Grade	MR	47,1	(43,7-50,5)	Référence	
	Officier	33,8	(30,4-37,2)	0,57	(0,47-0,70)
Plus haut niveau d'études	Études secondaires	47,8	(42,7-52,9)	Référence	
	Études postsecondaires partielles	47,7	(43,0-52,4)	1,00	(0,75-1,31)
	Études universitaires terminées	32,3	(28,7-35,9)	0,52	(0,40-0,68)
Idées suicidaires au cours des 12 derniers mois	Non	42,9	(40,0-45,7)	Référence	
	Oui	59,9	(46,2-73,7)	1,99	(1,11-3,57)

^a Le jeu est défini comme une dépense d'argent pour : (1) des billets de loterie instantanée ou quotidienne; (2) des billets de loterie; (3) des jeux de cartes ou de société; (4) les terminaux de loterie vidéo; (5) les machines à sous; (6) d'autres jeux au casino; (7) des jeux de loterie sportive; (8) des investissements à haut risque; (9) des jeux d'adresse; (10) des jeux en ligne; et/ou (11) autres.

Les types de jeu les plus fréquemment signalés sont : (1) l'achat de billets de loterie; (2) l'achat de billets de loterie instantanée ou quotidienne; et (3) les paris lors de jeux de cartes ou de société avec des parents ou des amis (Figure 9-8). Des comparaisons avec le SSSV 2008-2009 n'ont pas pu être effectuées à cause de modifications apportées aux choix de réponse.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

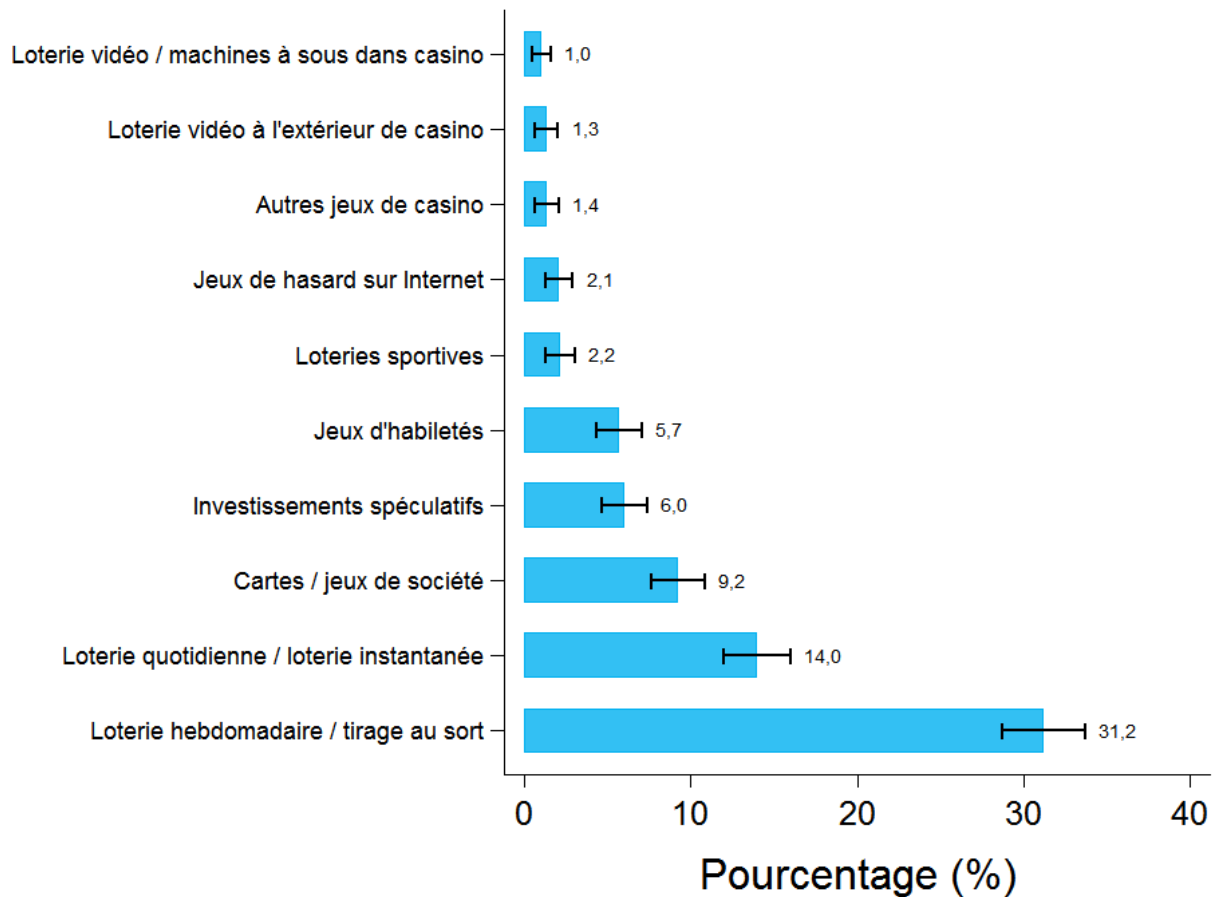


Figure 9-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont participé à des jeux de hasard au cours des 12 derniers mois.

9.6 Conclusion

Le pourcentage des fumeurs actuels est passé de 23,0 % en 2008-2009 à 17,6 % en 2013-2014. Cette diminution observée de la prévalence du tabagisme est probablement attribuable au nombre réduit de fumeurs recrutés dans les FAC, plutôt qu'aux programmes d'abandon du tabac offerts par les FAC.

La majorité (81,5 %) des fumeurs actuels avaient déjà commencé à fumer avant leur entrée dans les FAC. Cependant, 79,7 % de tous les fumeurs actuels avaient : (1) recommencé à fumer après avoir cessé; ou (2) augmenté le nombre de cigarettes fumées à un certain moment de leur carrière militaire. Les missions, la formation professionnelle et l'instruction de base étaient associées à ces types de changements malsains dans l'usage du tabac.

Il est estimé que, si les fumeurs actuels ne cessent pas de fumer, environ 5 000 personnes faisant actuellement partie de la Force régulière mourront prématurément de l'usage du tabac. En outre, environ 900 de ces décès prématurés se produiront chez des personnes qui n'avaient jamais fumé avant leur entrée dans les FAC. L'élimination de l'initiation au tabac dans les FAC – particulièrement au cours de l'instruction de base – pourrait prévenir des centaines de décès.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Au cours de la semaine précédente, 23,5 % de tous les membres de la Force régulière avaient dépassé les DCAFR, qu'il convient de respecter pour éviter les effets aigus de la consommation d'alcool (c.-à-d. pas plus de quatre verres par jour pour les hommes et pas plus de trois verres par jour pour les femmes). Ce pourcentage est demeuré inchangé par rapport au sondage de 2008-2009, mais il était inférieur par rapport à celui de 2004. Cependant, 91,1 % des hommes et 95,9 % des femmes ont correctement indiqué le nombre maximal de verres à consommer par jour, tel qu'il est mentionné dans les DCAFR. Près du quart des membres du personnel de la Force régulière ont une consommation d'alcool supérieure aux recommandations, malgré leur connaissance des directives. Ces résultats donnent à penser que le personnel n'a pas modifié son comportement malgré sa connaissance des effets d'une consommation nocive et dangereuse de l'alcool.

Selon les résultats du questionnaire de dépistage des problèmes liés à la consommation d'alcool (AUDIT), 19,9 % des membres du personnel de la Force régulière font une utilisation nocive et dangereuse de l'alcool. Ce pourcentage a augmenté par rapport au résultat de 15,7 % obtenu en 2004.

Au cours des 12 derniers mois, 5,9 % des membres du personnel de la Force régulière ont signalé avoir consommé des drogues à des fins non médicales. La drogue à usage récréatif la plus consommée était la marijuana; en effet, 3,9 % de l'ensemble du personnel de la Force régulière a indiqué avoir consommé cette drogue au cours des 12 derniers mois. En raison de modifications apportées à la structure du sondage et aux choix de réponse, il était impossible de faire des comparaisons avec la consommation de drogues des années antérieures.

Au cours des 12 derniers mois, 43,8 % de tous les membres du personnel de la Force régulière ont affirmé avoir pris part à des jeux de hasard au moins quelques fois par mois. Les types de jeu les plus fréquemment signalés étaient l'achat de billets de loterie, l'achat de billets de loterie instantanée, et les paris au cours de jeux de cartes ou de jeux de société. En raison de modifications apportées à la structure du sondage et aux choix de réponse, il était impossible de faire des comparaisons avec les comportements de jeu des années antérieures.

9.7 Références

BABOR, T.F., J.C. HIGGINS-BIDDLE, J.B. SAUNDERS et M.G. MONTEIRO. *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*, 2^e éd., Organisation mondiale de la Santé, 2001.

BEIRNESS, D.J. et E.E. BEASLEY. *Alcool et drogues chez les conducteurs : une enquête routière menée en 2008 en Colombie-Britannique*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009.

BERTHELON, C. et G. GINEYT. « Effects of alcohol on automated and controlled driving performances », *Psychopharmacology*, vol. 231, n° 10, 2014, p. 2087-2095.

BODEN, J.M. et D.M. FERGUSSON. « Alcohol and depression », *Addiction*, vol. 106, n° 5, 2011, p. 906-914.

BONDY, S.J., M.J. ASHLEY, J. REHM et G. WALSH. « Do Ontarians drink in moderation? A baseline assessment against Canadian low risk drinking guidelines », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 90, n° 4, 1999, p. 264-270.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

- BUTT, P., D. BEIRNESS, L. GLIKSMAN, C. PARADIS et T. STOCKWELL. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2011.
- CALLINAN, J.E., A. CLARKE, K. DOHERTY et C. KELLEHER. « Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 14, n° 4, 2010, CD005992.
- CHEN, C.Y. et K.M. LIN. « Health consequences of illegal drug use », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 22, n° 3, 2009, p. 287-292.
- CONSEIL CANADIEN POUR LE JEU RESPONSABLE. *Canadian Gambling Digest 2011-2012*. Préparé pour le compte du Canadian Partnership for Responsible Gambling, 2013. Sur Internet : <<http://cprg.ca/Digests>>.
- DE HAAN, L., A.C. EGBERTS et E.R. HEERDINK. « The relation between risk-taking behavior and alcohol use in young adults is different for men and women », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 155, 2015, p. 222-227.
- DEBELL, F., N.T. FEAR, M. HEAD, S. BATT-RAWDEN, N. GREENBERG, S. WESSELY et L. GOODWIN. « A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 49, n° 9, 2014, p. 1401-1425.
- DOLL, R., R. PETO, J. BOREHAM et I. SUTHERLAND. « Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors », *BMJ*, vol. 328, n° 7455, 2004, p. 1519-1527.
- JHA, P. « Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking », *Nature Reviews Cancer*, vol. 9, n° 9, 2009, p. 655-664.
- KORN, D.A. « Expansion of gambling in Canada: implications for health and social policy », *CMAJ*, vol. 163, n° 1, 2000, p. 61-64.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Global Status Report on Alcohol 2004*, Genève, OMS, Département de la Santé mentale et des Toxicomanies, 2004.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Tabagisme*, Genève, 2015. Aide-mémoire n° 339. Sur Internet : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>>.
- PERREAULT, S. « La conduite avec facultés affaiblies au Canada, 2011 », *Juristat*, Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, n° 85-002-X, 2013. Sur Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11739-fra.htm>>.
- REHM, J., M.J. ASHLEY et G. DUBOIS. « Alcohol and health: individual and population perspectives », *Addiction*, vol. 29, 1992, p. s109-s115.
- REID, J.L., D. HAMMOND, V.L. RYNARD et R. BURKHALTER. *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends*, éd. 2014, Waterloo (Ont.), Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel, Université de Waterloo, 2014.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

REID, J.L., D. HAMMOND, V.L. RYNARD et R. BURKHALTER. *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends*, éd. 2015, Waterloo (Ont.), Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel, Université de Waterloo, 2015.

ROSE, G. *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford, Oxford University Press, 1992.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2013*, Ottawa (Ont.), 2015. Sur Internet : <<http://canadiensensante.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/summary-sommaire-2013-fra.php>>.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*, Atlanta (GA), U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. Impression avec corrections, janvier 2014.



Chapitre 10 – Santé lors des missions de déploiements

10.1 Introduction

L'un des rôles des FAC est de contribuer à la paix et à la sécurité au plan international. Pour remplir ce rôle, les FAC effectuent des opérations outre-mer, souvent en collaboration avec des alliés et d'autres nations. Étant donné la variété de menaces éventuelles à la paix et à la sécurité au plan international, les opérations outre-mer des FAC sont très diverses, allant de l'aide humanitaire offerte à la suite d'une catastrophe naturelle aux opérations de combat contre un ennemi armé. De par leur nature diverse, les opérations ont des répercussions différentes sur la santé et le bien-être à long terme du personnel. Particulièrement, les opérations diffèrent quant au risque de blessures corporelles graves et d'exposition à des événements psychologiquement traumatisants. Le Tableau 10-1 donne plus de détails sur les types d'opérations outre-mer effectuées par les FAC. Il est à noter que les déploiements outre-mer n'impliquent pas toutes des opérations de combat.

Tableau 10-1 : Types d'opérations outre-mer effectuées par les Forces armées canadiennes

Type d'opération	Description
Combat	Affecter du personnel prêt au combat pour vaincre les forces ennemies armées.
Sécurité régionale	Affecter du personnel prêt au combat pour supprimer les activités déstabilisatrices.
Soutien de la paix	Affecter des contingents militaires spécialisés afin de résoudre des conflits armés et d'établir un environnement sécuritaire pour les gens vivant dans des régions déchirées par la guerre.
Formation et conseils	Affecter des contingents militaires spécialisés pour aider les nations fragilisées à établir une capacité militaire.
Aide humanitaire	Affecter des contingents militaires spécialisés à la suite de catastrophes naturelles importantes.
Opération d'évacuation des non-combattants	Aider à l'évacuation de ressortissants étrangers se trouvant dans des zones outre-mer dangereuses.

Le Tableau 10-2 résume les opérations outre-mer effectuées par les FAC au cours de la période de collecte de données d'une année du SSSV 2013-2014, et au cours des deux années précédentes. Ces opérations peuvent être différentes des opérations effectuées au cours des deux années qui ont précédé des sondages antérieurs. Des différences importantes dans la nature des opérations outre-mer peuvent expliquer les différences signalées en ce qui concerne les répercussions des missions, de 2008-2009 à 2013-2014.

Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière



Tableau 10-2 : Opérations outre-mer auxquelles le personnel des Forces armées canadiennes a participé, de septembre 2011 à septembre 2014^a

Opération	Date de début	Date de fin	Description
JADE	Août 1954	*	Affecter des observateurs militaires aux efforts de soutien de la paix de l'ONU au Moyen-Orient.
SNOWGOOSE	Mars 1964	*	Contribuer à la paix et à la stabilité à Chypre.
CALUMET	Sept. 1985	*	Contribuer à la paix et à la stabilité dans le Sinaï.
KOBOLD	Juin 1999	*	Soutenir le développement d'une force de sécurité du Kosovo compétente.
SCULPTURE	Nov. 2000	Fév. 2013	Aider le gouvernement de la République de Sierra Leone à constituer des forces armées efficaces et démocratiquement responsables.
ATHENA	Juil. 2003	Déc. 2011	Chasser les groupes d'insurgés afin de créer un environnement sécuritaire pour le développement et la reconstruction de l'Afghanistan.
HAMLET	Mai 2004	*	Faciliter la mise en œuvre pacifique d'un processus constitutionnel.
SAFARI	Juin 2004	Juil. 2011	Contribuer à la mise en œuvre de l'Accord de paix global au Soudan.
CARIBBE	Nov. 2006	*	Combattre le trafic illégal dirigé par le crime organisé transnational dans le bassin des Caraïbes et la région orientale de l'océan Pacifique.
IGNITION	Mai 2008	*	Surveiller périodiquement l'espace aérien de l'Islande et mettre en œuvre des mesures de sécurité si nécessaire.
SAIPH	Oct. 2009	Mai 2012	Accroître la sécurité maritime dans la région nord de la mer d'Oman, le golfe persique et dans les eaux bordant la Corne de l'Afrique.
SATURN	Janv. 2010	Juil. 2011	Surveiller et vérifier la mise en œuvre de l'Accord de paix du Darfour au Soudan.
CROCODILE	Mai 2010	*	Contribuer à la paix et à la stabilité dans la République démocratique du Congo.
MOBILE	Fév. 2011	Oct. 2011	Évacuer les non-combattants et faire appliquer un embargo sur les armes et une zone d'exclusion aérienne au-dessus de la Libye.
ATTENTION	Mai 2011	Mars 2014	Offrir un soutien pour la formation et le perfectionnement professionnel des Forces de sécurité nationale afghanes.
JAGUAR	Juil. 2011	Nov. 2011	Offrir des capacités d'aviation militaire et de recherche et sauvetage à la force de défense jamaïcaine.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Opération	Date de début	Date de fin	Description
SOPRANO	Juil. 2011	*	Affecter des experts en planification technique et en opération à la Mission des Nations Unies au Soudan du Sud.
ARTEMIS	Janv. 2012	*	Participer aux opérations de lutte contre le terrorisme et de sécurité maritime dans la mer Rouge et dans l'océan Indien.
ACTIVE ENDEAVOUR	Oct. 2011	Janv. 2012	Participer aux opérations de lutte contre le terrorisme organisées par l'OTAN dans la mer Méditerranée.
RENAISSANCE	Nov. 2013	Déc. 2013	Offrir un soutien humanitaire aux Philippines à la suite du typhon Haiyan.
REASSURANCE	Avr. 2014	*	Contribuer à la paix et à la stabilité en Europe centrale et en Europe orientale.
OPEN SPIRIT	Mai 2014	Mai 2015	Éliminer les restes explosifs de guerre dans la région de la mer Baltique.

^a Selon les renseignements tirés de la page Web des opérations des Forces armées canadiennes (www.forces.gc.ca/operations).

* Opération en cours au moment de la rédaction du rapport du SSSV 2013-2014.

Les membres des FAC peuvent s'attendre à être envoyés en mission outre-mer pour des périodes de durée variable au cours de leur carrière militaire. Ces missions peuvent produire des bienfaits et comporter des risques importants sur les plans physique et mental. D'une part, les missions outre-mer sont associées à une satisfaction professionnelle accrue et à un maintien en poste prolongé; de nombreux militaires préfèrent les défis d'une mission outre-mer à leurs tâches régulières à la garnison (Hosek, 2006). D'autre part, certaines missions outre-mer peuvent exposer les membres des FAC à des combats et à des environnements inconnus, et signifier des séparations prolongées de leur famille. L'exposition aux combats est associée à des risques accrus d'état de stress post-traumatique (ESPT), de dépression et de blessures physiques (Zamorski, 2014; Hoge, 2006). Les missions peuvent également avoir des répercussions négatives sur la santé mentale du conjoint et des enfants de la personne envoyée en mission (Lester, 2010; Sheppard, 2010).

Dans le cadre du SSSV 2013-2014, on a questionné les répondants à propos de leur expérience dans le cadre de missions outre-mer¹⁹ survenues au cours des deux dernières années. On les a aussi questionnés à propos du processus d'évaluation préalable à la mission et on leur a demandé s'ils avaient été jugés incapables d'être envoyés en mission à un certain moment au cours des deux dernières années.

Il est à noter que le présent chapitre n'aborde pas les répercussions des missions outre-mer sur la santé mentale. Le lecteur devrait se référer au chapitre 2 pour une analyse des missions outre-mer en tant que facteur de risque relativement aux divers problèmes de santé mentale.

¹⁹ Pour maintenir un état de préparation opérationnelle élevée, les FAC effectuent des exercices d'instruction outre-mer. Ces exercices ne sont pas considérés comme des opérations outre-mer. Cependant, les membres du personnel de la Force régulière qui participent à ces exercices considèrent parfois qu'ils prennent part à une mission outre-mer.



10.2 Missions outre-mer

10.2.1 Historique des missions au cours des deux dernières années

Depuis le SSSV 2008-2009, les opérations canadiennes en Afghanistan – la plus longue campagne militaire dans l’histoire de la conduite de la guerre du Canada – ont graduellement pris fin. En mars 2014, les derniers soldats canadiens à avoir pris part à des opérations militaires en Afghanistan ont quitté ce pays. Il n’est donc pas surprenant de constater, si l’on compare le SSSV 2013-2014 et le SSSV 2008-2009, qu’un nombre moindre de membres de la Force régulière aient signalé avoir été envoyés en mission outre-mer récemment (Figure 10-1). Dans le SSSV 2013-2014, seulement 15,6 % (IC à 95 % : 13,6 %-17,5 %) de tous les membres du personnel de la Force régulière ont indiqué avoir participé à une mission outre-mer à un moment donné au cours des deux dernières années, comparativement à 24,2 % (IC à 95 % : 23,3 %-25,1 %) dans le SSSV 2008-2009 (Figure 10-1). Le pourcentage des membres du personnel de la Force régulière ayant participé à une mission outre-mer à un moment donné au cours des deux dernières années n’a pas varié selon les catégories d’âge, le sexe ou le grade. Cependant, le pourcentage des membres du personnel de la Force maritime ayant récemment participé à une mission outre-mer était plus élevé que celui du personnel de la Force aérienne et de la Force terrestre (Tableau 10-3).

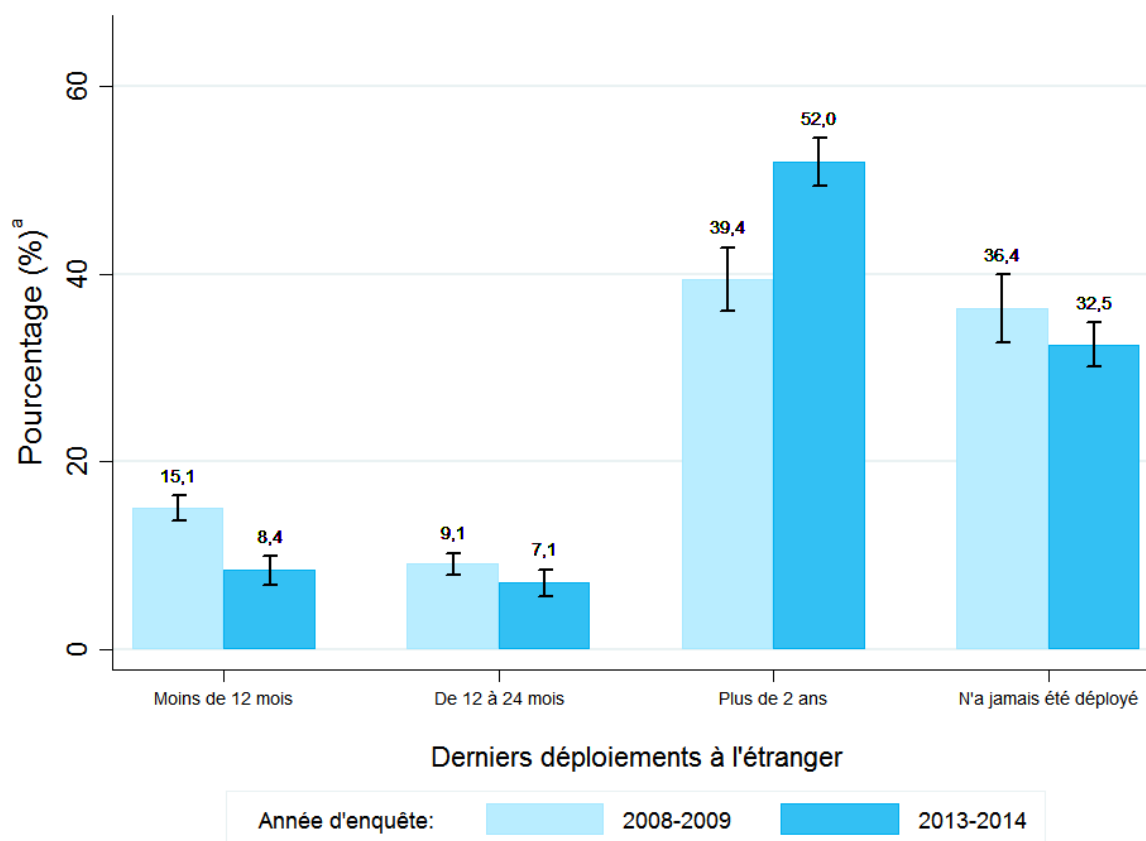


Figure 10-1 : Missions outre-mer chez le personnel de la Force régulière au cours des deux dernières années ayant précédé le SSSV 2008-2009 et 2013-2014.

^a Les estimations ont été standardisées pour l’âge, le sexe et la répartition des grades de l’effectif de la Force régulière de 2013.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 10-3 : Membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission outre-mer au cours des deux dernières années

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		15,6 (13,6-17,5)	
Élément de service	Force aérienne	11,2 (8,2-14,1)	Référence
	Force maritime	25,3 (19,8-30,9)	2,69 (1,78-4,08)
	Force terrestre	14,6 (11,8-17,4)	1,35 (0,93-1,97)

Parmi les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission outre-mer au moins une fois au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2013-2014, 80,5 % ont été envoyés une fois, 11,6 % l'ont été deux fois et 7,9 % l'ont été trois fois ou plus au cours de cette période (Tableau 10-4). Ces pourcentages n'ont pas varié selon les catégories d'âge, le sexe ou le grade. Cependant, les membres du personnel de la Force aérienne étaient plus susceptibles d'avoir pris part à une mission outre-mer plus souvent que leurs homologues de la Force terrestre. Cette différence n'est pas surprenante; les membres du personnel de la Force terrestre ont tendance à être envoyés en mission moins souvent, mais pour de plus longues périodes (Tableau 10-4).

Tableau 10-4 : Nombre de missions outre-mer au cours des deux dernières années parmi les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission au moins une fois au cours de cette période

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)			Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Un	Deux	Trois et plus	
En général		80,5 (74,8-86,1)	11,6 (7,2-16,0)	7,9 (4,1-11,8)	
Élément de service	Force aérienne	70,0 (56,8-83,3)	21,3 (9,4-33,2)	8,7 (0,7-16,7)	Référence
	Force maritime	77,5 (66,9-88,1)	11,9 (3,9-19,9)	10,6 (2,7-18,5)	0,73 (0,1-1,71)
	Force terrestre	87,0 (79,6-94,3)	6,9 (1,7-12,1)	6,1 (0,7-11,5)	0,38 (0,15-0,91)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

Parmi les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission outre-mer au moins une fois au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2013-2014, 13,8 % ont été envoyés à nouveau dans les 12 mois suivant une mission outre-mer (c.-à-d. qu'il y a eu moins de 12 mois entre les deux missions outre-mer, et qu'au moins l'une de ces missions s'est produite au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2013-2014). Les membres du personnel de la Force aérienne envoyés en mission au moins une fois au cours des deux dernières années étaient plus susceptibles d'avoir été envoyés en mission plus d'une fois au cours d'une période de 12 mois comparativement à leurs homologues de la Force terrestre (Tableau 10-5). Il n'y avait pas de différence selon les catégories d'âge, le sexe ou le grade. Encore une fois, ces résultats sont conformes à la conclusion selon laquelle les membres du personnel de la Force terrestre ont tendance à être envoyés en mission moins souvent, mais pour de plus longues périodes.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 10-5 : Membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission plus d'une fois au cours d'une période de 12 mois, parmi les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission outre-mer au moins une fois au cours des deux dernières années

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		13,8	(8,8-18,8)		
Élément de service	Force aérienne	27,6	(13,8-41,4)	Référence	
	Force maritime	13,2	(4,2-22,1)	0,40	(0,14-1,14)
	Force terrestre	8,0	(2,7-13,3)	0,23	(0,08-0,62)

Parmi les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission outre-mer au moins une fois au cours des deux dernières années ayant précédé le SSSV 2013-2014, 46,4 % d'entre eux ont été envoyés en mission en Afghanistan, 23,4 %, au Moyen-Orient²⁰, et 34,9 %, ailleurs outre-mer (Tableau 10-6).

Tableau 10-6 : Régions outre-mer où des membres du personnel de la Force régulière ont été envoyés en mission au cours des deux dernières années

Emplacement	Pourcentage	(IC à 95 %) ^{a,b}
Afghanistan	46,4	(39,6-53,3)
Moyen-Orient	23,4	(18,0-29,9)
Autres	34,9	(28,6-41,8)

^a Inclut seulement les membres du personnel envoyés en mission dans au moins une région outre-mer au cours des deux dernières années.

^b Les membres du personnel peuvent avoir été envoyés en mission dans plus d'une région outre-mer. Les totaux peuvent dépasser les 100 %.

10.2.2 Temps passé en missions outre-mer au cours des deux dernières années

Au cours des deux dernières années ayant précédé le SSSV 2013-2014, les membres du personnel de la Force régulière ont passé un total de 3 911 années-personnes en missions outre-mer. En d'autres mots, environ 3 % de toutes les années-personnes de service accumulées par le personnel de la Force régulière au cours des deux dernières années correspondent à du temps passé en missions outre-mer.

Chez les 15,6 % des membres du personnel de la Force régulière envoyés en missions outre-mer au moins une fois au cours des deux dernières années ayant précédé le SSSV 2013-2014, le temps moyen passé en service outre-mer durant cette période correspond à 5,4 mois. Le temps moyen consacré à des missions outre-mer ne variait pas en fonction du sexe ou du grade. Cependant, parmi les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission au cours des deux dernières années, les militaires âgés de 50 à 60 ans ont passé plus de temps outre-mer que les militaires âgés de 18 à 29 ans (Tableau 10-7). Cette conclusion est conforme à la nature de l'opération ATTENTION (la contribution du Canada à la mission de formation de l'OTAN en Afghanistan), dans le cadre de laquelle les membres du personnel des FAC, particulièrement les officiers ayant une

²⁰ Au Moyen-Orient, les FAC mènent des opérations aux endroits suivants : Turquie, Syrie, Iraq, Iran, Jordanie, Israël, Égypte (Sinai), Arabie saoudite, Yémen, Oman, Qatar, Koweït, Bahreïn, Émirats arabes unis et Palestine.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

importante expérience militaire, ont été appelés à fournir du soutien pour la formation et le perfectionnement professionnel des Forces de sécurité nationale afghanes. Parmi les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission au cours des deux dernières années, le personnel de la Force terrestre a passé plus de temps en service outre-mer que le personnel de la Force maritime ou de la Force aérienne envoyé en mission au cours des deux dernières années (Tableau 10-7). Ces résultats sont conformes à ceux de la section précédente; les membres du personnel de la Force terrestre ont tendance à être envoyés en mission moins souvent, mais pour de plus longues périodes.

Tableau 10-7 : Temps passé en missions outre-mer au cours des deux dernières années

Variable	Catégorie	En mission (%)	Mois en missions outre-mer ^a	
			Moyenne	(IC à 95 %)
En général		15,6	5,4	(4,9-5,9)
Âge (années)	18 à 29	16,3	4,8	(3,9-5,7) ^b
	30 à 39	15,8	5,9	(4,9-7,0)
	40 à 49	14,9	4,8	(3,9-5,8)
	50 à 60	14,5	6,7	(5,5-7,9) ^c
Élément de service	Force aérienne	11,2	4,6	(3,7-5,6) ^b
	Force maritime	25,3	4,5	(3,8,-5,2)
	Force terrestre	14,6	6,3	(5,5-7,1) ^c

^a N'inclut que les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission outre-mer au cours des deux dernières années.

^b Catégorie de référence.

^c Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence, au niveau de confiance de 99 % ($p < 0,01$).

10.2.3 Adaptation à la vie à la suite de missions outre-mer au cours des deux dernières années

Les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission outre-mer au cours des deux dernières années étaient davantage susceptibles de s'adapter plus facilement à la vie professionnelle au moment de leur réintégration en 2013-2014 qu'en 2008-2009. En 2013-2014, 58,9 % des membres du personnel de la Force régulière récemment envoyés en mission ont indiqué qu'il leur avait été facile de s'adapter à la vie professionnelle au moment de leur réintégration, comparativement à seulement 47,5 % en 2008-2009 (Figure 10-2). De même, les membres du personnel de la Force régulière étaient davantage susceptibles de s'adapter plus facilement à la vie familiale au moment de leur réintégration en 2013-2014 qu'en 2008-2009. En 2013-2014, 58,3 % des membres du personnel de la Force régulière récemment envoyés en mission ont indiqué qu'il leur avait été facile de s'adapter à la vie familiale au moment de leur réintégration, comparativement à seulement 47,7 % en 2008-2009 (Figure 10-3).

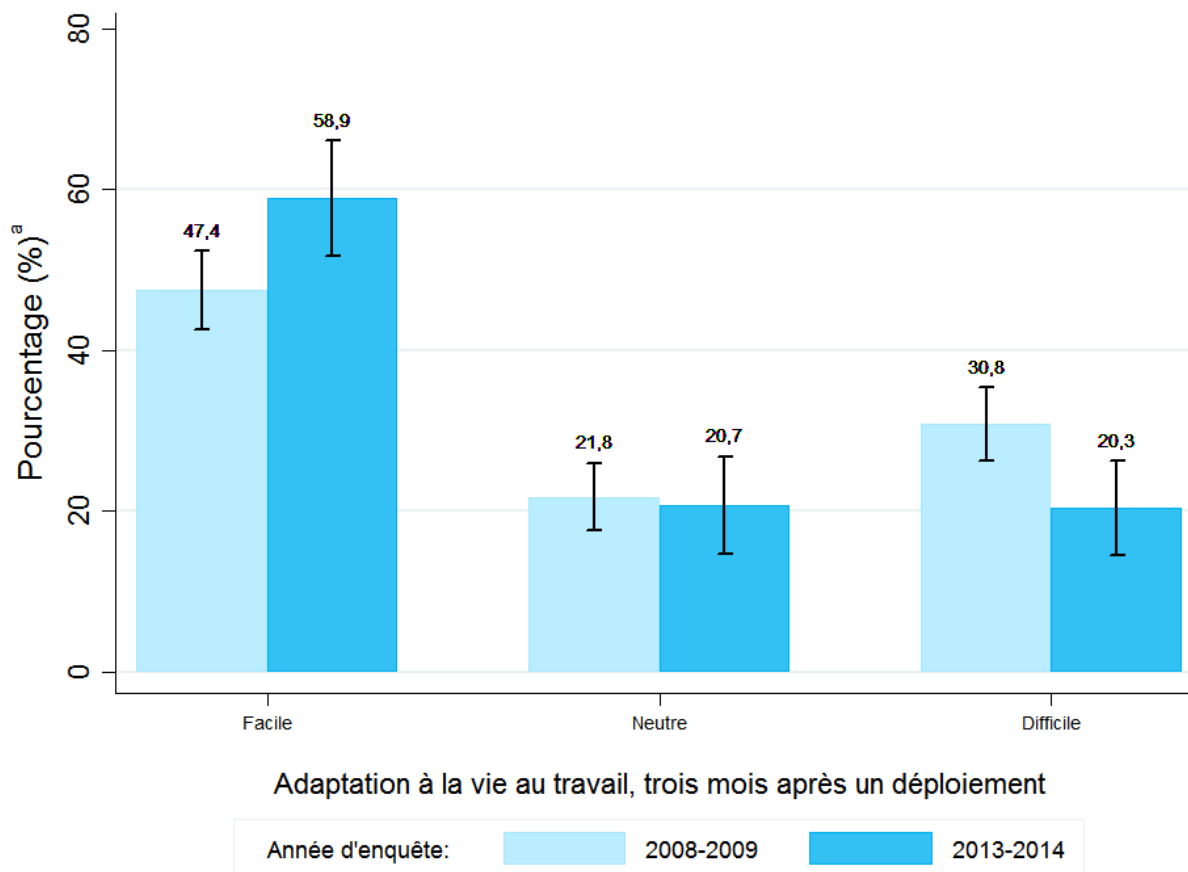


Figure 10-2 : Facilité avec laquelle les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2008-2009 ou le SSSV 2013-2014 se sont adaptés à la vie professionnelle, trois mois après leur réintégration.

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

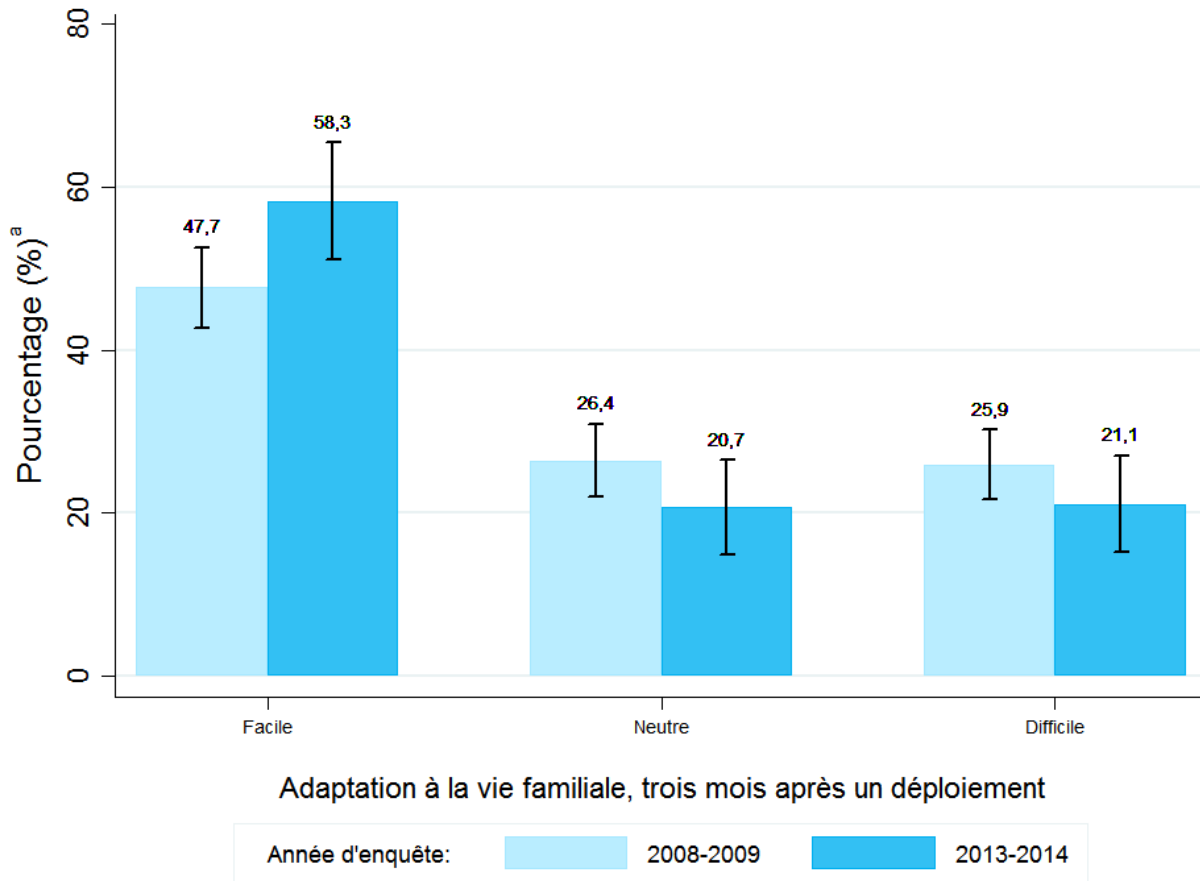


Figure 10-3 : Facilité avec laquelle les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2008-2009 ou le SSSV 2013-2014 se sont adaptés à la vie familiale, trois mois après leur réintégration.

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

L'accroissement global de la facilité d'adaptation à la vie à la suite de missions pour la période de 2008-2009 à 2013-2014 reflète l'effet net : (1) du changement dans l'expérience de mission; et (2) d'une augmentation des initiatives de formation en santé mentale des FAC afin de faciliter l'adaptation à la vie à la suite de missions (MDN, 2013). Les effets du premier facteur et du second facteur n'ont pu être distingués dans le cadre du SSSV.

Dans le SSSV 2013-2014, on constate que la facilité avec laquelle les membres du personnel de la Force régulière se sont adaptés à la vie familiale ou à la vie professionnelle au cours des trois mois qui ont suivi une mission récente était la même selon les catégories d'âge, le sexe, le grade ou l'élément de service.

10.3 Processus d'évaluation préalable à la mission

Un processus d'évaluation à deux volets est utilisé afin de s'assurer que tous les membres des FAC atteignent certains seuils de bonne condition physique et mentale avant d'être envoyés en mission outre-mer. Le premier



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

volet est une exigence annuelle imposée à tous les membres des FAC et le deuxième volet est une évaluation particulière à la mission qui est imposée seulement aux militaires sur le point d'être envoyés en mission. Il a été prouvé que de tels processus d'évaluation réduisent la mesure dans laquelle l'effectif militaire est susceptible de souffrir de problèmes de santé mentale (Warner, 2011).

10.3.1 Évaluation préalable à la mission : premier volet

La première étape du processus d'évaluation préalable à la mission est la liste de contrôle de la Vérification de l'état de préparation du personnel, laquelle recueille des renseignements sur la santé et les caractéristiques démographiques, ainsi que sur les exigences administratives des missions. Ces renseignements doivent être enregistrés dans le SGRH. Toutes les unités des FAC doivent chaque année mettre à jour la liste de contrôle de la Vérification de l'état de préparation du personnel des membres de la Force régulière, de même que chaque fois que l'état de préparation d'un militaire change entre les évaluations annuelles. Les renseignements à jour sont accessibles par l'intermédiaire du SGRH. Ils permettent d'identifier tous les militaires pouvant être envoyés outre-mer dans le cadre d'une mission en particulier.

Que leur statut ait été à jour ou non dans le SGRH, 21,8 % des membres du personnel de la Force régulière étaient incapables de prendre part à une mission à un certain moment au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2013-2014. Ce pourcentage était presque identique au pourcentage normalisé en fonction de l'âge, du sexe et du grade du personnel de la Force régulière incapable de prendre part à une mission à un certain moment au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2008-2009 (21,0 %). Les raisons les plus courantes pour lesquelles ces militaires étaient incapables de prendre part à une mission au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2013-2014 sont présentées à la Figure 10-4.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

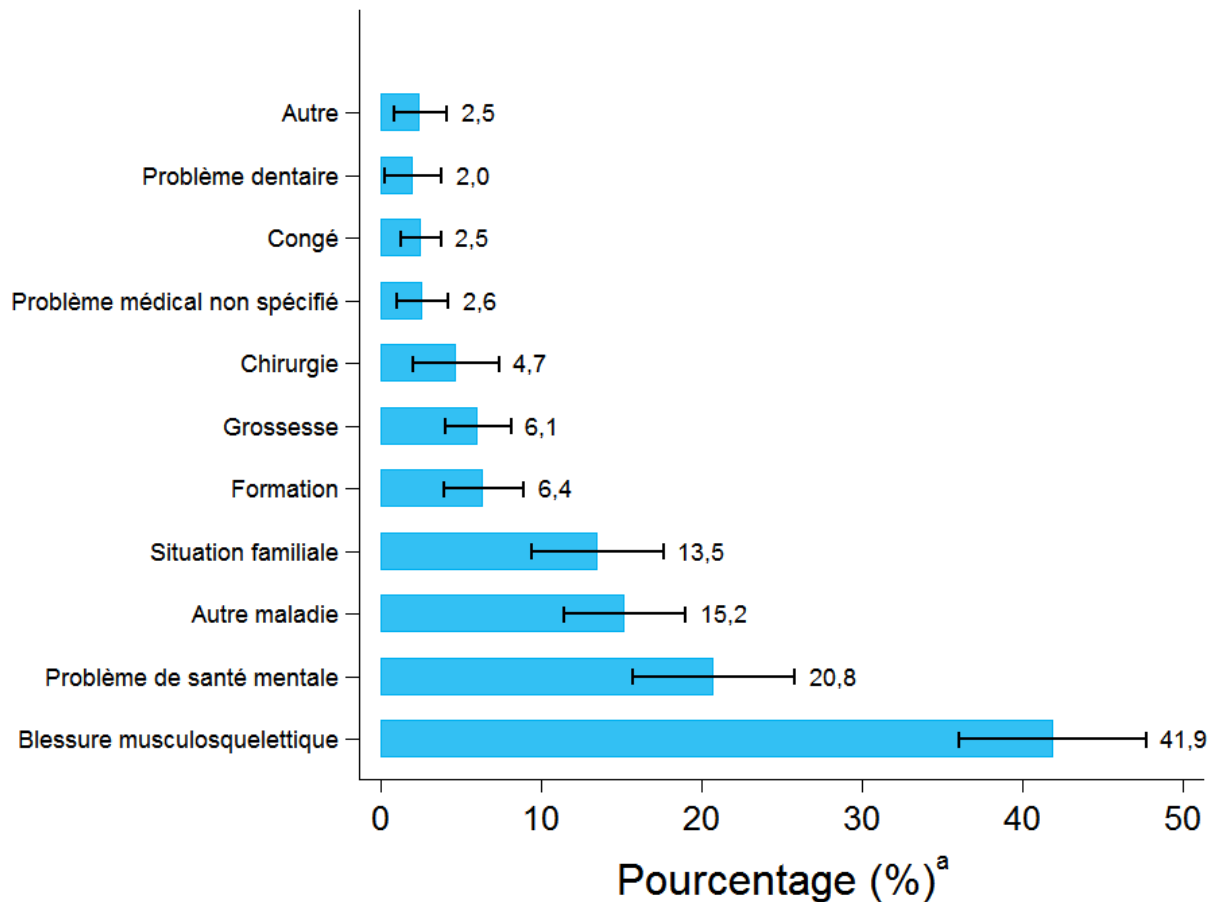


Figure 10-4 : Raisons de l'incapacité à prendre part à une mission parmi les membres du personnel de la Force régulière qui ont été incapables de prendre part à une mission à un certain moment au cours des deux dernières années.

^a Les répondants ont pu donner plus d'une réponse; la somme des pourcentages peut donc être supérieure à 100 %.

Bien que les FAC aient intérêt à maximiser la capacité de leurs membres à prendre part à une mission, certaines des raisons mentionnées à la Figure 10-4 ne sont pas liées à un mauvais état de santé. Par exemple, une grossesse est un événement normal de la vie humaine et la formation est essentielle au perfectionnement professionnel du personnel des FAC; il est donc prévu que les membres des FAC ne seront pas capables de prendre part à une mission pour de telles raisons au cours de leur carrière. Le personnel de la Force régulière dont les seules raisons de l'incapacité à prendre part à une mission au cours des deux dernières années étaient une grossesse, une situation familiale, la formation ou un congé est donc exclu des analyses qui suivent.

Au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2013-2014, 17,4 % des membres du personnel de la Force régulière ont été incapables de prendre part à une mission en raison d'un mauvais état de santé (p. ex., problème dentaire, blessures musculosquelettiques, problème de santé mentale, maladie ou autre enjeu de santé). L'incapacité à prendre part à une mission en raison d'un mauvais état de santé était plus probable chez : (1) les militaires âgés de 30 à 60 ans comparativement aux militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) les MR comparativement aux officiers; et (3) les personnes obèses comparativement aux personnes ayant un surplus



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

de poids ou un poids normal (Tableau 10-8). Il n'y avait aucune différence en fonction du sexe, du grade ou de la consommation de tabac.

Tableau 10-8 : Pourcentage des membres du personnel de la Force régulière qui ont été incapables de prendre part à une mission à un certain moment au cours des deux dernières années en raison d'un mauvais état de santé

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		17,4	(15,3-19,5)		
Âge (années)	18 à 29	12,4	(8,8-16,0)	Référence	
	30 à 39	18,7	(14,5-23,0)	1,62	(1,06-2,50)
	40 à 49	18,9	(15,2-22,7)	1,65	(1,09-2,49)
	50 à 60	22,5	(18,7-26,3)	2,05	(1,38-3,04)
Grade	MR	19,0	(16,3-21,7)	Référence	
	Officier	12,5	(10,1-14,8)	0,61	(0,46-0,80)
Indice de masse corporelle	Poids normal	12,0	(8,7-12,2)	Référence	
	Surpoids	16,2	(13,2-19,2)	1,42	(0,97-2,08)
	Obésité	25,5	(20,5-30,6)	2,53	(1,68-3,80)

Au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2013-2014, les membres du personnel de la Force régulière ont été incapables de prendre part à une mission en raison d'un mauvais état de santé pour un total de 9 074 années-personnes, ce qui représente environ 8 % du total des années-personnes de service accumulées au cours de cette période. Les blessures musculosquelettiques et les problèmes de santé mentale étaient les causes principales de l'incapacité à prendre part à une mission en raison d'un mauvais état de santé (Figure 10-4). Ces résultats reflètent d'autres conclusions qui ont souligné la mesure dans laquelle l'incapacité du personnel de la Force régulière était attribuable aux blessures et aux problèmes de santé mentale. La période pendant laquelle des membres du personnel de la Force régulière étaient incapables de prendre part à une mission à un certain moment au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2013-2014 correspondait en moyenne à 11,5 mois (IC à 95 %; 10,4-12,5).

10.3.2 Évaluation préalable à la mission : deuxième volet

La deuxième étape du processus d'évaluation préalable à la mission est particulière à la mission, et s'y soumettent seulement les membres du personnel des FAC qui ont été ciblés comme candidats susceptibles de prendre part à une mission en particulier. Ce processus d'évaluation consiste en une liste de contrôle du GAD concernant des éléments additionnels comme l'état de santé physique et dentaire, la formation et les qualifications administratives pertinentes à la mission. Chaque élément de cette liste de contrôle particulière à la mission peut être coté « vert » (c.-à-d., envoi en mission accepté; exigence satisfaite), « jaune » (c.-à-d., processus d'envoi en mission amorcé; exigence satisfaite dans les 30 jours), ou « rouge » (c.-à-d., envoi en mission rejeté; exigence non satisfaite dans les 30 jours). Les membres du personnel des FAC doivent



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

habituellement satisfaisante à toutes les exigences particulières à la mission – dans le langage militaire, ils doivent être « approuvés par le GAD » pour ce qui est de tous les éléments de la liste de contrôle particulière à la mission – afin de pouvoir être envoyés en mission. Cependant, des exemptions peuvent être accordées lorsque les exigences opérationnelles sont plus importantes que les risques éventuels ciblés au cours du processus d'évaluation.

Au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2013-2014, 23,3 % (IC à 95 %; 21,0 %- 25,7 %) des membres du personnel de la Force régulière se sont soumis à l'évaluation préalable à la mission pour une mission en particulier. De ces personnes, 10,4 % (IC à 95 %; 7,3 %-14,6 %) ont obtenu une cote « rouge ». La probabilité d'obtenir une cote « rouge » pour les éléments de la liste de contrôle du GAD ne variait pas selon les catégories d'âge, le sexe, le grade, l'élément de service, l'indice de masse corporelle ou la consommation de tabac.

10.4 Conclusion

Comme on pouvait le prévoir, étant donné la fin des opérations des FAC en Afghanistan, un nombre réduit de membres du personnel de la Force régulière ont été envoyés en mission outre-mer au cours des années ayant précédé le SSSV 2013-2014, par rapport aux années ayant précédé le SSSV 2008-2009. Cependant, les membres du personnel de la Force régulière envoyés en mission outre-mer au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2013-2014 ont trouvé plus facile de s'adapter à la vie familiale et à la vie professionnelle au moment de leur réintégration que ceux qui ont été envoyés en mission outre-mer au cours des deux années ayant précédé le SSSV 2008-2009. Ce changement dans l'expérience de vie qui suit la mission est difficile à interpréter, étant donné que les réalités opérationnelles des missions outre-mer ont beaucoup changé entre les deux années de sondage.

Le pourcentage des membres du personnel de la Force régulière incapables de prendre part à une mission au cours des deux dernières années n'a pas changé par rapport à celui de 2008-2009. Un membre sur cinq du personnel de la Force régulière actuellement en service a été incapable de prendre part à une mission outre-mer à un certain moment au cours des deux dernières années. Les raisons citées le plus fréquemment pour expliquer cette incapacité à prendre part à une mission outre-mer étaient liées à un mauvais état de santé, par exemple : (1) des blessures musculosquelettiques; (2) des problèmes de santé mentale; et (3) d'autres maladies.

10.5 Références

CANADA. MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE. *En route vers la préparation mentale*, 2013. Sur Internet : <<http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm/index.page>>.

HOGUE, C.W., J.L. AUCHTERLONIE et C.S. MILLIKEN. « Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan », *JAMA*, vol. 295, n° 9, 2006, p. 1023-1032.

HOSEK, J., J. KAVANAGH et L. MILLER. *How Deployments Affect Service Members*, Santa Monica (États-Unis), RAND Corporation, 2006. Sur Internet : <http://www.rand.org/pubs/monographs/2005/RAND_MG432.pdf>.

LESTER, P., K. PETERSON, J. REEVES, L. KNAUSS, D. GLOVER, C. MOGIL et coll. « The long war and parental combat deployment: effects on military children and at-home spouses », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 49, n° 4, 2010, p. 310-320.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

SHEPPARD, S.C., J.W. MALATRAS et A.C. ISRAEL. « The impact of deployment on U.S. military families », *American Psychologist*, vol. 65, n° 6, 2010, p. 599-609.

WARNER, C.H., G.N. APPENZELLER, J.R. PARKER, C.M. WARNER et C.W. HOGE. « Effectiveness of mental health screening and coordination of in-theater care prior to deployment to Iraq: a cohort study », *American Journal of Psychiatry*, vol. 168, n° 4, 2011, p. 378-385.

ZAMORSKI, M.A. et D. BOULOS. « The impact of the military mission in Afghanistan on mental health in the Canadian Armed Forces: a summary of research findings », *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 5, 2014, p. 23822.



Chapitre 11 – Problèmes de santé et sécurité au travail

11.1 Introduction

Le programme de santé et sécurité au travail se concentre principalement sur la prévention des risques en milieu de travail. Les initiatives de santé et sécurité au travail font la promotion d'environnements de travail sains et sécuritaires grâce à la prestation de ressources, à la sensibilisation et à la mise en application de la loi. Ces initiatives visent à créer des cultures organisationnelles positives. Au sein des FAC, la section Santé au travail et hygiène du milieu, relevant de la DPSF, veille à assurer un environnement de travail exempt de risques pour la santé en fournissant des conseils de santé et des directives au personnel du Gp Svc S FC (Gp Svc S FC, 2014).

Le personnel des FAC est aux prises avec des enjeux uniques en matière de santé au travail. Il a accepté d'intégrer la profession des armes; c'est donc dire qu'il comprend et accepte qu'il peut recevoir l'ordre légitime de s'exposer au danger. Cependant, les FAC, en tant qu'employeur, ont l'obligation d'offrir un milieu de travail aussi sain et sécuritaire que possible.

La détermination des facteurs du milieu de travail qui influent sur le bien-être, comme les menaces liées à l'hygiène du milieu et les risques professionnels, mène à la prise éclairée de mesures préventives. Le chapitre qui suit offre un survol de la culture de la santé et sécurité au travail du personnel de la Force régulière. Les données que renferme le présent chapitre portent sur le temps passé loin du foyer, la satisfaction professionnelle, l'exposition aux risques en milieu de travail et le port de la ceinture de sécurité.

11.2 Le temps passé loin du foyer

Le style de vie des militaires revêt habituellement trois aspects très exigeants : les déménagements, la séparation et les risques. Les militaires et leur famille sont régulièrement mutés ou mobilisés, à la discrétion des FAC. Les familles de militaires déménagent trois fois plus que les familles civiles (Daigle, 2013). Les membres des FAC et leur famille peuvent également être séparés pour des périodes plus ou moins longues, spontanément ou à intervalles donnés. Le temps passé loin du foyer est un facteur perturbateur pour la vie familiale, et le processus de réintégration peut être tumultueux (Daigle, 2013). Les déménagements et la séparation sont associés à une moins bonne santé physique, et à un bien-être psychologique et à un bonheur conjugal moindres. En outre, le temps passé loin du foyer crée du stress pour la famille et peut donner lieu à un sentiment d'isolement et de solitude (Burrell, 2006).

11.2.1 Proportion des membres des FAC qui ont passé du temps loin de leur foyer

La majorité des membres de la Force régulière (82,6 %) ont indiqué avoir passé au moins un mois loin de leur foyer en raison d'activités militaires au cours des deux dernières années. Ce pourcentage a diminué depuis 2008-2009, mais il n'est pas différent de celui de 2004 (Tableau 11-1).



Tableau 11-1 : Pourcentage du personnel de la Force régulière qui a passé du temps loin du foyer au cours des deux dernières années, selon l'année de sondage

SSSV	Pourcentage	(IC à 95 %) ^a	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
2004	82,8	(80,8-84,7)	1,02	(0,84-1,23)
2008-2009	87,6	(85,1-89,8)	1,50	(1,16-1,93)
2013-2014	82,6	(80,6-84,4)	Référence	

^a Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

En 2013-2014, avoir passé au moins un mois loin de son foyer au cours des deux dernières années était plus probable pour : (1) les militaires âgés de 18 à 39 ans, comparativement aux militaires âgés de 40 à 60 ans; (2) les hommes, comparativement aux femmes; (3) les membres de la Force terrestre, comparativement aux membres de la Force aérienne; et (4) les militaires ayant un état de santé autoévalué comme excellent, très bon ou bon, comparativement aux militaires ayant un état de santé autoévalué comme passable ou médiocre (Tableau 11-2). Il n'y avait aucune différence en fonction du grade ou de l'état de santé mentale autoévalué. L'association entre l'état de santé autoévalué et le temps passé loin du foyer peut refléter le processus de sélection pour les activités militaires; seuls les militaires qui réussissent l'examen médical sont habituellement envoyés loin de leur foyer.

Tableau 11-2 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont passé au moins un mois loin du foyer au cours des deux dernières années

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
Dans l'ensemble		82,6	(80,7-84,5)		
Âge (années)	18 à 29	88,9	(85,6-92,3)	Référence	
	30 à 39	87,2	(83,8-90,6)	0,85	(0,54-1,34)
	40 à 49	77,1	(73,1-81,1)	0,42	(0,28-0,63)
	50 à 60	63,8	(59,4-68,1)	0,22	(0,15-0,32)
Sexe	Femmes	75,7	(72,8-78,7)	Référence	
	Hommes	83,6	(81,5-85,8)	1,64	(1,31-2,05)
Élément de service	Force aérienne	77,5	(73,8-81,2)	Référence	
	Force maritime	83,5	(79,1-87,8)	1,47	(1,00-2,15)
	Force terrestre	86,4	(83,9-89,0)	1,85	(1,37-2,51)
État de santé autoévalué	Excellent	84,8	(80,8-88,8)	Référence	
	Très bon	85,0	(82,4-87,6)	1,02	(0,70-1,48)
	Bon	81,6	(77,7-85,4)	0,79	(0,53-1,19)
	Passable ou médiocre	63,8	(53,5-74,1)	0,32	(0,18-0,54)



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Les raisons les plus fréquemment données pour expliquer l'absence du foyer pendant au moins un mois au cours des deux dernières années étaient : (1) les cours; (2) les exercices militaires; et (3) les déploiements (Figure 11-1). Il est à noter qu'un moins grand nombre de membres de la Force régulière ont indiqué avoir récemment passé du temps loin de leur foyer à cause de déploiements²¹ dans le SSSV 2013-2014, comparativement à celui de 2008-2009. Ce résultat n'est pas étonnant étant donné que les opérations de combat en Afghanistan ont pris fin en 2011.

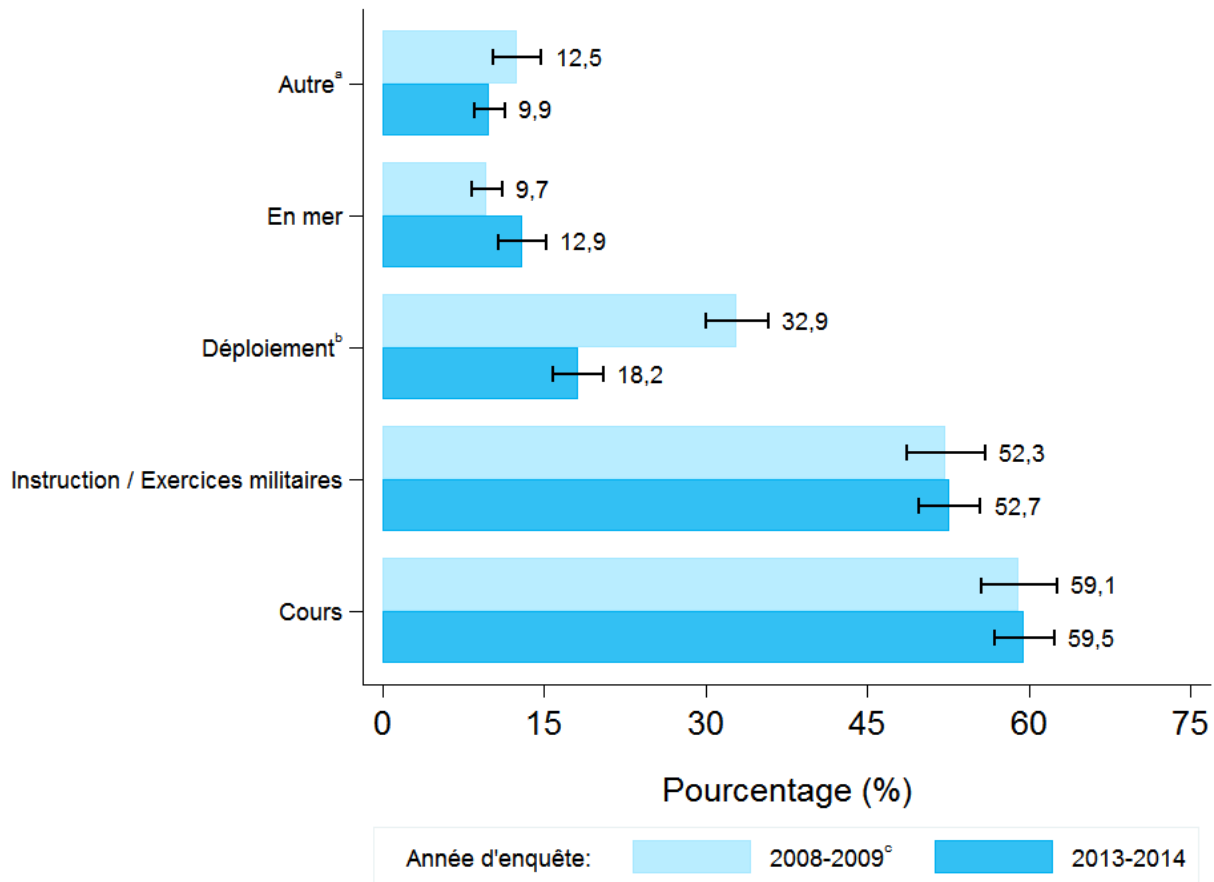


Figure 11-1 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont passé au moins un mois loin de leur foyer au cours des deux dernières années.

^a Inclut des restrictions imposées, le service temporaire et d'autres raisons.

^b Inclut la participation à des opérations au pays et à des opérations outre-mer.

^c Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

²¹ Les données présentées dans le présent chapitre incluent les opérations au pays. Les données présentées au chapitre 10 incluent seulement les opérations outre-mer. Les écarts entre les chapitres sont attribuables au fait que certains membres de la Force régulière qui ont pris part à des opérations au pays au cours des deux dernières années n'ont pas participé à des opérations outre-mer.



11.2.2 Temps passé loin du foyer

Au cours des deux dernières années, les membres de la Force régulière ont passé au total environ 26 100 années-personnes loin de leur foyer en raison d'activités militaires. Autrement dit, environ 25 % du temps de service accumulé par le personnel de la Force régulière au cours des deux dernières années a été passé loin du foyer. Pour tout le personnel de la Force régulière, la médiane du temps passé loin du foyer au cours des deux dernières années était de quatre mois.

Les principales raisons données pour expliquer l'absence du foyer au cours des deux dernières années étaient : (1) les cours; et (2) les exercices militaires. Cependant, les restrictions imposées étaient associées aux plus longues périodes moyennes passées loin du foyer (Tableau 11-3).

Tableau 11-3 : Temps passé loin du foyer au cours des deux dernières années en raison de diverses activités militaires

Activité	A passé du temps loin du foyer (%)	Mois passés loin du foyer ^a		Total des années-personnes passées loin du foyer
		Moyenne	(IC à 95 %)	
Cours	59,5	3,3	(3,1-3,6)	8 300
Instruction/exercices militaires	52,7	3,6	(3,4-3,9)	8 100
Déploiements	18,2	5,1	(4,5-5,6)	3 700
En mer	12,9	5,6	(4,9-6,3)	2 800
Restrictions imposées	3,2	14,3	(12,4-16,3)	2 100
Service temporaire	2,7	2,4	(1,9-2,8)	300
Autre	7,6	4,4	(2,8- 6,0)	800

^a La moyenne inclut seulement les militaires qui ont passé au moins un mois loin de leur foyer au cours des deux dernières années, en raison d'une activité donnée.

Pour les membres de la Force régulière qui ont passé du temps loin de leur foyer au cours des deux dernières années, le temps moyen passé loin du foyer est de 6,7 mois. Le temps moyen passé loin du foyer a diminué depuis 2008-2009 (Tableau 11-4).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 11-4 : Nombre de mois passés loin du foyer au cours des deux dernières années pour les membres de la Force régulière, par année de sondage

SSSV	Moyenne	(IC à 95 %) ^{a,b}
2004	6,9	(6,6-7,1)
2008-2009	8,6	(8,2-9,1) ^d
2013-2014	6,7	(6,4-7,0) ^c

^a La moyenne inclut seulement les militaires qui ont passé au moins un mois loin de leur foyer au cours des deux dernières années.

^b Les estimations ont été standardisées pour l'âge, le sexe et la répartition des grades de l'effectif de la Force régulière de 2013.

^c Catégorie de référence.

^d Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence, au niveau de confiance de 99 % ($p < 0,01$).

Parmi les militaires qui ont dû quitter leur foyer en raison d'activités militaires au cours des deux dernières années, les catégories de personnes suivantes ont en moyenne passé davantage de temps loin de leur foyer : (1) les militaires âgés de 18 à 29 ans, comparativement aux militaires âgés de 30 à 60 ans; (2) les hommes, comparativement aux femmes; et (3) les membres de la Force maritime et de la Force terrestre, comparativement aux membres de la Force aérienne (Tableau 11-5). Il n'y avait aucune différence en fonction du grade, de la situation familiale, de l'état de santé physique autoévalué ou de l'état de santé mentale autoévalué.

Tableau 11-5 : Nombre de mois passés loin du foyer au cours des deux dernières années pour les membres de la Force régulière

Variable	Catégorie	Moyenne	(IC à 95 %) ^a
Dans l'ensemble		6,7	(6,4-7,0)
Âge (années)	18 à 29	7,6	(6,9-8,2) ^b
	30 à 39	6,5	(5,9-7,1) ^c
	40 à 49	6,2	(5,6-6,8) ^d
	50 à 60	5,9	(5,1-6,5) ^d
Sexe	Femmes	5,5	(5,1-5,9) ^b
	Hommes	6,9	(6,5-7,3) ^d
Élément de service	Force aérienne	6,0	(5,4-6,5) ^b
	Force maritime	7,8	(7,0-8,7) ^d
	Force terrestre	6,7	(6,3-7,2) ^c

^a La moyenne inclut seulement les militaires qui ont passé au moins un mois loin de leur foyer au cours des deux dernières années.

^b Catégorie de référence.

^c Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence, au niveau de confiance de 95 % ($p < 0,05$).

^d Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence, au niveau de confiance de 99 % ($p < 0,01$).



11.3 Satisfaction professionnelle

La satisfaction professionnelle est fonction du fait qu'un travail convient ou non à une personne (Meier, 2015). Le degré de satisfaction est la mesure dans laquelle un poste répond aux besoins et aux désirs d'une personne (Cranny, 1992). L'évaluation de la satisfaction professionnelle peut refléter des facteurs internes, comme les traits de personnalité (p. ex., la résistance), ou des facteurs externes, comme le harcèlement au travail (Faragher, 2005). La satisfaction professionnelle autoévaluée est un indicateur fiable du bien-être de l'employé et est étroitement liée à la santé mentale et aux problèmes psychosociaux. À un moindre degré, la satisfaction professionnelle est également liée à la santé physique. Une piètre satisfaction professionnelle est liée à un comportement contreproductif, au roulement du personnel et à l'épuisement professionnel. De longues périodes de satisfaction insuffisante ou d'insatisfaction peuvent mener à des niveaux modérés de dépression et d'anxiété (Meier, 2015; Faragher, 2005).

Globalement, 63,9 % des membres de la Force régulière ont indiqué être très satisfaits ou satisfaits de leur travail au cours des 12 derniers mois. Un pourcentage additionnel de 16,6 % des membres de la Force régulière ont indiqué être ni satisfaits ni insatisfaits (Tableau 11-6). Ces résultats sont semblables à ceux d'un sondage effectué auprès des forces armées britanniques, selon lequel 57 % des militaires se sont dits satisfaits ou très satisfaits de leur travail (Ministry of Defence, 2014).



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 11-6 : Satisfaction professionnelle des membres de la Force régulière au cours des 12 derniers mois

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)				Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a		
		Très satisfait ou satisfait		Ni satisfait ni insatisfait			Insatisfait ou très insatisfait	
Dans l'ensemble		63,9	(61,3-66,6)	16,6	(14,5-18,8)	19,4	(17,2-21,7)	
Âge (années)	18 à 29	57,6	(52,4-62,9)	19,4	(15,1-23,7)	23,0	(18,3-27,6)	Référence
	30 à 39	61,0	(55,8-66,2)	17,7	(13,6-21,9)	21,2	(16,8-25,7)	1,14 (0,85-1,53)
	40 à 49	70,1	(65,6-74,5)	14,2	(10,8-17,6)	15,8	(12,3-19,2)	1,69 (1,26-2,27)
	50 à 60	75,1	(71,1-79,0)	11,7	(8,9-14,6)	13,2	(10,1-16,3)	2,16 (1,61-2,90)
Grade	MR	61,0	(57,6-64,4)	18,5	(15,8-21,2)	20,5	(17,7-23,4)	Référence
	Officier	72,7	(69,5-75,9)	11,1	(8,9-13,3)	16,2	(13,5-18,9)	1,63 (1,31-2,02)
Situation familiale	Marié(e)/conjoint(e) de fait	67,6	(64,4-70,7)	14,2	(11,8-16,6)	18,2	(15,6-20,9)	Référence
	Veuf/veuve, séparé(e), divorcé(e)	60,2	(51,5-69,0)	17,1	(10,2-24,0)	22,7	(15,0-30,3)	0,73 (0,50-1,08)
	Célibataire	54,5	(48,5-60,5)	23,7	(18,4-29,0)	21,8	(16,7-26,9)	0,63 (0,48-0,82)
Dépression majeure ^b	Non	66,8	(64,1-69,6)	15,7	(13,6-17,9)	17,4	(15,2-19,7)	Référence
	Oui	30,7	(21,3-40,1)	25,0	(15,6-34,4)	44,3	(33,7-54,9)	0,24 (0,17-0,36)
Évaluation approfondie de l'ESPT requise ^c	Non	66,8	(64,0-69,6)	16,0	(13,8-18,2)	17,2	(14,9-19,5)	Référence
	Oui	44,8	(35,8-53,8)	18,3	(11,3-25,3)	36,9	(28,1-45,8)	0,38 (0,26-0,56)
Idées suicidaires au cours des 12 derniers mois	Non	66,2	(63,5-69,0)	15,6	(13,5-17,8)	18,1	(15,9-20,4)	Référence
	Oui	29,0	(16,7-41,4)	27,3	(13,7-40,9)	43,7	(29,1-58,2)	0,25 (0,15-0,41)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d'une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

^b Mesuré à l'aide du *Questionnaire sur la santé du patient* (PHQ-2). Consulter le chapitre 2 pour obtenir plus de détails.

^c Mesuré à l'aide de l'échelle de dépistage de l'ESPT en soins primaires. Consulter le chapitre 2 pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Les niveaux de satisfaction professionnelle étaient susceptibles d'être plus élevés : (1) chez le personnel âgé de 40 à 60 ans que chez le personnel âgé de 18 à 29 ans; (2) chez les officiers que chez les militaires du rang; (3) chez les militaires mariés ou en union de fait que chez les militaires célibataires; (4) chez les militaires dont le résultat d'évaluation est négatif pour un trouble dépressif majeur²² que chez les militaires dont le résultat est positif; (5) chez les militaires dont le résultat d'évaluation est négatif pour l'état de stress post-traumatique²³ que chez les militaires dont le résultat est positif; et (6) chez les militaires qui ont signalé n'avoir eu aucune idée suicidaire au cours des 12 derniers mois que chez ceux qui en ont eu récemment (Tableau 11-6). Il n'y avait aucune différence en fonction du sexe, de l'élément de service, d'un récent déploiement outre-mer, ou du temps passé loin du foyer au cours des deux dernières années. Étant donné les modifications apportées à la structure du questionnaire, il a été impossible d'effectuer des comparaisons avec les versions antérieures du Sondage sur la santé et le style de vie.

Le lien entre la satisfaction professionnelle et l'âge peut s'expliquer par l'autosélection; les personnes qui sont insatisfaites de leur travail peuvent changer de carrière alors qu'elles sont relativement jeunes. Par conséquent, les personnes plus âgées qui servent encore au sein des FAC peuvent être celles qui sont les plus satisfaites de leur carrière militaire.

Le lien entre la satisfaction professionnelle et la santé mentale n'est pas étonnant, et il cadre avec les conclusions précédentes. Cependant, étant donné la nature transversale de ce sondage, il n'est pas possible de conclure à une relation de cause à effet entre les problèmes psychologiques et la satisfaction professionnelle. Nous ne savons pas si une piètre satisfaction professionnelle cause une piètre santé mentale, ou si une piètre santé mentale cause une piètre satisfaction professionnelle.

11.4 Exposition aux risques en milieu de travail et mesures de protection

Conséquence inévitable du service militaire, tous les membres des FAC sont exposés à des risques de blessures ou de décès dans l'exercice de leurs fonctions en temps de guerre comme en temps de paix (Burrell, 2006). Cependant, les risques intrinsèques du service sont distincts des risques inutiles qui peuvent être réduits au minimum. Il est parfois possible d'atténuer l'exposition aux risques en milieu de travail et certains comportements de façon à accroître la productivité et à réduire les blessures.

11.4.1 Port de la ceinture de sécurité

La législation concernant le port de la ceinture de sécurité est entrée en vigueur dans les provinces et territoires canadiens en 1991. Le port de la ceinture de sécurité est le meilleur moyen de réduire les risques de blessures et de décès en cas de collision. « Les occupants non attachés d'un véhicule léger impliqué dans une collision ont trois fois plus de chances d'être blessés et 16 fois plus de chances de subir une blessure mortelle que les occupants attachés » [Traduction] (Agence de la santé publique du Canada, 2012).

Au début des années 1990, le Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé a établi le Programme canadien sur la protection des occupants, conçu pour atteindre et maintenir un taux de 95 % quant au port de la ceinture de sécurité par les conducteurs automobiles canadiens et leurs passagers (Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé, 2012). Cet objectif a récemment été atteint, avec 95,3 %

²² Un trouble dépressif majeur est dépisté à l'aide du PHQ-2. Consulter le chapitre 2 pour obtenir plus de détails.

²³ L'état de stress post-traumatique est dépisté à l'aide de l'échelle de dépistage de l'ESPT en soins primaires. Consulter le chapitre 2 pour obtenir plus de détails.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

de tous les occupants de véhicules au Canada portant une ceinture de sécurité en 2010 (Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé, 2012).

11.4.1.1 Port de la ceinture de sécurité dans les véhicules civils

La majorité (93,3 %) des membres de la Force régulière ont indiqué qu'ils portent toujours leur ceinture de sécurité lorsqu'ils conduisent un véhicule civil (Tableau 11-7). Le port assidu de la ceinture de sécurité durant la conduite d'un véhicule civil était plus probable : (1) chez les militaires âgés de 30 à 60 ans que chez les militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) chez les femmes que chez les hommes; et (3) chez les officiers que chez les militaires du rang (Tableau 11-7). Il n'y avait pas de différence entre les éléments de service. Ces résultats correspondent à ceux d'un sondage de Transports Canada, selon lequel les femmes et les personnes plus âgées étaient associées à une plus grande utilisation de la ceinture de sécurité (Transports Canada, 2011).

Tableau 11-7 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui portent toujours leur ceinture de sécurité lorsqu'ils conduisent un véhicule civil

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
Dans l'ensemble		93,3	(91,8-94,8)		
Âge (années)	18 à 29	87,8	(84,2-91,5)	Référence	
	30 à 39	95,1	(92,6-97,5)	2,67	(1,42-5,00)
	40 à 49	95,4	(93,1-97,6)	2,86	(1,55-5,29)
	50 à 60	96,8	(95,1-98,4)	4,13	(2,20-7,78)
Sexe	Femmes	97,5	(96,6-98,5)	Référence	
	Hommes	92,6	(90,9-94,3)	0,32	(0,20-0,50)
Grade	MR	92,1	(90,1-94,0)	Référence	
	Officier	96,8	(95,6-98,0)	2,63	(1,64-4,22)

11.4.1.2 Port de la ceinture de sécurité dans les véhicules militaires

Environ les trois quarts (77,0 %) des membres de la Force régulière ont indiqué qu'ils bouclent toujours leur ceinture de sécurité lorsqu'ils conduisent un véhicule militaire équipé de ceintures de sécurité (Tableau 11-8). Le port assidu de la ceinture de sécurité durant la conduite d'un véhicule militaire équipé de ceintures était plus probable : (1) chez les militaires âgés de 30 à 60 ans que chez les militaires âgés de 18 à 29 ans; (2) chez les femmes que chez les hommes; (3) chez les officiers que chez les militaires du rang; et (4) chez les membres de la Force aérienne et de la Force maritime que chez les membres de la Force terrestre (Tableau 11-8).

Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière



Tableau 11-8 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui portent toujours leur ceinture de sécurité lorsqu'ils conduisent un véhicule militaire

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		77,0	(74,5-79,5)		
Âge (années)	18 à 29	61,9	(56,5-67,4)	Référence	
	30 à 39	77,6	(72,8-82,3)	2,13	(1,49-3,03)
	40 à 49	85,6	(81,8-89,3)	3,64	(2,49-5,32)
	50 à 60	95,0	(92,8-97,1)	11,63	(7,04-19,22)
Sexe	Femmes	88,6	(86,3-90,8)	Référence	
	Hommes	75,3	(72,5-78,1)	0,39	(0,30-0,52)
Grade	MR	73,0	(69,8-76,1)	Référence	
	Officier	89,9	(87,8-92,0)	3,30	(2,49-4,38)
Élément de service	Force aérienne	86,9	(83,4-90,4)	Référence	
	Force maritime	94,9	(91,7-98,0)	2,78	(1,36-5,68)
	Force terrestre	64,9	(60,9-68,8)	0,28	(0,19-0,40)

Il est plus probable que les membres de la Force régulière portent une ceinture de sécurité en conduisant un véhicule civil qu'un véhicule militaire (Figure 11-2). Ces résultats peuvent refléter les différences circonstancielles et opérationnelles qui existent entre l'utilisation des véhicules civils et l'utilisation des véhicules militaires. Une étude effectuée auprès des forces britanniques en Irak a permis de découvrir que les militaires croyaient que les ceintures de sécurité étaient restrictives, entravaient la sortie du véhicule et interféraient avec les armes (Okpala, 2007). Dans les situations de déploiement et d'instruction, un raisonnement similaire peut s'appliquer au personnel de la Force régulière; cependant, il n'existe aucune étude canadienne comparable.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

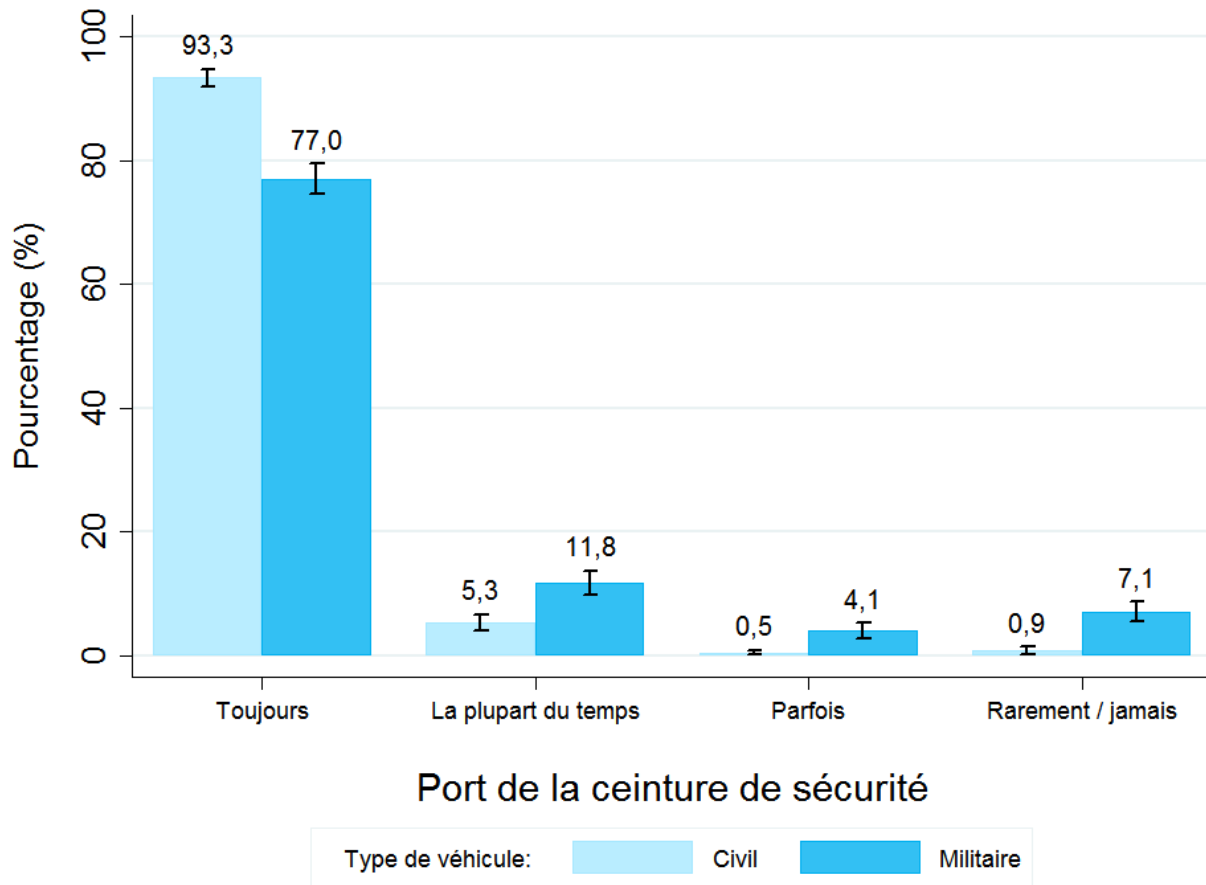


Figure 11-2 : Utilisation signalée de la ceinture de sécurité par les membres de la Force régulière conduisant des véhicules civils et militaires^a.

^a Exclut les militaires qui ont indiqué ne jamais conduire de véhicules.

11.4.2 Comportements dangereux au travail

Avoir une relation de confiance avec ses coéquipiers est associé à un meilleur moral et à un engagement au travail accru (Ivey, 2015). La confiance au sein d'une équipe militaire peut être diminuée si des membres sont perçus comme ayant des comportements dangereux. Seulement 5,6 % des membres de la Force régulière ont indiqué s'être déjà sentis en danger alors qu'ils étaient à la garnison ou durant un exercice ou un déploiement, à cause d'un collègue qui était sous l'influence de l'alcool ou d'une drogue. S'être déjà senti en danger à cause d'un collègue intoxiqué était plus probable pour les MR que pour les officiers (Tableau 11-9). Il n'y avait pas de différence selon l'âge, le sexe ou les éléments de service.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

Tableau 11-9 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont indiqué s'être déjà sentis en danger alors qu'ils étaient à la garnison ou durant un exercice ou un déploiement, à cause d'un collègue qui était sous l'influence de l'alcool ou d'une drogue

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		5,6	(4,3-7,0)		
Grade	MR	6,6	(4,9-8,4)	Référence	
	Officier	2,6	(1,5-3,7)	0,38	(0,22-0,64)

11.4.3 Exposition à des risques en milieu de travail

L'exposition à des dangers au travail, comme des contaminants atmosphériques durant un déploiement, peut contribuer à l'apparition d'une maladie (Falvo, 2015). L'exposition à des dangers au travail, réels ou perçus, peut également affecter la santé mentale. Les risques perçus d'exposition à des dangers au travail, comme la piètre qualité de l'eau ou l'exposition à des radiations, provoquent une diminution de la satisfaction professionnelle et les répercussions négatives d'une telle insatisfaction mentionnées ci-haut (Faragher, 2005).

Globalement, 63,7 % des membres de la Force régulière croyaient que certaines expositions en milieu de travail nuisaient à leur santé. Le signalement de l'exposition à des dangers au travail était plus probable : (1) chez les militaires de 18 à 29 ans que chez les militaires de 30 à 60 ans; (2) chez les hommes que chez les femmes; et (3) chez les militaires du rang que chez les officiers (Tableau 11-10). Il n'y avait pas de différence entre les éléments de service.

Tableau 11-10 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont signalé que certaines expositions en milieu de travail nuisaient à leur santé

Variable	Catégorie	Pourcentage	(IC à 95 %)	Rapport de cotes	(IC à 95 %)
En général		63,7	(61,2-66,2)		
Âge (années)	18 à 29	73,1	(68,6-77,7)	Référence	
	30 à 39	65,9	(61,0-70,7)	0,71	(0,52-0,97)
	40 à 49	58,1	(53,5-62,8)	0,51	(0,38-0,69)
	50 à 60	45,0	(40,5-49,5)	0,30	(0,22-0,40)
Sexe	Femmes	55,8	(52,4-59,2)	Référence	
	Hommes	64,9	(62,1-67,8)	1,47	(1,22-1,77)
Grade	MR	68,0	(64,9-71,1)	Référence	
	Officier	50,7	(47,2-54,3)	0,48	(0,40-0,59)

Les expositions à des dangers au travail les plus souvent signalées étaient : (1) le bruit; (2) la poussière et les fibres; et (3) les positions inconfortables (Figure 11-3). Cependant, on n'a pas recueilli de données sur la disponibilité et l'utilisation de dispositifs de protection pour limiter les répercussions négatives sur la santé des expositions à des dangers au travail mentionnées à la Figure 11-3.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

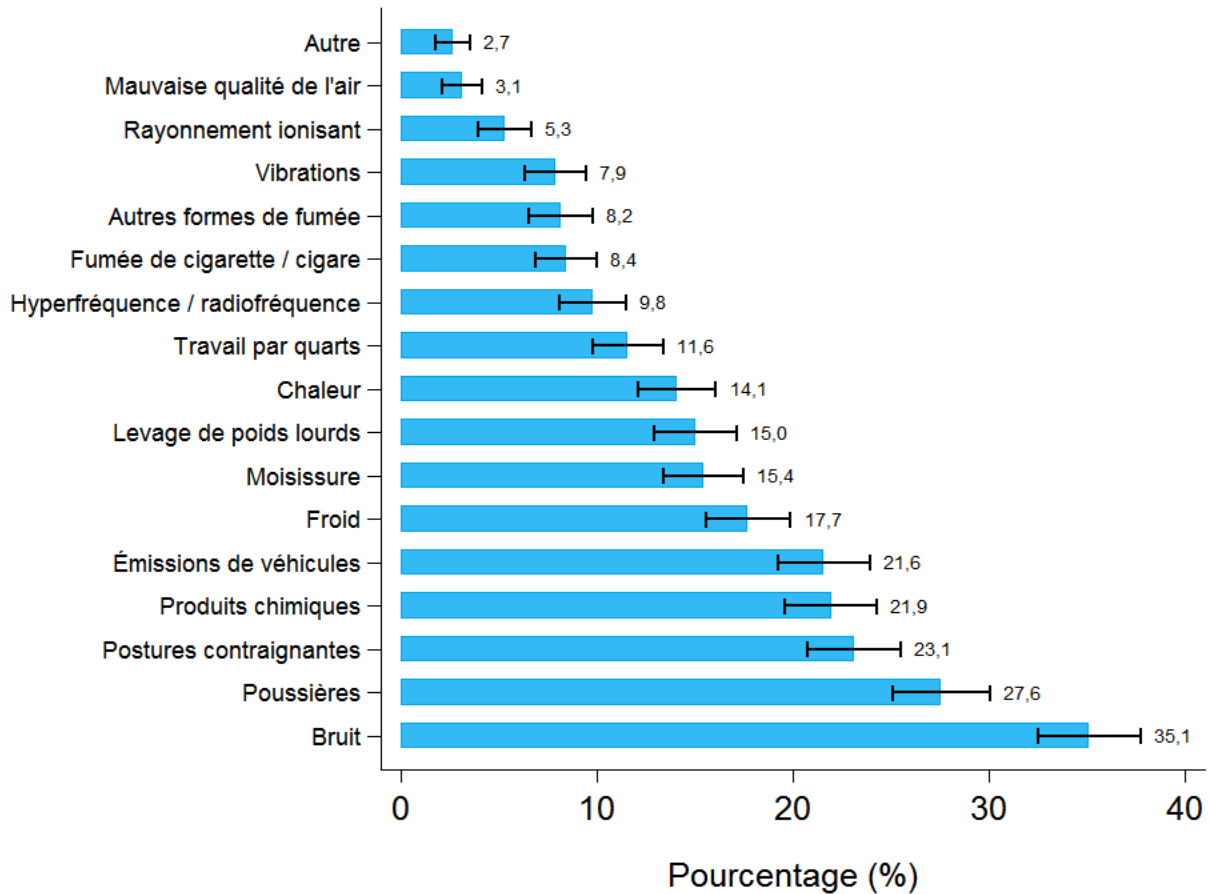


Figure 11-3 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui croient que diverses expositions en milieu de travail nuisent à leur santé.

L'exposition à long terme à des dangers au travail, qu'ils soient réels ou perçus, peut avoir des effets négatifs sur la santé mentale et la santé physique. Les membres de la Force régulière devraient être encouragés à porter ces préoccupations à l'attention de leur technicien en médecine préventive ou de leur supérieur hiérarchique.

11.4.3.1 Exposition à des niveaux de bruit excessifs

Environ un tiers des membres de la Force régulière ont indiqué avoir été exposés à des niveaux de bruit dangereux dans leur milieu de travail. L'exposition à des niveaux de bruit dangereux était plus probable : (1) chez les militaires âgés de 18 à 29 ans que chez les militaires âgés de 30 à 60 ans; (2) chez les hommes que chez les femmes; (3) chez les militaires du rang que chez les officiers; et (4) chez les membres de la Force aérienne que chez les membres de la Force maritime et de la Force terrestre (Tableau 11-11). Cependant, l'utilisation de dispositifs de protection auditive lors d'une exposition à des niveaux de bruit dangereux n'a pas été établie.



Tableau 11-11 : Pourcentage des membres de la Force régulière qui ont signalé une exposition à des niveaux de bruit dangereux dans leur milieu de travail

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)	Rapport de cotes (IC à 95 %)
En général		35,1 (32,5-37,8)	
Âge (années)	18 à 29	43,3 (38,0-48,6)	Référence
	30 à 39	35,2 (30,1-40,3)	0,71 (0,52-0,97)
	40 à 49	31,0 (26,5-35,5)	0,59 (0,43-0,80)
	50 à 60	22,9 (19,1-26,6)	0,39 (0,29-0,53)
Sexe	Femmes	22,3 (19,4-25,1)	Référence
	Hommes	37,1 (34,1-40,1)	2,06 (1,67-2,54)
Grade	MR	39,4 (36,1-42,8)	Référence
	Officier	22,1 (19,1-25,0)	0,43 (0,35-0,54)
Élément de service	Force aérienne	40,1 (35,5-44,7)	Référence
	Force maritime	32,2 (26,1-38,3)	0,71 (0,51-1,00)
	Force terrestre	33,5 (29,6-37,4)	0,75 (0,58-0,98)

La conservation de l'ouïe est compliquée par le fait que le personnel doit être préparé à entendre des sons de haute intensité tout en étant capable de réagir à des signaux sonores de faible intensité. Le ministère de la Défense nationale a mis en œuvre plusieurs initiatives de protection de l'ouïe. Il y a premièrement le Programme de protection de l'ouïe, qui vise à protéger le personnel contre la perte auditive dans le milieu de travail des FAC et qui fait actuellement l'objet d'une révision. Deuxièmement, une étude est en cours en vue d'évaluer les obstacles à l'utilisation de dispositifs de protection de l'ouïe par le personnel des FAC. Troisièmement, une évaluation médicale périodique, qui inclut une évaluation de l'ouïe, est administrée par les Services de santé des FC tous les 5 ans aux militaires de moins de 40 ans et tous les deux ans aux militaires de 40 ans et plus. Une enquête approfondie sur le type de dispositif de protection de l'ouïe et sur la fréquence et la nature de son utilisation par les membres de la Force régulière peut être nécessaire, de même qu'une évaluation du Programme de protection de l'ouïe révisé afin de s'assurer qu'il est efficace et mis en œuvre.

11.4.4 Caractère adéquat de l'instruction et de l'équipement

Une recherche antérieure suggère que les individus dans le milieu de travail effectueront une autoévaluation de la prévalence des dangers au travail et de la gravité des répercussions possibles. Dans les milieux de travail exigeants, la connaissance des dangers présents dans le milieu de travail peut contribuer à l'épuisement professionnel. Un sentiment de contrôle sur les dangers au travail, rendu possible par une instruction adéquate sur la sécurité et la fourniture d'équipement de protection individuelle, peut diminuer l'évaluation personnelle des risques et réduire l'épuisement professionnel (Leiter, 1997).

Environ un quart (22,8 %) seulement des membres de la Force régulière ont indiqué que l'instruction reçue et l'équipement de protection individuelle fourni étaient toujours adéquats pour préserver leur santé et les



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

protéger des dangers de leur milieu de travail. En outre, 55,3 % des membres de la Force régulière ont indiqué que l’instruction reçue et l’équipement de protection individuelle fourni étaient habituellement adéquats pour préserver leur santé. Le sentiment que l’instruction reçue et l’équipement de protection individuelle fourni étaient adéquats pour préserver la santé et protéger contre l’exposition aux dangers présents dans le milieu de travail se retrouvait le plus souvent : (1) chez les militaires âgés de 40 à 60 ans que chez les militaires âgés de 18 à 39 ans; et (2) chez les officiers que chez les militaires du rang (Tableau 11-12). Il n’y avait pas de différence selon le sexe ou les éléments de service.

Tableau 11-12 : Fréquence à laquelle les membres de la Force régulière croient que l’instruction reçue et l’équipement de protection individuelle leur offrent une protection adéquate contre les dangers en milieu de travail

Variable	Catégorie	Pourcentage (IC à 95 %)						Rapport de cotes (IC à 95 %) ^a
		Toujours		Habituellement		Parfois/Jamais		
En général		22,8	(20,6-25,0)	55,3	(52,5-58,1)	21,9	(19,5-24,4)	
Âge (années)	18 à 29	16,7	(12,8-20,6)	54,6	(49,1-60,1)	28,7	(23,6-33,8)	Référence
	30 à 39	18,8	(14,7-22,9)	58,2	(52,9-63,6)	23,0	(18,3-27,7)	1,26 (0,94-1,70)
	40 à 49	28,9	(24,4-33,4)	54,2	(49,1-59,2)	17,0	(13,1-20,9)	2,03 (1,51-2,73)
	50 à 60	37,9	(33,3-42,5)	49,9	(45,2-54,7)	12,1	(9,1-15,2)	3,07 (2,30-4,11)
Grade	MR	20,0	(17,3-22,8)	55,0	(51,5-58,6)	24,9	(21,8-28,1)	Référence
	Officier	31,4	(27,9-34,8)	56,0	(52,3-59,7)	12,6	(10,1-15,1)	1,98 (1,63-2,41)

^a Rapport de cotes calculé au moyen d’une régression logistique ordinale. Voir la section Méthodes pour obtenir plus de détails.

11.5 Conclusion

Un nombre moindre de membres de la Force régulière ont passé au moins un mois loin de leur foyer en raison d’activités militaires au cours des deux années précédant le SSSV 2013-2014 qu’au cours des deux années précédant celui de 2008-2009 (82,6 % comparativement à 87,6 %) Parmi les militaires qui ont dû quitter leur foyer en raison d’activités militaires au cours des deux dernières années, le temps moyen passé loin de la maison a été de 6,7 mois en 2013-2014, comparativement à 8,6 mois en 2008-2009. Cette diminution du temps passé loin du foyer est fort probablement attribuable à la fin des opérations de combat en Afghanistan.

Environ 25 % de tout le temps de service accumulé par les membres de la Force régulière au cours des deux années précédant le SSSV 2013-2014 a été passé loin du foyer. Les facteurs contributeurs les plus importants au temps passé loin du foyer ont été les cours et les exercices militaires.

Au cours des 12 derniers mois, 63,9 % des membres de la Force régulière se sont dits très satisfaits ou satisfaits de leur travail. En outre, 16,6 % des membres de la Force régulière se sont dits ni satisfaits ni insatisfaits. Les militaires plus âgés ont déclaré un haut niveau de satisfaction professionnelle. Conformément aux résultats d’études antérieures, les militaires présentant des signes de problèmes de santé mentale avaient tendance à avoir de plus bas niveaux de satisfaction professionnelle.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

La majorité (93,3 %) des membres de la Force régulière ont indiqué qu'ils portent toujours leur ceinture de sécurité lorsqu'ils conduisent un véhicule civil. D'autre part, seulement 77,0 % des membres de la Force régulière ont indiqué qu'ils portent toujours leur ceinture de sécurité lorsqu'ils conduisent un véhicule militaire. La différence peut être attribuable en partie aux défis opérationnels associés au travail à l'intérieur d'un véhicule militaire (p. ex., manipuler des armes, sortir du véhicule rapidement). Néanmoins, il faudra étudier plus en profondeur la question du port de la ceinture de sécurité dans les véhicules militaires.

Presque les deux tiers (63,7 %) des membres de la Force régulière croyaient que certaines expositions en milieu de travail nuisaient à leur santé. Les expositions à des dangers au travail les plus souvent signalées étaient : (1) les niveaux de bruit excessifs; (2) la poussière et les fibres; et (3) les positions inconfortables. Cependant, on n'a pas recueilli de données sur l'utilisation d'équipement de protection pour atténuer les répercussions négatives sur la santé de ces expositions. De plus, 21,9 % des militaires ont indiqué se sentir parfois, rarement, ou jamais adéquatement protégés des dangers au travail. Une exploration plus détaillée du type et de l'utilisation de l'équipement de protection individuelle est nécessaire.

11.6 Références

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Étude des blessures : pleins feux sur la sécurité routière en matière de transport*, éd. 2012, 2012. Sur Internet : <<http://phac-aspc.gc.ca/injury-bles/chirpp/injrep-rapbles/ir-eb-2012-fra.php>>.

BURRELL, L.M., G.A. ADAMS, D.B. DURAND et C.A. CASTRO. « The impact of military lifestyle demands on well-being, army, and family outcomes », *Armed Forces and Society*, vol. 33, n° 1, 2006, p. 45-58.

CANADA. MINISTÈRE DES TRANSPORTS. *Résultats de l'enquête menée par Transports Canada sur le port de la ceinture de sécurité dans les collectivités rurales et urbaines du Canada, 2009-2010*, 2011. Feuillet d'information TP 2436F. Sur Internet : <http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/rapport-medecin-general-2014.pdf>.

CONSEIL CANADIEN DES ADMINISTRATEURS EN TRANSPORT MOTORISÉ. *NORP Annual Monitoring Reports – 2010*, 2012. Sur Internet : <<http://ccmta.ca/en/publications/resources-home/item/norp-annual-monitoring-reports-2010>>.

CRANNY, C.J., P.C. SMITH et E.F. STONE. *Job Satisfaction: How People Feel About Their Jobs and How It Affects Their Performance*, New York, Lexington Books, 1992.

DAIGLE, P. *Sur le front intérieur : évaluation du bien-être des familles des militaires canadiens en ce nouveau millénaire*, 2013. Rapport spécial au ministre de la Défense nationale. Ombudsman du ministère de la Défense nationale. Sur Internet : <<http://www.ombudsman.forces.gc.ca/fr/ombudsman-rapports-statistiques-investigations-familles-militaires/familles-militaires-index.page>>.

FALVO, M.J., O.Y. OSINUBI, A.M. SOTOLONGO et D.A. HELMER. « Airborne hazards exposure and respiratory health of Iraq and Afghanistan veterans », *Epidemiologic Reviews*, vol. 37, 2015, p. 116-130.

FARAGHER, E.B., M. CASS et C.L. COOPER. « The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 62, 2005, p. 105-112.



Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 – Rapport de la Force régulière

GROUPE DES SERVICES DE SANTÉ DES FORCES CANADIENNES. *Rapport du médecin général 2014 : consolidation, innovation, préparation*, ministère de la Défense nationale, 2014. Sur Internet : <http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/rapport-medecin-general-2014.pdf>.

IVEY, G.W., J.R.S. BLANC et J. MANTLER. « An assessment of the overlap between morale and work engagement in a nonoperational military sample », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 20, n° 3, 2015, p. 338-347.

LEITER, M.P. et L. ROBICHAUD. « Relationships of occupational hazards with burnout: an assessment of measures and models », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 2, n° 1, 1997, p. 35-44.

MEIER, L.L. et P.E. SPECTOR. *Job Satisfaction, vol. 5: Human Resources Management*, John Wiley & Sons Ltd, 2015. DOI : 10.1002/9781118785317.weom050093.

MINISTRY OF DEFENCE. « Armed Forces Continuous Attitude Survey 2014 », *Statistical Series*, n° 6, bull. 6.03, Londres (Angleterre), 2014.

OKPALA, N.C., N.J. WARD et A. BHULLAR. « Seatbelt use among military personnel during operational deployment », *Military Medicine*, vol. 172, n° 12, 2007, p. 1231-1233.





Annexe A – Formule de calcul de la taille de l'échantillon

Formule utilisée pour calculer la taille de l'échantillon :

Formule de calcul de la taille de l'échantillon nécessaire (n^*). Les suppositions comprennent un niveau de confiance de 95 % ainsi que l'arrondissement de la valeur Z de 1,96 à 2 pour un niveau de confiance de 95 %.

$$n^* = \frac{1}{e^2 + \frac{1}{N}}$$

Où :

e est la marge d'erreur (ME) voulue

N est la taille de l'échantillon total de la population visée.

De plus, la taille réelle de l'échantillon nécessaire (n) doit être augmentée pour tenir compte du niveau de réponse prévu, où le taux de réponse (r) est propre à chaque sous-groupe de sexe, de grade X et d'âge X.

$$n = \frac{n^*}{r}$$





FICHE DE CONTRÔLE DU DOCUMENT

1. DEMANDEUR (Nom et adresse de l'organisme ayant produit le document.)		2. CLASSIFICATION DE SÉCURITÉ	
Quartier général du Groupe des Services de santé des Forces canadiennes / Direction de la protection de la santé des Forces / Épidémiologie 1745 promenade Alta Vista, Ottawa, Ontario K1A 0K6		Sans classification/ diffusion illimitée	
3. TITRE (Titre complet du document, tel qu'il apparaît sur la page titre.)			
Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Forces armées canadiennes – 2013-2014 Rapport de la Force régulière			
4. AUTEURS (Nom, suivi des initiales – ne pas indiquer le grade, le titre, etc. Utiliser des points-virgules comme séparateurs.)			
Thériault, F.L.; Gabler, K.; Naicker, K.			
5. DATE DE PUBLICATION (Mois et année.)		6. NOMBRE DE PAGES (Nombre total de pages du document, y compris la fiche de contrôle du document.)	
Septembre 2016		306	
7. NOTES DESCRIPTIVES (Catégorie du document, p. ex., rapport technique.)			
Rapport technique			
8a. N° DU PROJET OU DE LA SUBVENTION (Indiquer s'il y a lieu le numéro du projet ou de la subvention de recherche et développement dans le cadre desquels le document a été rédigé. Préciser s'il s'agit d'un projet ou d'une subvention.)		8b. N° DU CONTRAT (Indiquer s'il y a lieu le numéro du contrat dans le cadre duquel le document a été rédigé.)	
Ne s'applique pas au médecin général		Ne s'applique pas au médecin général	
9a. NUMÉRO DU DOCUMENT DU DEMANDEUR (Numéro de document officiel par lequel le demandeur désigne le document. Ce numéro doit être propre au document.)		9b. AUTRES N ^{OS} DE DOCUMENT (Tout autre numéro qui pourrait avoir été attribué à ce document par le demandeur ou le responsable.)	
SGR-2016-002		Ne s'applique pas au médecin général	
10. DISPONIBILITÉ DU DOCUMENT			
Diffusion au grand public approuvée; diffusion illimitée			
11. ANNONCE DU DOCUMENT			
Annonce illimitée			



Introduction : Le Sondage sur la santé et le style de vie (SSSV) est un sondage quadriennal mené auprès de la population qui donne un aperçu de l'état de santé actuel du personnel des Forces armées canadiennes (FAC). Ce sondage permet de recueillir des données sur un large éventail de facteurs liés à la santé et au style de vie, y compris l'utilisation des services de soins de santé et la satisfaction des membres à leur égard. Les données tirées de ce sondage servent à assurer la surveillance et l'amélioration de la santé et du mieux-être du personnel des FAC, car elles permettent d'orienter le processus d'élaboration de politiques et de programmes à l'appui d'une force militaire en santé, en bonne condition physique et apte au déploiement.

Méthodes : En 2013, 4 312 membres de la Force régulière ont été sélectionnés au hasard parmi une population de 56 574 militaires pour remplir un sondage sur papier à retourner par la poste. La taille de l'échantillon a été mesurée de façon à pouvoir évaluer les indicateurs de santé avec une marge d'erreur de +/- 3 % par sexe et grade et selon un intervalle de confiance à 95 %. Les données ont été pondérées de façon à tenir compte de la distribution de la population de la Force régulière de 2013 selon l'âge, le sexe et le grade. Des statistiques descriptives ont servi à résumer les données, et des techniques de régression ont été utilisées pour établir la signification statistique selon un intervalle de confiance à 95 % entre diverses variables démographiques clés et le résultat recherché. La méthode de standardisation directe a été appliquée à la population de la Force régulière de 2013 de façon à pouvoir faire des comparaisons entre diverses estimations obtenues dans les sondages antérieurs menés en 2004 et en 2008-2009.

Résultats : Le taux de réponse ajusté était de 60 %. Des tendances encourageantes ont été observées concernant le tabagisme et l'activité physique. En effet, chez le personnel des CAF, la prévalence du tabagisme a connu une baisse, passant de 23,0 % en 2008-2009 à 17,6 % en 2013-2014, et le taux d'activité physique s'est accru, passant de 78,7 % en 2008-2009 à 85,2 % en 2013-2014. À l'inverse, des indicateurs de mauvaise alimentation ont aussi été observés. En 2013-2014, les membres de la Force régulière ont affiché un taux d'obésité (indice de masse corporelle ≥ 30 kg/m²) supérieur à celui enregistré en 2004 (25,0 % vs 20,2 %, respectivement). De plus, en 2013-2014, seulement 28,7 % du personnel ont déclaré consommer des fruits et des légumes plus de six fois par jour (indicateur utilisé pour définir le nombre de portions). Une hausse significative du taux annuel de microtraumatismes répétés a été observée, passant de 22,6 % en 2008-2009 à 32,3 % en 2013-2014; le motif le plus courant d'inaptitude au déploiement évoqué par le personnel au cours des deux années précédant le sondage était les lésions musculosquelettiques. Parmi les résultats de santé qui sont demeurés inchangés par rapport à 2008-2009, on compte la prévalence des troubles de santé mentale et des blessures aiguës, le taux lié aux comportements à risque en matière de consommation d'alcool et l'état de santé autodéclaré.

Conclusion : Les résultats du SSSV, 2013-2014 : Rapport de la Force régulière indiquent un certain nombre de tendances encourageantes liées à la santé du personnel des FAC, de même que certains problèmes. Les aspects devant faire l'objet d'une enquête plus approfondie afin d'accroître la santé du personnel des CAF englobent : l'obésité, l'alimentation, les microtraumatismes répétés et la consommation d'alcool.



13. MOTS CLÉS, DESCRIPTEURS ou IDENTIFICATEURS (Termes ou courtes phrases techniquement significatifs qui décrivent le document et qui pourraient en faciliter le catalogage. Utiliser des points-virgules comme séparateurs.)

Activité physique; alcool; alimentation; blessures; comportements liés à la santé; dépistage; dépression; détresse psychologique; enquête transversale; ESPT; état de santé; facteurs de risque liés au comportement; maladies ou troubles chroniques; militaire; nutrition; obésité; promotion de la santé; santé des femmes; santé lors de déploiements; santé mentale; santé professionnelle; satisfaction à l'égard des services de santé; soins de santé préventifs; suicide; surpoids; tabac; toxicomanie; utilisation des services de santé.

Your health
Votre santé



Our mission
Notre mission