

N° 82-229-X au catalogue  
ISBN 978-0-660-26890-3

## Gens en santé, milieux sains



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

Canada

---

## Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca).

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel** à [STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca](mailto:STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca)

**Téléphone** entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-514-283-9350

**Programme des services de dépôt**

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

## Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca) sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

## Note de reconnaissance

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

## Signes conventionnels dans les tableaux

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

- . indisponible pour toute période de référence
- .. indisponible pour une période de référence précise
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- 0 zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
- 0<sup>s</sup> valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
- <sup>p</sup> provisoire
- <sup>r</sup> révisé
- x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
- <sup>E</sup> à utiliser avec prudence
- F trop peu fiable pour être publié
- \* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ )

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2010

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

*This publication is also available in English.*

---



# Gens en santé, milieux sains

---

## Introduction

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé, la santé d'un individu est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité<sup>1</sup>. Cette définition a par la suite été élargie afin d'inclure la capacité, d'une part, de réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins et, d'autre part, de s'adapter au milieu ou changer celui-ci. Ses auteurs définissent la santé comme un concept positif qui englobe les ressources personnelles, sociales et physiques<sup>1</sup>. En s'appuyant sur ces concepts, la santé de la population a été définie en termes de résultats en matière de santé chez un groupe d'individus, y compris la répartition de ces résultats au sein du groupe<sup>2</sup>. La santé de la population est influencée par les facteurs physiques, biologiques, sociaux et économiques présents dans le milieu, par les comportements personnels influant sur la santé, par les services de soins de santé, et ainsi de suite<sup>1</sup>.

Les Indicateurs de la santé consistent en une vaste gamme de mesures utilisées pour évaluer et surveiller la santé des populations, ainsi que les inégalités entre les groupes qui la constituent. Ces indicateurs facilitent les comparaisons temporelles et spatiales aux niveaux national, provincial et régional. Les résultats de ces comparaisons influencent à leur tour la conception et l'évaluation des interventions, des programmes de prévention et des politiques ayant pour objectif d'améliorer la santé des Canadiens.

Le présent rapport examine la santé de la population canadienne en se servant d'un choix d'indicateurs de la santé axés sur la démographie, l'état de santé, les comportements ayant une incidence sur la santé et l'environnement. Pour commencer, nous nous penchons sur les changements démographiques résultant du vieillissement de la population qui fournissent le contexte pour la suite du rapport. Vient ensuite la présentation des mesures de l'état de santé qui reflètent le bien-être physique, mental et social. Elles sont suivies par les indicateurs de comportements positifs et négatifs pour la santé connus pour leur incidence sur l'état de santé. Enfin, nous présentons les indicateurs des milieux social et physique dans lesquels nous vivons. Ensemble, ces indicateurs de la santé mettent en relief la santé de la population canadienne au niveau national ainsi que provincial et territorial. Ils fournissent des valeurs repères pour les comparaisons temporelles et spatiales, allant du niveau régional au niveau international.

---

## Bibliographie

1. Last J.M. (éd.). 2001. *A Dictionary of Epidemiology*, quatrième édition, New York, Oxford University Press.
2. Kindig D. et G. Stoddart. 2003. « What is population health? », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 3, p. 380 à 383.



## Évolution démographique

---

Au cours du dernier siècle, la population canadienne a subi de profonds changements. À part le baby-boom de l'après-guerre (1946 à 1965), qui est une exception remarquable, nous avons assisté à une diminution régulière de la fécondité, accompagnée d'une diminution du taux de mortalité et d'un accroissement de l'espérance de vie. Ces changements ont été à l'origine du vieillissement de la population canadienne. La preuve de cette transition démographique se trouve dans l'âge médian des Canadiens, c'est-à-dire l'âge qui divise la population en deux moitiés. En 1956, l'âge médian au Canada était de 27,2 ans<sup>1</sup>. En 2006, il avait augmenté à 39,5 ans<sup>2</sup> et il est prévu qu'il atteigne 46,9 ans en 2056<sup>1</sup>.

Trois indicateurs illustrent le vieillissement de la population canadienne, à savoir l'espérance de vie, la composition de la population (basée sur les estimations démographiques) et les rappports de dépendance démographique. L'espérance de vie reflète la mortalité, donc les niveaux de santé et de maladie dans la population. Comme dans d'autres pays développés, l'espérance de vie au Canada a augmenté et l'on s'attend à ce qu'elle continue à le faire. En 2005, l'espérance de vie était de 78,0 ans pour les hommes et de 82,7 ans pour les femmes<sup>3</sup>. Ces chiffres représentent des progrès considérables depuis 1956 où l'espérance de vie était de 67,7 ans pour les hommes et de 73,0 ans pour les femmes<sup>4</sup>. En outre, selon les projections (fondé sur une hypothèse de mortalité moyenne), les hommes nés en 2031 auront une espérance de vie moyenne de 81,9 ans et les femmes, de 86,0 ans<sup>1</sup>.

La composition de la population canadienne reflète également l'évolution démographique vers une population plus âgée au sein de laquelle les aînés représentent une part sans cesse croissante. En 2006, 13,7 % des Canadiens avaient 65 ans et plus, comparativement à 7,7 % en 1956<sup>2</sup>. Il est prévu qu'en 2056, les personnes âgées représenteront de 25 % à 30 % de la population canadienne<sup>5</sup>. Alors que la proportion de personnes âgées augmente, les enfants et les jeunes représentent une part décroissante de la population canadienne. Au milieu du siècle dernier, les jeunes de 19 ans et moins formaient 37 % de la population comparativement à 24 % en 2006, en 2007<sup>6</sup> et en 2008. Selon les prévisions, la proportion de jeunes au Canada continuera de baisser.

Les variations des rapports de dépendance démographique révèlent une évolution de la structure par âge de la population canadienne. Ces rapports correspondent au nombre de jeunes et/ou de personnes âgées « personnes à charge » pour 100 personnes en âge de travailler. La stabilité globale du rapport de dépendance démographique du Canada reflète une diminution du rapport pour les jeunes qui est annulée par un accroissement du rapport pour les personnes âgées.

Cette évolution de la structure par âge de la population a des conséquences sociales et économiques<sup>7</sup>. À mesure qu'un grand nombre de Canadiens âgés prennent leur retraite et qu'un nombre relativement moindre de jeunes entrent sur le marché du travail pour les remplacer, un pourcentage décroissant de personnes est disponible pour assurer le soutien social et économique des personnes âgées. En 2006, on dénombrait 5 personnes en âge de travailler (de 20 à 64 ans) par personne âgée, soit une baisse par rapport au chiffre de 7, relevé en 1971<sup>8</sup>. En 2056, on prévoit (fondé sur un scénario de croissance moyenne), qu'il n'y aura plus que 2 personnes en âge de travailler par personne âgée au Canada<sup>9</sup>.

L'évolution démographique continue d'avoir une incidence sur de nombreux aspects de nos vies, dont la santé, qui n'est pas le moindre d'entre eux. Les Canadiens vivant généralement plus longtemps aujourd'hui qu'il y a un siècle, sont plus susceptibles d'être victimes de maladies chroniques dégénératives, telles l'arthrite et le diabète qui se développent au cours du temps et qui sont plus fréquentes chez les personnes âgées. De nombreux problèmes de santé chroniques sont accompagnés de douleur et peuvent entraîner des limitations des activités. Comme les gens vivent avec ces problèmes de santé jusqu'à un stade fort avancé du troisième âge, le besoin de périodes prolongées de soins informels et de services de santé s'accroît.

L'évolution de la fécondité, des taux de mortalité et de l'espérance de vie constitue une toile de fond pour l'examen de l'évolution de l'état de santé et d'autres aspects de la population canadienne.

Pour les plus récentes données de la santé pour votre région, visiter le site Web Profil de la santé

---

## Bibliographie

1. Statistique Canada 2008. Regard sur la démographie canadienne n° 91-003 au catalogue, Ottawa.
2. Martel L. et E. Caron–Malenfant. 2007. Portrait de la population canadienne en 2006, selon l'âge et le sexe, Recensement de 2006, n° 97-551 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa.
3. Statistique Canada. Espérance de vie – table de mortalité abrégée, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (années) (tableau CANSIM).
4. Nagnur D. 1986. Longévité et tables de mortalité chronologiques (abrégées), 1921–1981, n° 89-506 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa.
5. Bélanger A., L. Martel et E. Caron–Malenfant. 2005. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005 à 2031, n° 91-520 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa.
6. Statistique Canada .Annuaire du Canada 2007 n° 11-402 au catalogue, Ottawa 2008.
7. Frederick J. et J. Fast. 2004. « Vivre plus longtemps, vivre mieux, 1998 », Emploi du temps et transitions au cours de la vie, n° 89-584 au catalogue de Statistique Canada, n° 6, Ottawa.
8. Statistique Canada. Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire) (tableau CANSIM).
9. Statistique Canada. Population projetée, par scénario de projection, sexe et groupe d'âge au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes) (tableau CANSIM)



# Composition de la population

---

Par composition de la population, on entend la description d'une population en fonction de caractéristiques telles que l'âge et le sexe. Ces données sont souvent comparées au cours du temps en se servant de pyramides des âges

## Importance de l'indicateur

La composition de la population fait partie de l'environnement social. Elle fournit un cadre pour l'interprétation de l'état de santé et des comportements de la population.

## Contexte

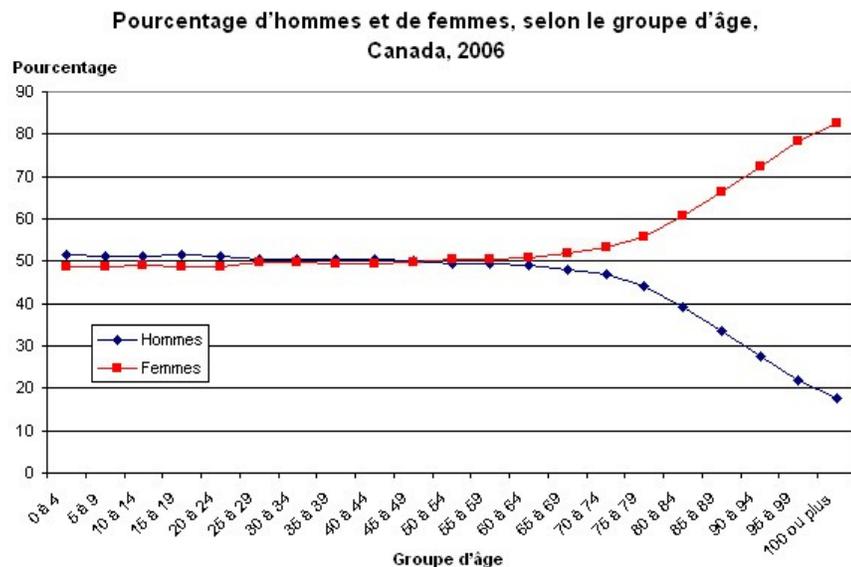
Comparativement aux autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la population du Canada comprend un assez faible pourcentage de personnes âgées. Le Japon compte 23 % de personnes âgées de 65 ans et plus, l'Italie et l'Allemagne, 20 %. En revanche, l'Inde, l'Indonésie et l'Afrique du Sud se situent à l'autre extrémité, 5 % à 6 % de leur population étant des personnes âgées<sup>1</sup>.

Au Canada, bien que la population vieillisse globalement, la population autochtone est relativement jeune. En 2006, moins de 5 % des Autochtones étaient âgés de 65 ans et plus. L'âge médian des populations autochtones et non autochtones était de 27 ans et de 40 ans, respectivement<sup>2</sup>.

Voir les [pyramides d'âge](#) animées.

## Faits saillants et graphique

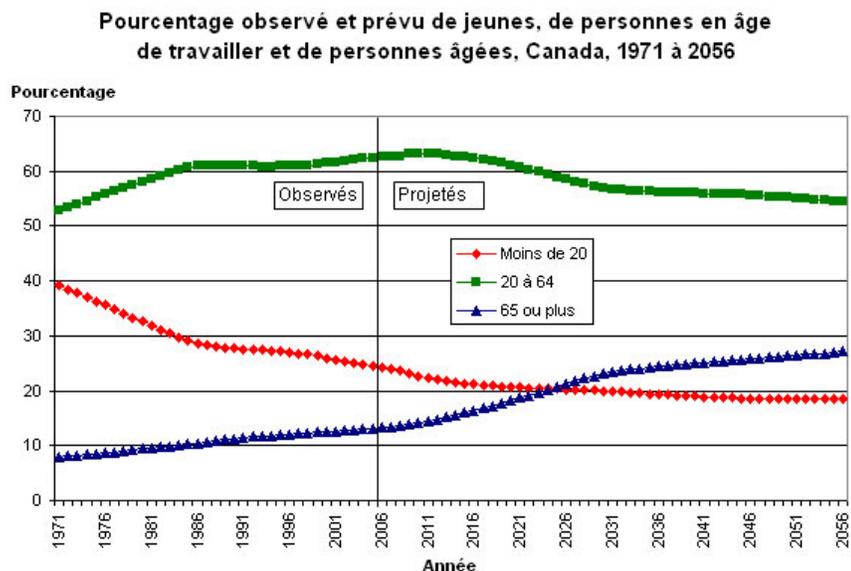
### Groupe d'âge et sexe



Source : Tableau CANSIM 051-0001.

- En 2006, 354 617 bébés sont nés au Canada; pour chaque tranche de 100 filles, on a enregistré 106 naissances de garçons. Ces chiffres étaient légèrement en hausse par rapport à 2000, quand 327 882 bébés sont nés avec le même rapport hommes-femmes qu'en 2006 <sup>3</sup>.
- En 2006, les hommes représentaient un peu plus de la moitié de la population jusqu'à 50 ans environ, âge auquel les femmes, dont l'espérance de vie est plus longue, commençaient à être plus nombreuses que les hommes; chez les personnes âgées de 85 ans et plus, on dénombrait 2,2 femmes âgées par homme.

### Tendance temporelle



Source : Tableaux CANSIM 051-0001 (1971 à 2008) et 052-0004 (2009 à 2056).

- Les jeunes de moins de 20 ans représentent une part sans cesse décroissante de la population, celle-ci étant passée de 39 % en 1971 à 24 % en 2006. Selon les projections, la population de jeunes diminuera jusqu'à 18 % d'ici à 2056.

- La population en âge de travailler a augmenté quand les membres de la génération du baby-boom sont entrés sur le marché du travail, mais elle diminuera de nouveau quand ceux-ci commenceront à sortir de cette population en 2011.
- À l'heure actuelle, les personnes âgées représentent 14 % de la population; en 2056, il est prévu que leur part de la population passera à plus de 27 %.

## Bibliographie

1. OECD. Organisation de coopération et de développement économiques. « OECD Factbook 2009: Economic, Environmental and Social Statistics, 2009 ».
2. Statistique Canada. Recensement de 2006, Population ayant une identité autochtone selon les groupes d'âges médian et le sexe, chiffres de 2006 pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires - Données-échantillon (20 %) – Faits saillants en tableaux, produit n° 97-558 au catalogue, Ottawa, Ontario.
3. Statistique Canada. Naissances vivantes, selon le poids à la naissance et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (tableau CANSIM).

## Autres études

Bélanger A., L. Martel et E. Caron–Malenfant. 2005. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005 à 2031, produit n° 91-520 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario.

Burke M.A. 1991. « Une société vieillissante : un autre point de vue – conséquence du vieillissement démographique », Tendances sociales canadiennes, produit no 20, produit n° 11-008 au catalogue de Statistique Canada, p. 6 à 8.

Desjardins B. 1993. Vieillesse de la population et personnes âgées, produit n° 91-533 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario.

Martel L. et E. Caron–Malenfant. 2007. Portrait de la population canadienne en 2006, selon l'âge et le sexe, Recensement de 2006, produit n° 97-551 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario.

Romantiuc A. 1984. La fécondité au Canada : croissance et déclin, produit n° 91-524 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada.

Statistique Canada. 2006. Rapport sur l'état de la population du Canada 1994, produit n° 91-209 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario.

Statistique Canada. 2008. Rapport sur l'état de la population du Canada 2005 et 2006, produit n° 91-209 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario.

Turcotte M. et G. Schellenberg. 2007. Un portrait des aînés au Canada 2006, produit n° 89-519 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario.

Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. 2001. *World Population Ageing: 1950–2050*, New York, United Nations Publications.



# Espérance de vie

---

L'espérance de vie représente le nombre d'ans que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance (pour l'espérance de vie à la naissance) ou à compter de 65 ans (pour l'espérance de vie à 65 ans) selon les statistiques de mortalité pour la période d'observation retenue. Indicateur de la santé d'une population d'usage très répandu, l'espérance de vie est une mesure de quantité plutôt que de qualité de vie.

## Importance de l'indicateur

L'espérance de vie à la naissance reflète la mortalité globale d'une population. Elle résume la courbe de mortalité qui domine pour l'ensemble des groupes d'âge, à savoir les enfants et les adolescents, les adultes et les personnes âgées<sup>1</sup>.

## Contexte

L'accroissement continu de l'espérance de vie au cours des derniers siècles a été attribué à l'amélioration de la nutrition et de l'hygiène, à l'accès à de l'eau potable, au contrôle efficace des naissances et à l'immunisation, ainsi qu'à d'autres interventions médicales<sup>2</sup>.

À toutes les étapes du cycle de vie, les hommes sont plus susceptibles de mourir que les femmes. Cette différence, observée depuis l'ère de l'industrialisation, a créé un écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes<sup>2</sup>.

D'ici à 2031, il est prévu que l'espérance de vie moyenne au Canada aura augmenté pour atteindre 81,9 ans chez les hommes et 86,0 ans chez les femmes, l'écart entre les premiers et les secondes continuant de s'amenuiser<sup>3</sup>.

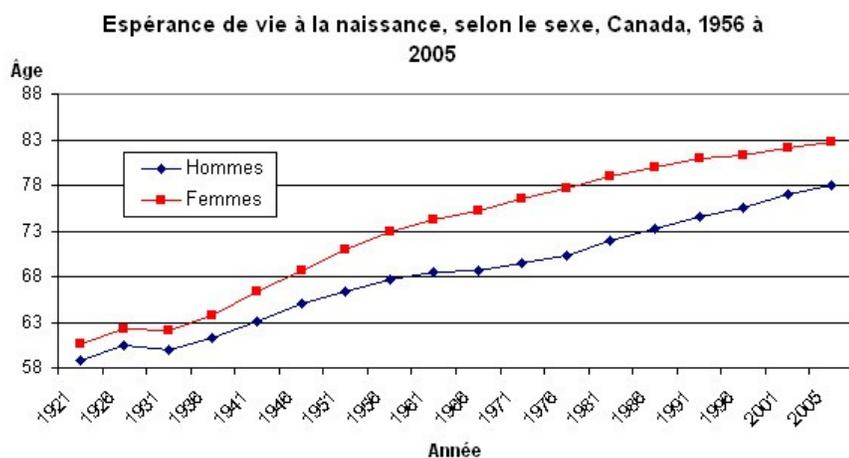
Les personnes dont le revenu est faible, celles qui vivent dans les quartiers pauvres et celles qui résident dans les régions habitées par les Inuits ont tendance à avoir une plus courte espérance de vie<sup>4,5,6,7</sup> que les autres membres de la population canadienne.

Le fait que l'espérance de vie augmente ne signifie toutefois pas que toutes les années seront forcément vécues en bonne santé en moyenne, les Canadiens peuvent s'attendre à vivre 70 années sur 80 en bonne santé<sup>4</sup>.

Comparativement aux autres pays membres de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement), les hommes et les femmes qui vivent au Canada ont une longue espérance de vie (78 et 83 ans, respectivement, en 2005). Comparativement, la Hongrie se classait au rang le plus bas pour les hommes, à moins de 69 ans, tandis que l'Islande se classait au rang le plus élevé (79 ans). En ce qui concerne les femmes, la Turquie occupait la dernière place, à 74 ans, et le Japon, le rang le plus élevé, à 86 ans<sup>8</sup>.

## Faits saillants et graphique

### Tendance temporelle



**Sources :** 1921 à 1981: Nagnur D. *Longévité et tables de mortalité chronologiques (abrégées)*, 1921 à 1981, Statistique Canada, Catalogue 89-506, 1986; 1986: Duchesne D, Nault F, Gilmour H, Wilkins R. *Recueil de statistiques de l'état civil 1996*, Statistique Canada, Catalogue 84-214, 1999; 1991 à 2005 : Tableau CANSIM 102-0511, *Espérance de vie, table de mortalité abrégée, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel*.

- Entre 1921 et 2005, l'espérance de vie moyenne à la naissance a augmenté considérablement au Canada, passant de 58,8 ans à 78,0 ans chez les hommes et de 60,6 ans à 82,7 ans chez les femmes.
- Inférieur à 2 ans en 1921, l'écart entre les hommes et les femmes a augmenté régulièrement au cours des 50 années suivantes pour atteindre plus de 7 ans en 1976, puis a diminué progressivement pour s'établir à moins de 5 ans en 2005.

## Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). « (WHO) Statistical Information System (WHOSIS) » .
2. Clark J.N. 1990. *Health, illness, and medicine in Canada*, Toronto, McClelland & Stewart.
3. Statistique Canada. *Regard sur la démographie canadienne*, produit n° 91-003 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, 2008.
4. Statistique Canada. *Tableau CANSIM, Espérance de vie en fonction de la santé, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et le groupe de revenu, Canada et provinces, occasionnel (années)*.
5. Wilkins R., S. Uppal, P. Finès, S. Senécal, E. Guimond et R. Dion. 2008. « *Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuits au Canada, 1989 à 2003* », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19 n° 1, p. 7 à 22.
6. Wilkins R., J.M. Berthelot et E. Ng. 2002. « *Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996* », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 13 (suppl.), p. 51 à 79.

7. Wilkins R., O. Adams et A. Brancker. 1990. « Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986 », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 1, n° 2, p. 137 à 174.

8. Organisation de coopération et de développement . Eco-santé (OCDE) 2009 – Données fréquemment demandées, Espérance de vie à la naissance, selon le sexe.

### **Autres études**

Fang R. et J.S. Millar. 2009. « Canada's global position in life expectancy: A longitudinal comparison with the healthiest countries in the world », Revue canadienne de santé publique, vol. 100, n° 1, p. 9 à 13.

Nagnur D. 1986. Longévité et tables de mortalité chronologiques (abrégées), 1921–1981, produit n° 89-506 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario.

St-Arnaud J., M.P. Beaudet et P. Tully. 2005. « Espérance de vie », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 17, n° 1, p. 45 à 49.

Gilmore J. et B. Wannell. 1999. « Espérance de vie », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 11, n° 3, p. 9 à 26.

Wilkins K. 2005. « Prédicteurs du décès chez les personnes âgées », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 16 (suppl.), p. 63 à 74.



# Rapport de dépendance

---

Le rapport de dépendance démographique global est le rapport de la population combinée de jeunes (personnes âgées de 0 à 19 ans) et de personnes âgées (personnes âgées de 65 ans et plus) à la population en âge de travailler (personnes âgées de 20 à 64 ans). Il est exprimé sous forme de nombre de « personnes à charge » pour 100 « travailleurs » :

jeunes (de 0 à 19 ans) + personnes âgées (65 ans et plus) pour 100 travailleurs (de 20 à 64 ans).

Le rapport de dépendance démographique des jeunes est le rapport de la population de jeunes à la population en âge de travailler, tandis que le rapport de dépendance démographique des personnes âgées est le rapport de la population de personnes âgées à la population en âge de travailler.

Le rapport de dépendance démographique est fondé sur l'âge plutôt que sur la situation d'emploi. Il ne tient pas compte des jeunes ou des personnes âgées qui travaillent, ni des personnes en âge de travailler qui sont chômeuses ou inactives. Il reflète simplement la structure par âge de la population et n'est aucunement destiné à amoindrir la contribution des personnes classées comme étant « à charge ».

## Importance de l'indicateur

Une part appréciable des personnes âgées de 65 ans et plus et d'enfants et de jeunes âgés de moins de 20 ans sont susceptibles d'être socialement ou économiquement dépendants des Canadiens en âge de travailler et peuvent avoir davantage besoin de services de santé. Le rapport de dépendance démographique mesure la taille de la population « à charge » par rapport à la population « en âge

de travailler » qui, en théorie, fournit le soutien social et économique.

Les variations des rapports de dépendance démographique mettent en relief l'évolution de la structure par âge de la population.

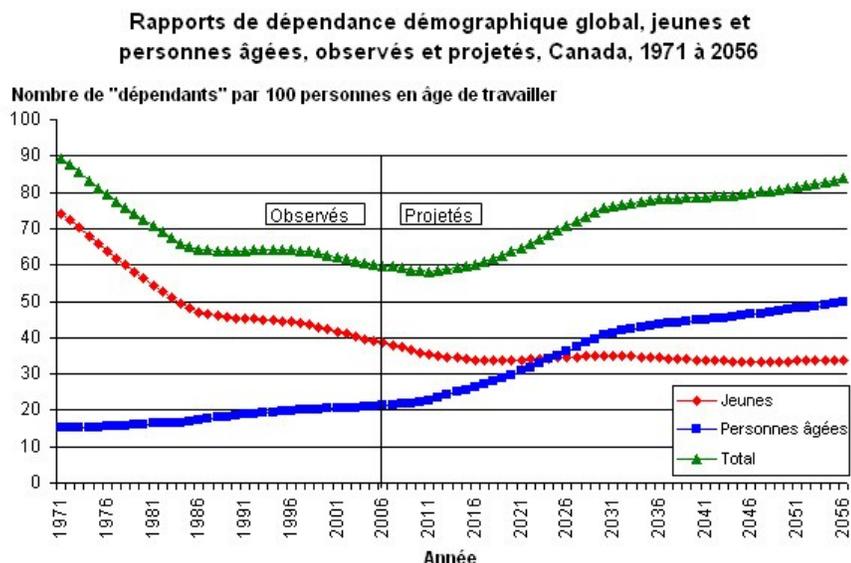
## Contexte

Le pourcentage décroissant de jeunes signifie qu'à l'avenir, le nombre de travailleurs pourrait ne pas suffire pour financer les pensions des personnes à la retraite<sup>1</sup>.

La croissance de la population de personnes âgées comparativement à la population en âge de travailler a des conséquences en ce qui a trait aux soins aux personnes âgées. En outre, un nombre important de femmes, qui étaient traditionnellement les principales dispensatrices de soins aux enfants et aux personnes âgées, sont entrées sur le marché du travail ces dernières décennies. De surcroît, le fait que bon nombre de couples ont des enfants à un âge plus avancé a donné naissance à une nouvelle génération responsable simultanément de jeunes enfants et de parents âgés, que l'on a baptisée « génération sandwich »<sup>2</sup>.

## Faits saillants et graphique

### Tendance temporelle



Source : Tableaux CANSIM 051-0001 (1971 à 2008) et 052-0004 (2009 à 2056).

- De 1971 à 2006, le rapport global de dépendance démographique est passé de 89 à 60 personnes à charge pour 100 travailleurs.
- La stabilité du rapport global de dépendance démographique au cours des années 1980 et des années 1990 est imputable à une diminution du rapport de dépendance démographique des jeunes qui a été neutralisée par un accroissement du rapport de dépendance démographique des personnes âgées.
- Selon les projections, le rapport global de dépendance démographique du Canada atteindra 84 personnes à charge pour 100 personnes en âge de travailler d'ici à 2056, à mesure qu'augmente la proportion de personnes âgées.
- En 1971, le rapport de dépendance démographique des jeunes était de 74 jeunes pour 100 personnes en âge de travailler. En 2006, le chiffre n'était plus que de 39 jeunes et il est prévu qu'il continuera de baisser pour s'établir à 34 jeunes pour 100 personnes en âge de travailler d'ici à 2056.
- La tendance opposée s'observe pour les personnes âgées. Pour chaque tranche de 100 personnes en âge de travailler, on dénombrait 15 personnes âgées en 1971 et 21 en 2006. Le rapport projeté pour 2056 est de 50 personnes âgées pour 100 travailleurs.

- La décroissance du rapport de dépendance démographique des jeunes et la croissance de celui des personnes âgées indiquent qu'un plus grand nombre de personnes sort du groupe des personnes en âge de travailler qu'il n'en y entre.

## **Bibliographie**

1. Chawla R.K. 1990. « Rapports de dépendance : une comparaison entre divers pays », L'emploi et le revenu en perspective, produit n° 75-001 au catalogue de Statistique Canada, vol. 2, n° 2 (été), p. 54 à 61.

2. Williams C. 2005. « La génération sandwich », Tendances sociales canadiennes, produit n° 11-008 au catalogue de Statistique Canada, n° 77 (été), p. 18 à 24.

## **Autres études**

Burke, M.A. 1991. « Une société vieillissante : un autre point de vue : rapports de dépendance », Tendances sociales canadiennes, produit n° 11-008 au catalogue de Statistique Canada, n° 20 (printemps), p. 3 à 5.



## État de santé

---

À première vue, la question de savoir quel est l'état de santé des Canadiens est simple. Toutefois, la « santé » est un concept très général qu'il est difficile de saisir au moyen d'une seule mesure. Par conséquent, une gamme d'indicateurs sont présentés pour décrire l'« état de bien-être physique, mental et social complet » qui définit la santé selon l'Organisation mondiale de la Santé<sup>1</sup>.

Les premiers de ces indicateurs sont subjectifs et consistent à demander aux Canadiens et aux Canadiennes ce qu'ils pensent de leur état de santé général, de leur santé mentale et de leur stress dans la vie. L'aspect intéressant de ces mesures autoévaluées est que les gens évaluent leur état de santé de manière relative, en la comparant à celle d'autres membres de la communauté, ainsi qu'à leurs propres attentes<sup>2</sup>. Les personnes qui déclarent que leur santé est très bonne ou excellente pourraient, en fait, éprouver des problèmes de santé physique (indépendamment d'un diagnostic clinique) et leurs réponses positives pourraient refléter leur capacité à faire face et à s'adapter aux changements de circonstances, à satisfaire leurs besoins et à remplir leur rôle dans leur famille et dans leur communauté, même si elles sont malades. Ces capacités font partie d'une définition plus générale de la santé<sup>3</sup>.

Bien que la « santé » soit un concept positif, elle est souvent mesurée par l'existence de problèmes de santé particuliers, tels que l'arthrite ou le diabète. Contrairement aux maladies infectieuses aiguës, ce sont des problèmes de santé chroniques qui reflètent le genre de préoccupations concernant la santé le plus fréquent au Canada et dans d'autres pays développés dont la population est vieillissante. La longévité donne plus de temps pour la manifestation et l'évolution des problèmes de santé chroniques et de leurs conséquences.

Les symptômes et les autres résultats de la maladie sont également des indicateurs de la santé de la population. La douleur chronique est un indicateur utile, car elle témoigne à la fois de la comorbidité et de la gravité de la maladie. La probabilité d'éprouver de la douleur chronique augmente avec l'âge et peut avoir une incidence considérable sur la qualité de la vie<sup>4</sup>. Comme la douleur chronique, la participation et limitation des activités est un indicateur qui n'est pas particulier à une maladie; il renseigne sur la façon dont les processus morbides interfèrent avec la vie.

Les facteurs de risque, plutôt que les résultats de la maladie, sont des indicateurs utiles de l'état de santé de la population. Par exemple, l'embonpoint ou l'obésité est un facteur de risque qui est associé à de nombreux problèmes de santé, dont le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, l'arthrose et certains types de cancer, et qui peut, en soi, limiter les activités et donner l'impression d'une moins bonne santé.

Selon les indicateurs de l'état de santé sélectionnés, les Canadiens sont généralement en bonne santé et, de 2003 à 2008, l'état de santé de la population est demeuré relativement stable. Néanmoins, des différences persistent entre les hommes et les femmes. Ces dernières sont généralement moins susceptibles que les hommes d'avoir de l'embonpoint, d'être obèses ou de faire du diabète. Pour tous les autres indicateurs, sauf l'état de santé perçu pour lequel les évaluations sont comparables, les hommes ont tendance à juger leur santé de manière plus favorable que les femmes. Paradoxalement, bien qu'ils fassent des déclarations plus favorables pour la plupart des indicateurs de la santé, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de décéder à un âge plus précoce (voir espérance de vie).

L'état de santé des individus et de la population dans son ensemble est l'aboutissement de nombreux facteurs. Mise à part l'hérédité (pour laquelle nous ne disposons d'aucun indicateur), notre santé est une conséquence directe de comportements tels que le choix du régime alimentaire, la consommation d'alcool, le tabagisme et l'activité physique. Les caractéristiques du milieu dans lequel nous vivons et travaillons influent aussi sur notre santé, comme l'accès à un logement abordable, la scolarité et l'emploi, ainsi que l'exposition à des toxines telles que la fumée secondaire. En outre, la santé de la population canadienne est inexorablement liée à la composition de la population du pays. À mesure que la proportion de personnes âgées augmente, la prévalence de nombreux problèmes de santé chroniques progresse aussi. Ces problèmes de santé chroniques imposent un fardeau aux individus, aux familles et au système de soins de santé, mais ils sont souvent la conséquence de la longévité qui, en soi, est un indicateur positif de l'état de santé des Canadiens.

Pour les plus récentes données de la santé pour votre région, visiter le site Web Profil de la santé

---

## Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. 1986. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève.
2. Idler E.L. et Y. Benyamini. 1997. « Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38, n° 1, p. 21 à 37.
3. Last J.M. éd. 2001. *A Dictionary of Epidemiology*, 4e éd., New York, Oxford University Press.
4. Breivik H. Organisation mondiale de la Santé. World Health Organization supports global effort to relieve chronic pain.



## Santé perçue

---

La santé perçue est un indicateur de l'état de santé global. Pour l'établir, on a demandé aux personnes interrogées d'indiquer si elles estimaient que leur santé était excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise.

Les personnes interrogées ont été informées que le terme « santé » signifie non seulement l'absence de maladie ou de blessure, mais englobe aussi leur bien-être physique, mental et social général. La mesure dans laquelle une personne tient compte de tous ces aspects de la santé dans sa réponse peut varier.

### Importance de l'indicateur

La santé perçue est une mesure subjective de l'état de santé global d'une personne. L'autoévaluation de la santé peut refléter certains aspects de cette dernière qu'il est difficile de saisir cliniquement, tels que le premier stade d'une maladie, la gravité d'une maladie, les ressources physiologiques et psychologiques, ainsi que le fonctionnement social. Diverses études ont montré qu'il s'agit d'une mesure

fiable et valide, associée à la détérioration fonctionnelle, à la morbidité et à la mortalité. En outre, la santé perçue permet souvent de mieux prédire les comportements de demande d'aide et l'utilisation des services de santé que les mesures cliniques.

La santé perçue est une mesure relative : des données probantes donnent à penser que les gens évaluent leur santé en fonction des circonstances dans lesquelles ils se trouvent, de leurs attentes et de leurs pairs<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>.

## Contexte

Outre l'état de santé physique et les comportements influant sur la santé, les facteurs susceptibles de donner lieu à des différences de perception de l'état de santé comprennent l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le revenu et les caractéristiques psychosociales<sup>4</sup>.

Comparativement aux hommes, les femmes ont tendance à prendre en considération un plus grand éventail de facteurs quand elles évaluent leur santé globale. Elles sont plus susceptibles de tenir compte de l'existence de maladies non mortelles et de facteurs psychologiques<sup>5</sup>.

Quand les gens évaluent leur santé, ils pensent non seulement à leur situation courante, mais aussi à l'évolution de leur état de santé, aux détériorations et aux améliorations<sup>2</sup>.

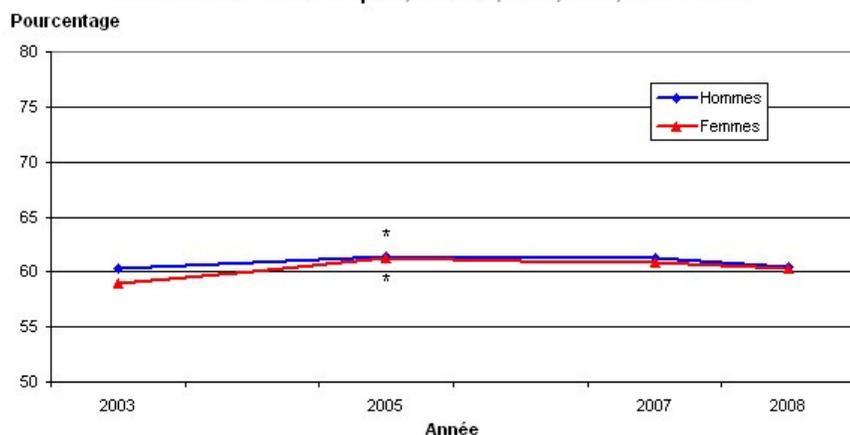
Les personnes ayant un fort sentiment d'appartenance à la communauté étaient nettement plus susceptibles de déclarer leur santé excellente ou très bonne que celles dont le sentiment d'appartenance à la communauté est faible, même si l'on tient compte de l'effet d'autres facteurs qui peuvent éventuellement mêler les cartes (âge, sexe, état matrimonial, facteurs socioéconomiques, problèmes de santé chroniques, situation d'emploi, géographie)<sup>10</sup>.

Chez les personnes âgées vivant en établissement, la santé perçue était associée à la mortalité. Sur une période de six ans, celles dont l'autoévaluation de la santé était positive étaient moins susceptibles de mourir que celles dont les perceptions étaient plus négatives, même après avoir tenu compte de l'effet de l'âge, du sexe et de la présence de problèmes de santé chroniques<sup>6</sup>.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant être en excellente ou en très bonne santé, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2003, 2005, 2007 et 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ( $p < 0,05$ )

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

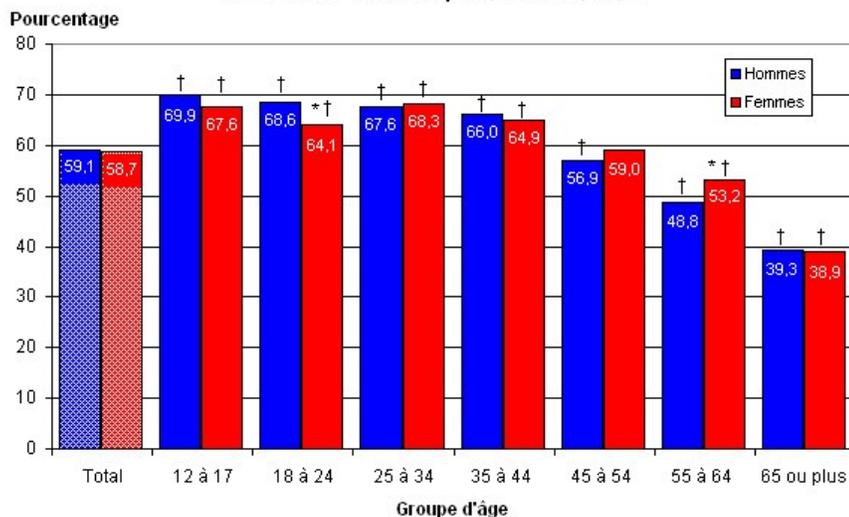
**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005, 2007 et 2008.

- Le pourcentage normalisé selon l'âge de personnes se disant en excellente ou en très bonne santé a augmenté légèrement de 2003 à 2005, puis est demeuré stable par la suite.
- L'écart entre les pourcentages d'hommes et de femmes déclarant être en excellente ou en très bonne santé n'est pas significatif, sauf celui observé pour 2003.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Groupe d'âge et sexe

Pourcentage de personnes déclarant être en excellente ou en très bonne santé, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2008



\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

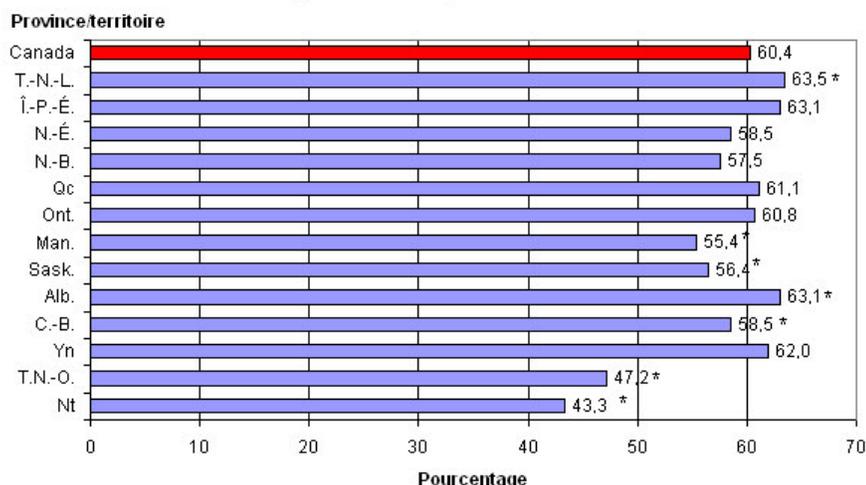
† valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe ( $p < 0,05$ )

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- Près de 60 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont dit être en excellente ou en très bonne santé en 2008.
- Dans la plupart des groupes d'âge, les pourcentages d'hommes et de femmes jugeant leur santé très bonne ou excellente étaient comparables. La seule exception est le groupe des 18 à 24 ans, pour lequel les hommes étaient légèrement plus susceptibles que les femmes de se dire en excellente ou en très bonne santé (68,6 % contre 64,1 %) et pour le groupe d'âge des 55 à 64 ans, pour lequel les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer ce niveau de santé perçue (53,2 % contre 48,6 %).
- Naturellement, le pourcentage de personnes qui jugent leur santé comme étant très bonne ou excellente diminue quand l'âge augmente, vraisemblablement parce que la prévalence des problèmes de santé chroniques et des limitations fonctionnelles a tendance à croître avec l'âge, ce qui affecte la perception de la santé.

## Province

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant être en excellente ou en très bonne santé, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ( $p < 0,05$ )

† Nota : Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- La proportion de personnes se disant en très bonne ou en excellente santé au Manitoba, en Saskatchewan, en Colombie-Britannique, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut était plus faible que pour l'ensemble de la population canadienne, même après avoir tenu compte des différences de structure par âge selon la province ou le territoire.
- Les habitants de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Alberta étaient significativement plus susceptibles de juger leur santé très bonne ou excellente que l'ensemble de la population canadienne.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Bibliographie

1. Idler E.L. et S.V. Kasl. 1995. « Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? », *Journal of Gerontology: Social Science*, vol. 50B, n° 6, p. S344 à S353.
2. Idler E.L. et Y. Benyamini. 1997. « Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies », *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 38, p. 21 à 37.
3. Benyamini Y. et E.L. Idler. 1999. « Community Studies Reporting Association Between Self-Rated Health and Mortality Additional Studies, 1995 to 1998 », *Research on Aging*, vol. 21, p. 392 à 401.
4. Shields M. et S. Shooshtari. 2001. « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 13, n° 1, p. 39 à 63.
5. Benyamini Y., E.A. Leventhal et H. Leventhal. 2000. « Gender differences in processing information for making self assessments of health », *Psychosomatic Medicine*, vol. 62, n° 3, p. 354 à 364.
6. Ramage-Morin P.L. 2006. « Bien vieillir en établissement de santé », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 16 (suppl.), p. 51 à 61.
7. Bowling A. 2005. « Just one question: If one question works, why ask several? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59, p. 342 à 345.
8. Smith P. et J. Frank. 2005. « When aspirations and achievements don't meet. A longitudinal examination of the differential effect of education and occupational attainment on declines in self-rated health among Canadian labour force participants », *International Journal of Epidemiology*, vol. 34, n° 4, p. 827 à 834.
9. Fleishman J.A. et S.H. Zuvekas. 2007. « Global self-rated mental health: associations with other mental health measures and with

role functioning », *Medical Care*, vol. 45, n° 7, p. 602 à 609.

10. Shields M. 2008. « Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 2, p. 57 à 67.

### **Autres études**

Orpana H.M., L. Lemyre et S. Kelly. 2007. « Do stressors explain the association between income and declines in self-rated health? A longitudinal analysis of the National Population Health Survey », *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 14, n° 1, p. 40 à 47.

Tremblay S., S. Dahinten et D. Kohen. 2003. « Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 14, suppl., p. 7 à 17.



## Santé mentale perçue

---

On a demandé aux personnes interrogées d'évaluer leur santé mentale en indiquant si elle était mauvaise, passable, bonne, très bonne ou excellente.

La santé mentale perçue donne une idée générale du nombre de personnes de la population qui souffrent d'une certaine forme de trouble mental, de problème mental ou émotionnel ou de détresse qui n'est pas nécessairement reflétée dans l'autoperception de la santé.

### Importance de l'indicateur

L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé mentale comme étant « un état de bien-être dans lequel la personne comprend ses propres capacités, peut surmonter les tensions normales de la vie, peut accomplir un travail productif et fructueux, et peut contribuer à la vie de sa communauté »<sup>1</sup>.

La santé mentale perçue est une mesure subjective de l'état de santé mentale global.

Bien que l'état de santé mentale perçue ne corresponde pas directement aux troubles mentaux mesurés (ou diagnostiqués)<sup>2,3</sup>, les perceptions sont, en elles-mêmes, importantes et peuvent avoir une incidence sur l'utilisation des services.

## Contexte

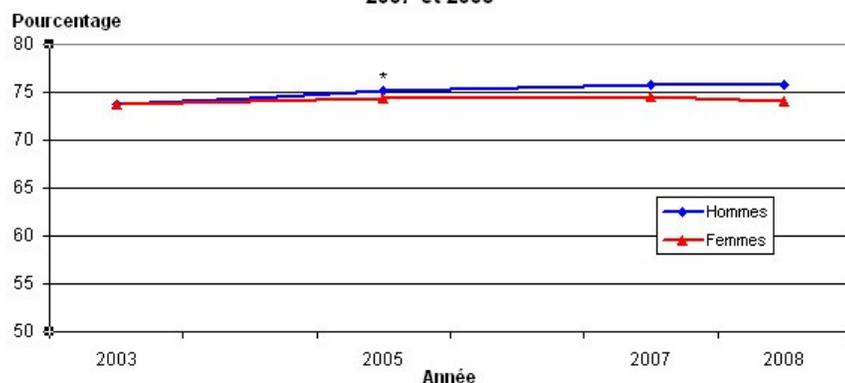
Des recherches récentes ont révélé des associations entre la santé mentale perçue et la classe sociale<sup>4</sup>, le support familial et les conflits familiaux reliés à la culture<sup>5</sup>, le sentiment d'appartenance à la communauté<sup>6</sup>, l'utilisation de service<sup>7,8,9,10,11</sup>, la poursuite du traitement aux antidépresseurs<sup>12</sup> et la restriction d'activités ainsi que l'adaptation sociale au rôle<sup>3</sup>.

Les désavantages socioéconomiques persistants, tels que le faible niveau de scolarité et de revenu ainsi que les mauvaises conditions de logement, sont des risques reconnus de problèmes de santé mentale<sup>1</sup>.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle

Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant une excellente ou une très bonne santé mentale, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2003, 2005, 2007 et 2008



\* valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ( $p < 0,05$ )

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

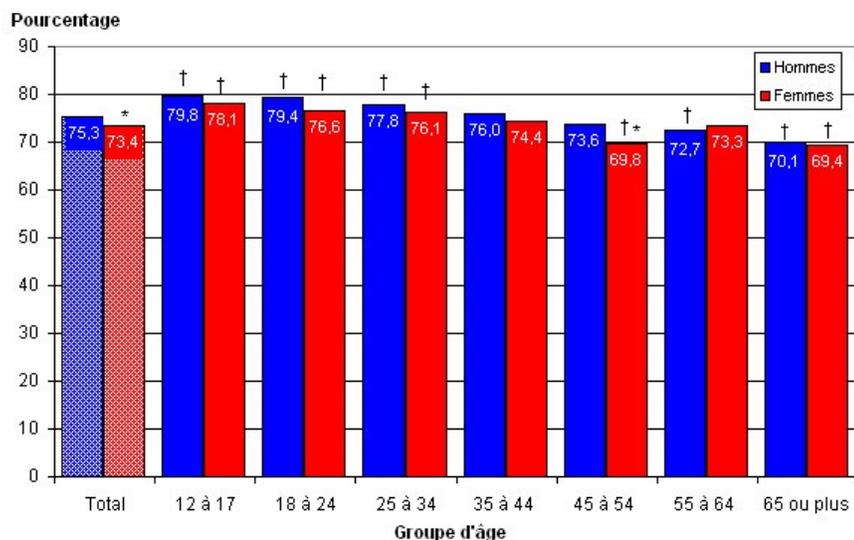
**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005, 2007 et 2008.

- De 2003 à 2008, le pourcentage normalisé selon l'âge des Canadiens déclarant que leur santé mentale était très bonne ou excellente est demeuré systématiquement élevé.
- En 2003, l'écart entre les pourcentages d'hommes et de femmes déclarant que leur santé mentale était très bonne ou excellente n'était pas significatif. En 2007 et en 2008, les hommes étaient significativement plus susceptibles que les femmes de juger leur santé mentale comme étant très bonne ou excellente.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

### Groupe d'âge et sexe

**Pourcentage de personnes déclarant une excellente ou une très bonne santé mentale, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2008**

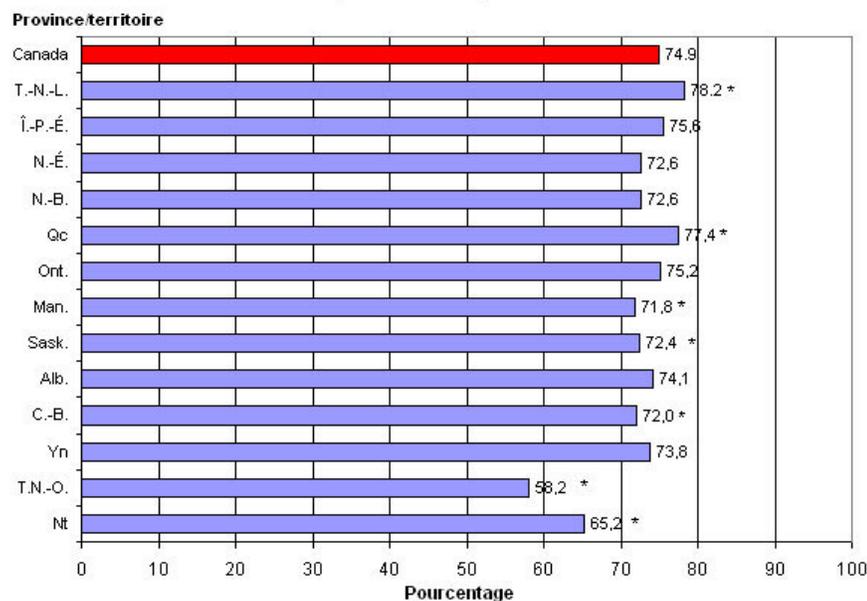


\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )  
 † valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe ( $p < 0,05$ )  
**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, environ les trois quarts des hommes et des femmes âgés de 12 ans et plus percevaient leur santé mentale comme très bonne ou excellente.
- Parmi le groupe des 45 à 54 ans, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de déclarer que leur santé mentale était très bonne ou excellente (73,6 % contre 69,8 %). Dans tous les autres groupes d'âge, les estimations pour les hommes et pour les femmes ne différaient pas.
- Les jeunes Canadiens, c'est-à-dire ceux âgés de 12 à 34 ans, étaient plus susceptibles que l'ensemble de la population canadienne de percevoir leur santé mentale comme excellente ou très bonne, tandis que les personnes âgées étaient moins susceptibles de le faire.

**Province**

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant une  
excellente ou une très bonne santé mentale, population à  
domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ( $p < 0,05$ )

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, les pourcentages normalisés selon l'âge des personnes percevant leur santé mentale comme très bonne ou excellente au Manitoba, en Saskatchewan, en Colombie-Britannique, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut étaient plus faibles que pour le Canada dans son ensemble.
- Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador et du Québec étaient plus susceptibles que l'ensemble de la population canadienne de juger leur santé mentale excellente ou très bonne.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. 2007. Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale (aide-mémoire N° 220), Genève.
2. Mawani F. et H. Gilmour. 2010 (sous presse). « Étude de validation de l'autoévaluation de la santé mentale », Rapports sur la santé.
3. Fleishman J.A. et S.H. Zuvekas. 2007. « Global self-rated mental health: associations with other mental health measures and with role functioning », *Medical Care*, vol. 45, n° 7, p. 602 à 609.
4. Honjo K., N. Kawakami, T. Takeshima et coll. 2006. « Social class inequalities in self-rated health and their gender and age group differences », *Japan Journal of Epidemiology*, vol. 16, p. 223 à 232.
5. Mulvaney-Day N.E., M. Alegria et W. Sribney. 2007. « Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States 2007 », *Social Science and Medicine*, vol. 64, p. 477 à 495.
6. Shields M. 2008. « Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 2, p. 57 à 67.
7. Katz S.J., R.C. Kessler, R.G. Frank et coll. 1997. « The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario: the impact of mental morbidity and perceived need for care », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 7, p. 1136 à 1143.
8. Leaf P.J., M.L. Bruce, G.L. Tischler et coll. 1998. « Factors affecting the utilization of specialty and general medical mental health services », *Medical Care*, vol. 26, n° 1, p. 9 à 26.

9. Albizu-Garcia C.E., M. Alegria, D. Freeman et M. Vera. 2001. « Gender and health service use for a mental health problem », *Social Science and Medicine*, vol. 53, p. 865 à 878.
10. Ng T.P., A.Z. Jin, R. Ho et coll. 2008. « Health beliefs and help seeking for depressive and anxiety disorders among urban Singaporean adults », *Psychiatric Services*, vol. 59, n° 1, p. 105 à 108.
11. Zuvekas S.H. et J.A. Fleishman. 2008. « Self-rated mental health and racial/ethnic disparities in mental health service use », *Medical Care*, vol. 46, n° 9, p. 915 à 923.
12. Olfson M., S.C. Marcus, M. Tedeschi et G.J. Wan. 2006. « Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States », *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, p. 101 à 108.



## Stress perçu dans la vie

---

Le degré de stress a été mesuré par le pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont déclaré que la plupart des journées de leur vie étaient « assez stressantes » ou « extrêmement stressantes » par opposition à « pas du tout stressante ».

### Importance de l'indicateur

Le stress est un aspect courant de la vie qui peut avoir des conséquences néfastes pour la santé. Celles-ci comprennent les effets directs sur la santé mentale et sur la manifestation et l'évolution de la maladie physique<sup>1,2</sup>. En outre, le stress peut influencer indirectement sur la santé par la voie de comportements liés à la santé tels que fumer, consommer de la drogue et manger trop, ainsi que des comportements à l'égard de l'alcool<sup>3</sup>.

### Contexte

Les Canadiens physiquement actifs durant leurs loisirs ont fait état d'un niveau de stress plus faible<sup>4</sup>.

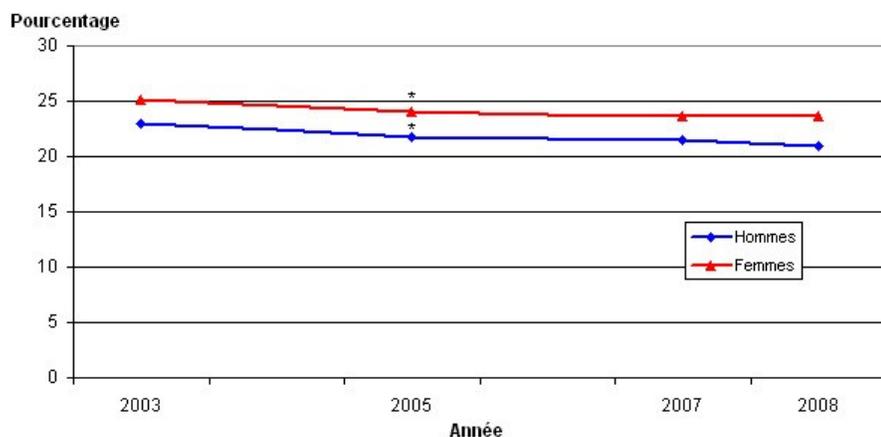
Les personnes âgées qui percevaient leur niveau de stress comme étant faible étaient environ deux fois plus susceptibles d'être en bonne santé que celles dont le niveau de stress était élevé<sup>5</sup>.

Les femmes qui travaillaient étaient plus susceptibles que leurs homologues masculins de percevoir leur stress dans la vie comme étant élevé<sup>6</sup>.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes, selon le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2003, 2005, 2007 et 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ( $p < 0,05$ )

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

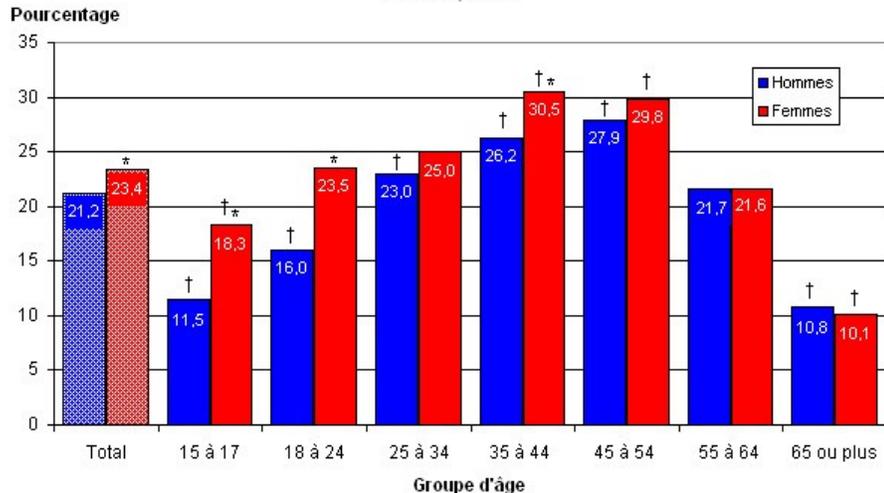
**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005, 2007 et 2008.

- De 2003 à 2008, le pourcentage normalisé selon l'âge des Canadiens qui ont déclaré que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes est demeuré relativement stable.
- Les femmes étaient systématiquement plus susceptibles que les hommes de déclarer que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

### Groupe d'âge et sexe

**Pourcentage de personnes déclarant que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

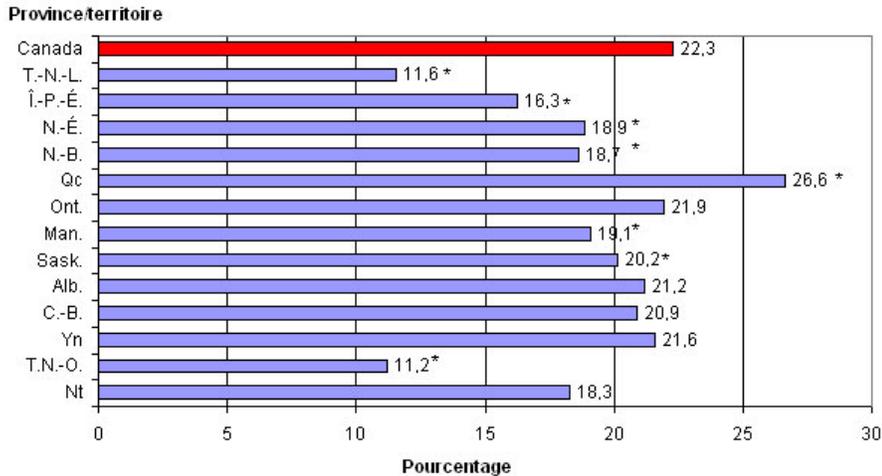
† valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe ( $p < 0,05$ )

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, 21,2 % des hommes (2,8 millions) et 23,4 % des femmes (3,2 millions) âgés de 15 ans et plus ont dit que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes.
- Les hommes et les femmes âgés de 35 à 54 ans, ainsi que les hommes âgés de 25 à 34 ans étaient plus susceptibles que l'ensemble des Canadiens de déclarer un niveau élevé de stress. Ces groupes d'âge sont ceux durant lesquels les individus sont les plus susceptibles de devoir gérer de multiples rôles associés aux responsabilités professionnelles et familiales.
- Les hommes ainsi que les femmes âgés étaient moins susceptibles de faire état d'un stress quotidien que l'ensemble de la population canadienne.
- Globalement, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de dire que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes, particulièrement celles âgées de 15 à 24 ans et de 35 à 44 ans.
- Bien qu'assez peu de personnes âgées de 15 à 24 ans aient déclaré un niveau élevé de stress, l'écart le plus important entre les hommes et les femmes était celui observé pour ce groupe d'âge; les femmes étaient 1,5 fois plus susceptibles que les hommes de dire que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes.

## Province

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ( $p < 0,05$ )

**Note :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, du Manitoba, de la Saskatchewan et des Territoires du Nord-Ouest étaient significativement moins susceptibles que l'ensemble de la population canadienne de déclarer que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes.
- Seuls les résidents du Québec ont fait état d'un niveau de stress plus élevé que la moyenne nationale.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Bibliographie

1. Steptoe A. 1991. « Invited review: The links between stress and illness », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 35, n° 6, p. 633 à 644.
2. McEwen B.S. et E. Stellar. 1993. « Stress and the individual. Mechanisms leading to disease », *Archives of Internal Medicine*, vol. 153, n° 18, p. 2093 à 2101.
3. Umberson D., H Lui et C Reczek. 2008. « Stress and health behaviour over the life course », *Advances in Life Course Research*, vol. 13, p. 19 à 44.
4. Gilmour H. 2007. « Les Canadiens physiquement actifs », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 18, n° 3, p. 49 à 70.
5. Shields M. et L. Martel. 2006. « Des aînés en bonne santé », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 16 (suppl.), p. 7 à 21.
6. Shields M. 2006. « Le stress et la dépression au sein de la population occupée », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 17, n° 4, p. 11 à 31.

## Autres études

- Shields M. 1999. « Les longues heures de travail et la santé », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 11, n° 2, p. 37 à 55.
- Shields M. 2002. « Travail par quarts et santé », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 13, n° 4, p. 11 à 36.

Shields M. 2004. « Stress, santé et bienfaits du soutien social », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 15, n° 1, p. 9 à 41.

Statistique Canada. 2001. « Stress et bien-être », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 12, n° 3, p. 23 à 36.

Wilkins K. 2007. « Le stress au travail chez les prestataires de soins de santé », Rapports sur la santé, produit n°82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 18, n° 4, p. 35 à 39.

Wilkins K. et M.P. Beaudet. 1998. « Le stress au travail et la santé », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 10, n° 3, p. 49 à 66.



## Indice de masse corporelle chez les adultes (IMC)

---

La détermination de l'indice de masse corporelle (IMC) offre un moyen de classer le poids corporel en fonction du risque pour la santé. Il s'applique aux personnes âgées de 18 ans et plus, sauf les femmes enceintes et les personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètre) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres). Pour calculer l'IMC (Indice de masse corporelle), on divise le poids exprimé en kilogramme par le carré de la taille exprimée en mètres.

Le présent rapport donne les résultats pour l'IMC (Indice de masse corporelle) fondé sur des valeurs mesurées de la taille et du poids, qui sont celles qui reflètent le plus exactement les valeurs réelles. Toutefois, étant donné leur coût plus élevé, ce genre de données est recueilli moins fréquemment que les données autodéclarées.

Les valeurs de l'IMC fondées sur la taille et le poids autodéclarés sont également offertes dans les Indicateurs de la santé. Ces données fournies par les répondants ont tendance à sous-estimer le poids et à surestimer la taille, qui l'un et l'autre influencent le calcul de l'IMC (Indice de masse corporelle) et les associations avec la morbidité<sup>1,2</sup>. L'erreur de déclaration peut varier selon la

méthode de collecte des données, comme l'interview téléphonique comparativement à l'interview sur place.

Selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de Santé Canada, les diverses catégories d'IMC (Indice de masse corporelle) sont associées aux niveaux de risque suivants : poids normal = moindre risque, poids insuffisant et excès de poids = risque accru, obésité classe I = risque élevé, obésité classe II = risque très élevé et obésité classe III = risque extrêmement élevé.

<b>Catégories d'IMC (fourchette en kg/m<sup>2</sup>) (Indice de masse corporelle)</b>	<b>niveaux de risque</b>
Poids insuffisant (IMC inférieur à 18,5)	risque accru
Poids normal (IMC compris entre 18,5 et 24,9)	moindre risque
Embonpoint (IMC compris entre 25,0 et 29,9)	risque accru
Obésité classe I (IMC compris entre 30,0 et 34,9)	risque élevé
Obésité classe II (IMC compris entre 35,0 et 39,9)	risque très élevé
Obésité classe III (IMC égal ou supérieur à 40,0)	risque extrêmement élevé

Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes

## Importance de l'indicateur

Le pourcentage de Canadiens ayant de l'embonpoint ou étant obèses a augmenté au cours des dernières années<sup>3</sup>. Les répercussions de l'excès de poids sur la santé comprennent l'accroissement du risque de problèmes de santé chroniques physiques et de problèmes psychosociaux<sup>4</sup>. Étant donné que l'excès de poids est un facteur de risque d'autres problèmes de santé, il est important de surveiller les tendances de l'embonpoint et de l'obésité afin d'être prêt à faire face à des changements éventuels de l'état de santé de la population et d'anticiper les demandes de services de santé.

## Contexte

L'embonpoint et l'obésité sont associés à des risques pour la santé. L'excès de poids est un facteur de risque pour le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, l'apnée obstructive du sommeil, l'arthrose, certaines formes de cancer et les maladies de la vésicule biliaire<sup>5</sup>.

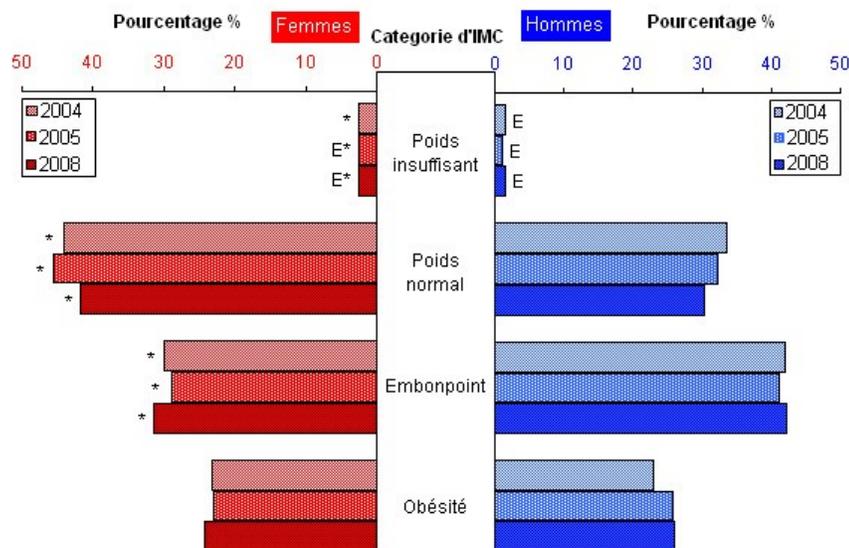
Cependant, la mesure dans laquelle un IMC (Indice de masse corporelle) moyennement élevé (embonpoint par opposition à obésité) est associée à un risque pour la santé est incertaine. Les travaux de recherche ont produit des résultats contradictoires<sup>6,7,8,9</sup>.

Le risque de mortalité est plus élevé chez les personnes obèses. Les personnes dont le poids est insuffisant courent également un plus grand risque de décès, mais on pense que celui-ci est principalement attribuable au processus morbide sous-jacent qui produit la perte de poids<sup>9</sup>.

## Faits saillants et graphiques

### Catégorie d'IMC selon le sexe

**Répartition en pourcentage par catégorie d'indice de masse corporelle (IMC), selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004, 2005 et 2008**



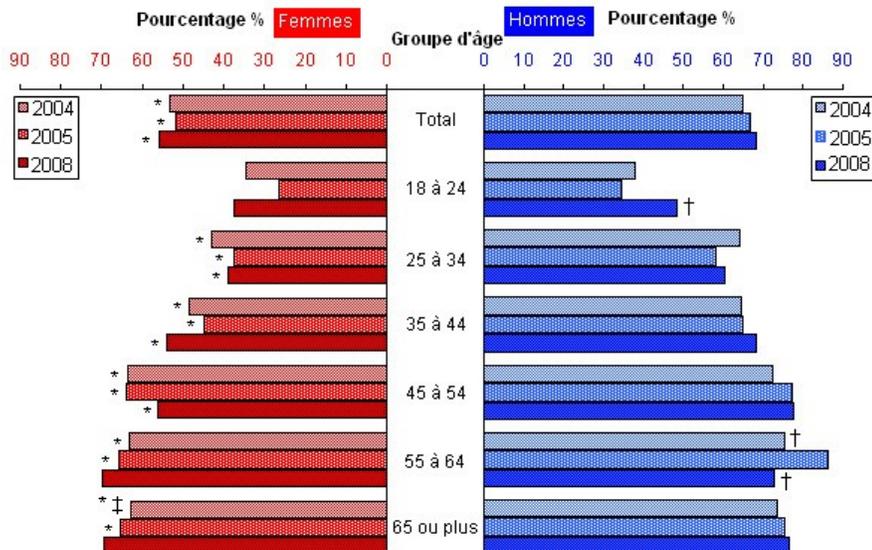
\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )  
 E interpréter avec prudence (coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %)  
**Nota :** IMC fondé sur la taille et le poids mesurés; exclut les femmes enceintes  
**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2004, 2005 (sous-échantillon 2) et 2008 (sous-échantillon 2).

- Ces dernières années, on estimait qu'environ 42 % des hommes et 30 % des femmes de 18 ans et plus avaient de l'embonpoint tandis que 26 % des hommes et 24 % des femmes étaient obèses.
- Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir un poids insuffisant ou normal, tandis que les hommes étaient plus susceptibles d'être classés dans la catégorie d'embonpoint.
- Les hommes et les femmes étaient aussi susceptibles les uns que les autres d'être obèses.

**Note :** L'IMC (Indice de masse corporelle) a été calculé en se fondant sur le poids et la taille mesurés, et les femmes enceintes ont été exclues de l'analyse. Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres.

**Embonpoint ou obésité selon le groupe d'âge et le sexe**

**Pourcentage de personnes faisant de l'embonpoint ou obèses (indice de masse corporelle égal ou supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup>), selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004, 2005 et 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

† valeur significativement différente de l'estimation pour 2005 ( $p < 0,05$ )

‡ valeur significativement différente de l'estimation pour 2008 ( $p < 0,05$ )

Nota : IMC fondé sur la taille et le poids mesurés; exclut les femmes enceintes

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2004, 2005 (sous-échantillon 2) et 2008 (sous-échantillon 2).

- Ces dernières années, au Canada, plus de la moitié des femmes âgées de 18 ans et plus avaient de l'embonpoint ou étaient obèses comparativement aux deux tiers des hommes, soit environ 7,1 millions de femmes et 8,6 millions d'hommes en 2008.
- Tant chez les hommes que chez les femmes, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité était plus faible chez les jeunes. Néanmoins, en 2008, la moitié des hommes (49 %) et plus du tiers des femmes (38 %) âgés de 18 à 24 ans avaient de l'embonpoint ou étaient obèses.
- Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'avoir de l'embonpoint ou d'être obèses, tous âges confondus, ainsi que dans chaque groupe d'âge à partir de 25 ans. Dans le groupe des 18 à 24 ans, les hommes n'étaient pas plus susceptibles que les femmes d'avoir de l'embonpoint ou d'être obèses.
- De 2005 à 2008, le pourcentage des hommes âgés de 18 à 24 ans qui avaient de l'embonpoint ou étaient obèses a augmenté de manière significative, pour passer de 35 % à 49 %.
- La proportion de femmes âgées considérées comme ayant de l'embonpoint ou étant obèses est passée de 63 % en 2004 à 70 % en 2008. La proportion de d'hommes âgés appartenant à cette catégorie a également augmenté au cours de la même période, mais la variation n'était pas statistiquement significative.

**Note :** L'IMC (Indice de masse corporelle) a été calculé en se fondant sur le poids et la taille mesurés, et les femmes enceintes ont été exclues de l'analyse. Pour calculer l'IMC (Indice de masse corporelle), on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres.

## Bibliographie

1. Shields M., S. Connor Gorber et M.S. Tremblay. 2008. « Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 2, p. 69 à 85.
2. Shields M., S. Connor-Gorber et M.S. Tremblay. 2008. « Effets des mesures sur l'obésité et la morbidité », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 2, p. 87 à 95.
3. Tjepkema M. 2006. « Obésité chez les adultes », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 17, n° 3, p. 9 à 26.
4. Haslam D.W. et W.P.T. James. 2005. « Obesity », The Lancet, vol. 366, p. 1197 à 1209.

5. Santé Canada. 2003. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes, produit n° H49-179 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario.
6. Romero-Corral A., V.M. Montori, V.K. Somers et coll. 2006. « Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: A systematic review of cohort studies », *The Lancet*, vol. 368, n° 9536, p. 666 à 678.
7. Adams K.F., A. Schatzkin, T.B. Harris et coll. 2006. « Overweight, obesity and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old », *New England Journal of Medicine*, vol. 355, n° 8, p. 763 à 778.
8. Jee S.H., J.W. Sull, J. Park et coll. 2006. « Body-mass index and mortality in Korean men and women », *New England Journal of Medicine*, vol. 355, n° 8, p. 779 à 787.
9. Flegal K.M., B.I. Graubard, D.F. Williamson et coll. 2005. « Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity ». *JAMA*, vol. 293, n° 15, p. 1861 à 1867.

## **Autres études**

- Che J. Gorber. 2002. « Population canadienne dont le poids est insuffisant », *Tendances sociales canadiennes*, produit n° 11-008 au catalogue de Statistique Canada, vol. 67, p. 6 à 11.
- Connor Gorber S., M. Shields, M.S. Tremblay et I. McDowell. 2008. « La possibilité d'établir des facteurs de correction applicables aux estimations autodéclarées de l'obésité », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 3, p. 75 à 87.
- Connor Gorber S., M. Tremblay, D. Moher et B. Gorber. 2007. « A comparison of direct versus self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review », *Obesity Reviews*, vol. 8, n° 4, p. 373 à 374.
- Deering K.N., L. Lix, S. Bruce et T.K. Young. 2009. « Chronic disease and risk factors in Canada's northern populations: longitudinal and geographic comparisons », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n° 1, p. 14 à 17.
- Garriguet D. 2008. « L'obésité et les habitudes alimentaires de la population autochtone », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 1, p. 21 à 37.
- Gilmore J. 1999. « L'indice de masse corporelle et la santé », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 11, n° 1, p. 33 à 47.
- Gilmour H. 2007. « Les Canadiens physiquement actifs », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 18, n° 3, p. 49 à 70.
- Le Petit C. et J.-M. Berthelot. 2006. « L'obésité : un enjeu en croissance », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 17, n° 3, p. 45 à 53.
- Orpana H.M., M.S. Tremblay et P. Finès. 2007. « Tendances du changement de poids chez les Canadiens adultes », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 18, n° 2, p. 9 à 16.
- Ross N.A., S. Tremblay, S. Khan, D. Crouse, M. Tremblay et J.-M. Berthelot. 2007. « Body mass index in urban Canada : Neighbourhood and metropolitan area effects », *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 3 (mars), p. 500 à 508.
- Shields M. et M.S. Tremblay. 2008. « Profil du temps passé devant un écran par les adultes canadiens », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 2, p. 35 à 47.
- Shields M., S. Connor Gorber et M.S. Tremblay. 2008. « Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 2, p. 69 à 85.
- Shields M., S. Connor Gorber et M.S. Tremblay. 2008. « Associations between obesity and morbidity: effects of measurement methods », *Obesity Reviews*, vol. 9, n° 5 (septembre), p. 501 à 502.

Shields M. 2006. « L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 17, n° 3, p. 27 à 43.

Shields M. et M. Tjepkema. 2006. « Différences régionales en matière d'obésité », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 17, n° 3, p. 65 à 71.

Shields M. et M. Tjepkema. 2006. « Tendances de l'obésité chez l'adulte », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 17, n° 3, p. 57 à 64.

Tremblay M.S., C.E. Pérez, C.I. Arden et coll. 2005. « Obésité, embonpoint et origine ethnique », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 16, n° 4, p. 25 à 37.

Wilkins K. et M. de Groh. 2005. « Masse corporelle et dépendance », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 17, n° 1, p. 29 à 42.



## Participation et limitations d'activités

---

Cette variable mesure l'incidence des problèmes de santé de longue durée sur les principaux domaines d'activité de la vie, à savoir à la maison, au travail, à l'école et dans d'autres activités.

La variable permet d'identifier les répondants qui ont éprouvé des limitations des activités imposées par un état physique et/ou mental ou par un problème de santé physique et/ou mentale de longue durée — c'est-à-dire qui a duré ou qui devrait durer 6 mois ou plus. Les personnes qui ont déclaré avoir connu ce genre de limitation « parfois » ou « toujours » par opposition à « jamais » ont été considérées comme ayant des limitations d'activités.

Cette variable n'est pas propre à un problème de santé particulier et n'indique pas s'il s'agit de plusieurs problèmes de santé.

### Importance de l'indicateur

S'il est nécessaire de déterminer la prévalence de problèmes de santé particuliers, il est également important de comprendre le fardeau que ces problèmes de santé représentent dans la vie quotidienne des Canadiens. L'indicateur de participation et de limitation d'activités aide à surveiller ce fardeau au sein de la population.

## Contexte

La capacité d'effectuer des activités de la vie quotidienne sans limitations constitue un déterminant de la santé perçue. Les changements de l'état fonctionnel permettent de prédire l'évolution de la perception de la santé<sup>1</sup>.

L'état fonctionnel est associé à la mortalité. Les chances de décéder au cours des quatre années suivantes étaient plus élevées chez les personnes âgées qui avaient déclaré une limitation d'activités<sup>2</sup>.

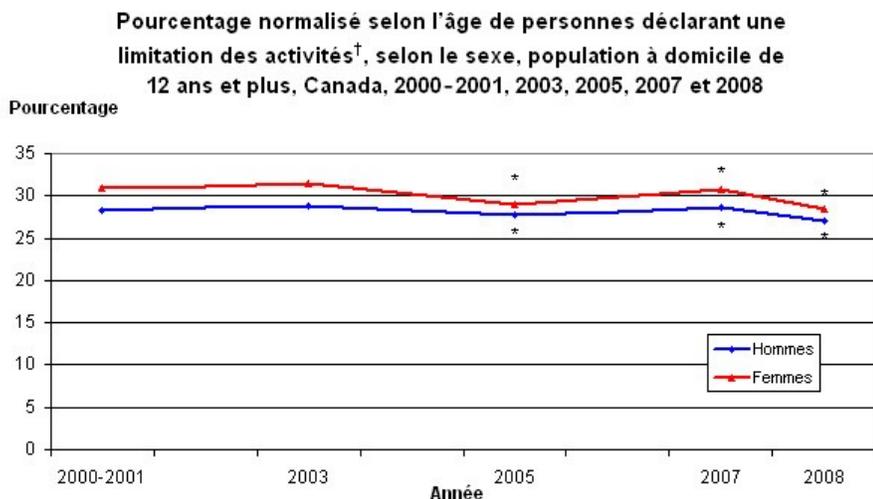
Les Canadiens atteints d'arthrite étaient plus susceptibles de déclarer une limitation d'activités que les personnes présentant d'autres problèmes de santé chroniques ou celles n'en ayant aucun<sup>3</sup>.

Les personnes qui manifestaient ou avaient manifesté antérieurement un trouble d'anxiété sociale étaient plus susceptibles de déclarer une limitation d'activités que celles n'ayant pas d'antécédents par rapport à ce trouble, et ce, même après avoir pris en considération des effets confusionnels éventuels des caractéristiques socioéconomiques (sexe, âge, état matrimonial, niveau de scolarité et revenu)<sup>4</sup>.

Les limitations d'activités étaient plus fréquentes chez les personnes âgées de 45 à 64 ans dont les niveaux de scolarité et de revenu étaient assez faibles<sup>5</sup>.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle



<sup>†</sup> valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ( $p < 0,05$ )

<sup>†</sup> répondants ayant déclaré être limités dans leurs activités à la maison, à l'école, au travail ou autres (parfois ou souvent par rapport à jamais) à cause d'un état physique, d'un état mental ou d'un problème de santé qui a duré ou devrait durer six mois ou plus

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

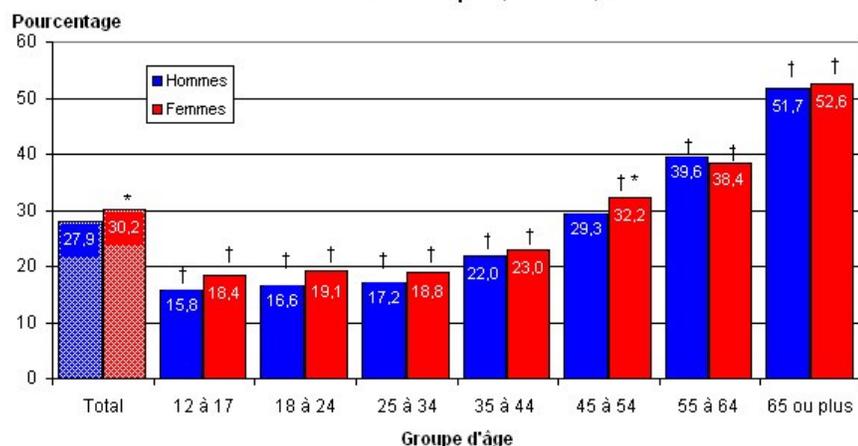
**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008.

- Le pourcentage normalisé selon l'âge des personnes âgées de 12 ans et plus ayant déclaré une limitation d'activités est demeuré assez stable de 2000-2001 à 2008.
- Les femmes étaient systématiquement plus susceptibles que les hommes de mentionner des limitations d'activités.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Groupe d'âge et sexe

**Pourcentage de personnes déclarant une limitation des activités<sup>‡</sup>, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

† valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe ( $p < 0,05$ )

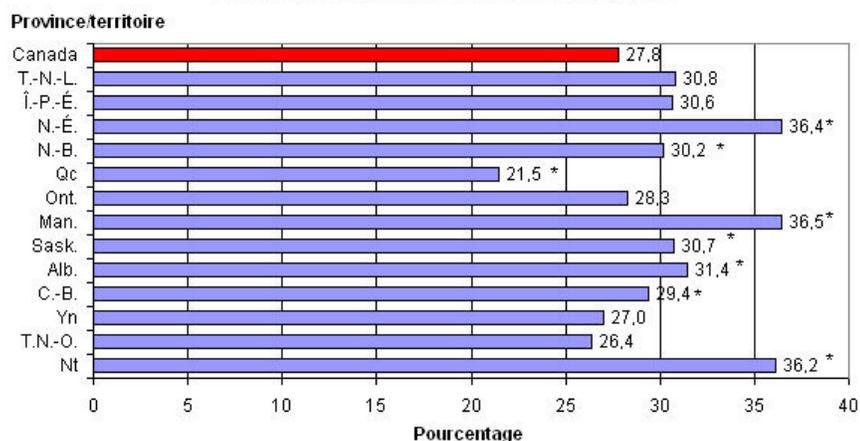
‡ répondants ayant déclaré être limités dans leurs activités à la maison, à l'école, au travail ou autres (parfois ou souvent par rapport à jamais) à cause d'un état physique, d'un état mental ou d'un problème de santé qui a duré ou devrait durer six mois ou plus

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, près d'un Canadien âgé de 12 ans et plus sur 3 (environ 3,9 millions d'hommes et 4,3 millions de femmes) a déclaré une limitation d'activités de longue durée en raison d'un problème de santé physique ou mentale.
- La prévalence des limitations des activités augmentait avec l'âge. Les personnes âgées étaient environ trois fois plus susceptibles de déclarer des limitations d'activités que les personnes âgées de 12 à 24 ans.
- Étant donné l'évolution démographique vers une population plus âgée au Canada, le nombre de personnes âgées touchées par ces limitations augmentera vraisemblablement, même si la proportion de personnes âgées demeure la même.
- Tous âges confondus et à l'intérieur du groupe des 45 à 54 ans, les femmes étaient un peu plus susceptibles que les hommes d'éprouver des limitations d'activités. Chez les autres groupes d'âge, les proportions d'hommes et de femmes dans cette situation étaient les mêmes.

## Province

**Pourcentage normalisé selon le sexe de personnes déclarant  
une limitation des activités<sup>†</sup>, population à domicile de 12 ans et  
plus, Canada, provinces et territoires, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ( $p < 0,05$ )

† répondants ayant déclaré être limités dans leurs activités à la maison, à l'école, au travail ou autres (parfois ou souvent par rapport à jamais) à cause d'un état physique, d'un état mental ou d'un problème de santé qui a duré ou devrait durer six mois ou plus

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- Les résidents de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Nunavut étaient plus susceptibles que l'ensemble de la population canadienne de déclarer des limitations d'activités.
- Le Québec était la seule province dont les résidents étaient moins susceptibles que l'ensemble de la population canadienne d'éprouver des limitations d'activités. Les résidents du Québec étaient également moins susceptibles que l'ensemble de la population de déclarer éprouver des douleurs et faire de l'arthrite, ce qui pourrait contribuer à leur plus faible prévalence des limitations d'activités.
- Parce qu'elle augmente avec l'âge, la prévalence de la limitation des activités est influencée par la structure par âge de la population de la province ou du territoire pris en considération. Sans tenir compte de l'effet de l'âge, les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard étaient plus susceptibles que l'ensemble des Canadiens de déclarer des limitations d'activités. Ces différences n'étaient plus significatives après la correction pour tenir compte de l'effet de l'âge.
- De même, les résidents des Territoires du Nord-Ouest étaient moins susceptibles de déclarer des limitations d'activités avant que l'on ne tienne compte de l'effet de l'âge, mais ne l'étaient plus après avoir pris en considération l'effet de ce dernier.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Bibliographie

1. Shields M. et S. Shooshtari. 2001. « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 13, n° 1, p. 39 à 63.
2. Statistique Canada. 1999. « L'état de santé des personnes âgées », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 11, n° 3, p. 53 à 69.
3. Santé Canada. 2003. L'arthrite au Canada : Une bataille à gagner, n° cat. H39-4/14-2003F, Ottawa, Ontario.
4. Shields M. 2004. « Troubles d'anxiété sociale – plus que de la timidité », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 15 (suppl.), p. 51 à 90.
5. Statistique Canada. 1999. « L'état de santé à l'âge mûr », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 11, n° 3, p. 39 à 52.

## Autres études

Kohen D., S. Uppal, A. Guèvremont et F. Cartwright. 2007. « Les enfants handicapés et le système d'éducation : une perspective provinciale », Questions d'éducation, produit n° 81-004 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario.

Statistique Canada. 2008. L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : familles d'enfants handicapés au Canada, produit n° 89-628 au catalogue de Statistique Canada, n° 009, Ottawa, Ontario.

Statistique Canada. 2008. L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : l'expérience de travail des personnes avec incapacités, au Canada, produit n° 89-628 au catalogue de Statistique Canada, n° 007, Ottawa, Ontario.

Statistique Canada. 2008. L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : Profil d'éducation des enfants avec incapacités au Canada, produit n° 89-628 au catalogue de Statistique Canada, n° 004, Ottawa, Ontario.

Statistique Canada. 2007. L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : rapport analytique, produit n° 89-628 au catalogue de Statistique Canada, n° 002) Ottawa, Ontario.



# Douleurs ou malaises empêchant des activités

---

La prévalence de la douleur est mesurée par la proportion de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir des douleurs ou des malaises qui les empêchent de faire quelques-unes, plusieurs ou la plupart de leurs activités par opposition à aucune.

## Importance de l'indicateur

L'importance de la douleur en tant que problème de santé publique tient à sa forte prévalence et à ses effets. En plus de fournir une estimation du nombre de personnes qui éprouvent des douleurs, cet indicateur reflète le pourcentage de la population présentant un certain degré de limitation fonctionnelle associé à cette douleur.

## Contexte

Les études de la douleur chronique au Canada ont révélé qu'il s'agit d'un état déclaré fréquemment. Parmi la population à domicile, 16 % des personnes âgées de 18 à 64 ans et 27 % des personnes âgées disent souffrir de douleurs chroniques. La prévalence augmente pour atteindre 38 % chez les personnes âgées vivant dans les établissements de soins de longue durée<sup>1</sup>.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes, et les personnes âgées plus susceptibles que les jeunes, de déclarer éprouver des douleurs chroniques<sup>2,3,4</sup>.

Les personnes ayant un faible niveau de scolarité sont plus susceptibles de déclarer des douleurs chroniques que celles plus instruites<sup>4</sup>.

La douleur chronique est associée à la dépendance à l'égard d'autrui pour vaquer aux activités de la vie quotidienne (parexemple, pour les soins personnels ou pour se déplacer dans la maison) et aux activités instrumentales de la vie quotidienne (par exemple, pour faire des courses ou faire le ménage)<sup>5</sup>.

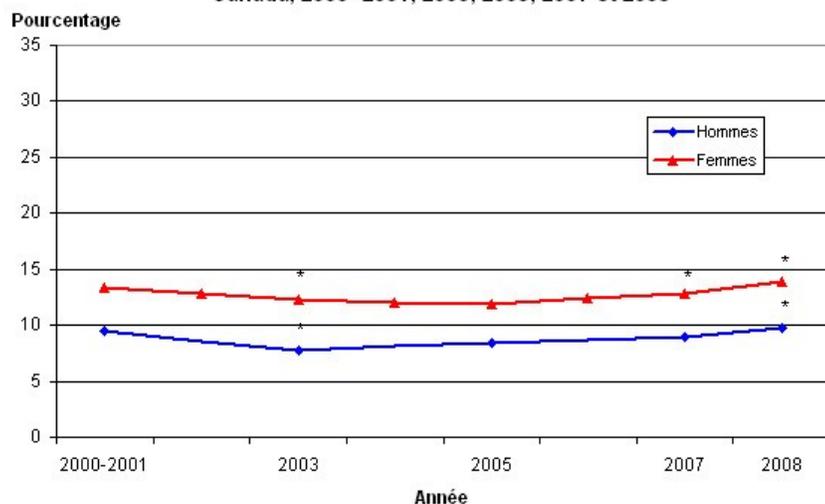
Plus la douleur est intense, plus elle risque d'interférer avec les activités quotidiennes de la personne. En outre, il existe une association entre la présence ou l'absence de douleurs chroniques, d'une part, et le sentiment de bonheur et la santé perçue d'une personne, d'autre part<sup>4,6,7</sup>.

Les personnes qui déclarent éprouver de la douleur chronique sont plus susceptibles de consommer des médicaments et de prendre plusieurs médicaments<sup>1</sup>.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant éprouver des douleurs ou des malaises empêchant des activités, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ( $p < 0,05$ )

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

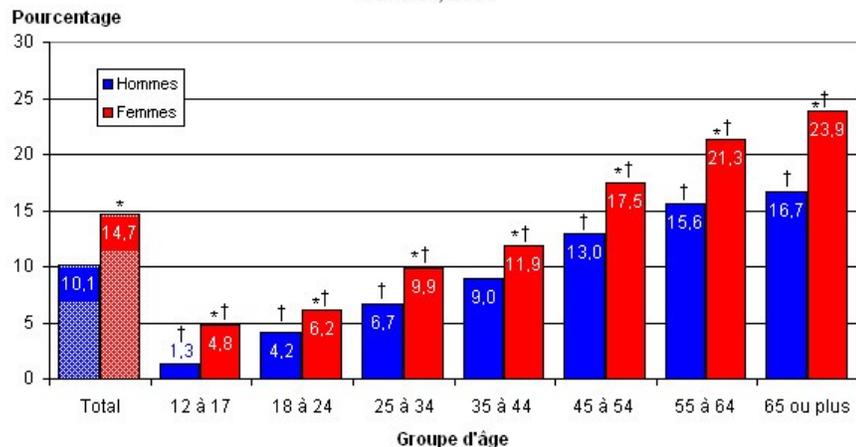
**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008.

- De 2000-2001 à 2008, le pourcentage normalisé selon l'âge des Canadiens déclarant éprouver des douleurs ou des malaises qui les empêchent de vaquer à leurs activités est demeuré relativement stable.
- Les variations d'une année à l'autre étaient relativement faibles; le pourcentage normalisé selon l'âge a baissé légèrement en 2003, mais avait de nouveau augmenté en 2008.
- Les femmes étaient systématiquement plus susceptibles que les hommes de déclarer éprouver de la douleur ou des malaises qui les empêchaient de vaquer à leurs activités.

Note : Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Groupe d'âge et sexe

Pourcentage de personnes déclarant éprouver des douleurs ou des malaises empêchant des activités, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2008



\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

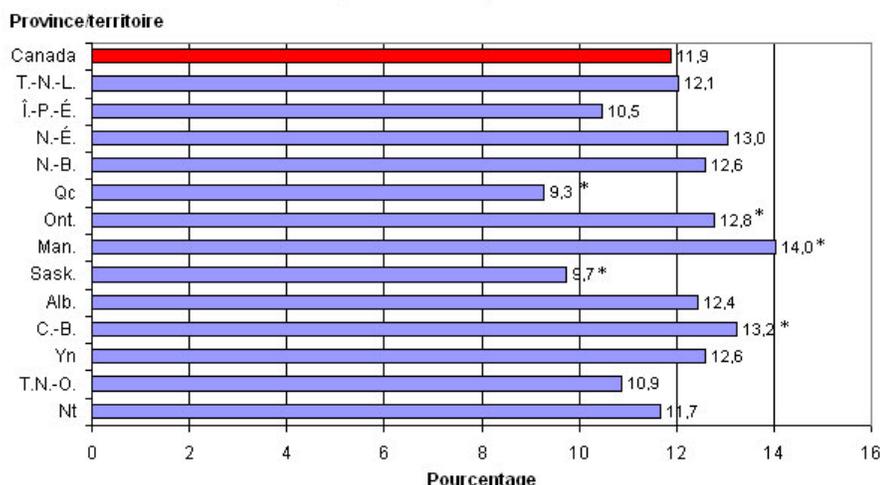
† valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe ( $p < 0,05$ )

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, environ 10 % des hommes (1,4 million) et 15 % des femmes (plus de 2 millions) âgés de 12 ans et plus ont déclaré éprouver des douleurs ou des malaises qui les empêchaient de vaquer à leurs activités.
- Comme la prévalence des problèmes de santé chroniques et des limitations d'activités, le pourcentage de Canadiens déclarant éprouver des douleurs et des malaises qui les empêchent de vaquer à leurs activités augmente avec l'âge pour atteindre 17 % des hommes et 24 % des femmes parmi les personnes âgées de 65 ans et plus.
- Dans tous les groupes d'âge, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer éprouver des douleurs et des malaises qui les empêchaient de vaquer à leurs activités.

## Province

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant des douleurs ou des malaises empêchant des activités, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ( $p < 0,05$ )

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- Les résidents du Québec et de la Saskatchewan étaient moins susceptibles que l'ensemble de la population canadienne de déclarer des douleurs et des malaises les empêchant de vaquer à leurs activités. En Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique, la prévalence était supérieure à la moyenne nationale.
- En Nouvelle-Écosse, l'estimation brute de la prévalence des douleurs et des malaises empêchant de vaquer aux activités était supérieure à la moyenne pour le Canada. Cependant, après avoir tenu compte de la structure par âge de la population de la province, l'écart n'était plus significatif.
- L'estimation pour le Nunavut était inférieure à celle pour le Canada tant qu'il n'était pas tenu compte de la structure par âge de sa population. Cela signifie que la prévalence plus faible des douleurs et malaises qui limitent les activités observée au Nunavut est influencée par le pourcentage élevé de jeunes, qui sont moins susceptibles que les personnes âgées d'éprouver des douleurs et des malaises.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Bibliographie

1. Ramage-Morin P. 2009. « Consommation de médicaments chez les Canadiens âgés », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 20, n° 1, p. 39 à 47.
2. Statistique Canada. 2006. Femmes au Canada : Rapport statistique fondé sur le sexe, 5<sup>e</sup> édition, produit n° 89-503 au catalogue de Statistique Canada, mars.
3. Bizier V., P. Chong, M. Foisy et coll. 2007. L'Enquête sur la participation et les limitations des activités de 2006 : Rapport analytique, produit n° 89-628 au catalogue de Statistique Canada, décembre.
4. Ramage-Morin P. 2008. « Douleur chronique chez les personnes âgées au Canada », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, no 1, p. 39 à 56.
5. Gilmour H. et J. Park. 2006. « Dépendance, problèmes chroniques et douleurs chez les personnes âgées », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 16, (suppl.), p. 23 à 34.
6. Shields M. et S. Shooshtari. 2001. « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 13, n° 1, p. 39 à 63.
7. Ramage-Morin P. 2005. « Bien vieillir en établissement de santé », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 16 (suppl.), p. 51 à 61.



# Diabète

---

La prévalence du diabète est fondée sur les personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué qu'elle faisait du diabète. Cela comprend les femmes âgées de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète gestationnel. La définition utilisée ne fait pas la distinction entre le diabète de type 1 et celui de type 2.

## Importance de l'indicateur

Le diabète est un important indicateur de la santé de la population, à cause de sa prévalence croissante, de son association à des facteurs de risque liés au mode de vie et de ses lourdes conséquences. Les complications fréquentes du diabète comprennent la maladie cardiaque et l'accident vasculaire cérébral, les problèmes de la vue ou la cécité, l'insuffisance rénale et des lésions nerveuses<sup>1</sup>.

## Contexte

La prévalence du diabète de type 2 est à la hausse dans le monde entier<sup>2</sup>. Anciennement considéré comme une maladie des adultes et des personnes âgées, le diabète se manifeste maintenant chez les enfants<sup>3,4</sup>. Le fardeau qu'impose le diabète comprend le raccourcissement de l'espérance de vie et la diminution du nombre d'années vécues en bonne santé, ainsi que le coût des soins de santé pour les personnes atteintes.

Le vieillissement de la population est le plus important changement démographique ayant une incidence sur la prévalence du diabète à l'échelle mondiale. Même si les taux d'incidence demeuraient stables, comme le nombre de personnes âgées augmente, la prévalence globale du diabète augmenterait<sup>2,5</sup>.

Faire de l'embonpoint ou être obèse représente un important facteur de risque de diabète<sup>6</sup>. Les pourcentages croissants de Canadiens classés dans ces catégories<sup>7</sup> pourraient faire augmenter la prévalence du diabète.

L'activité physique réduit le risque d'être atteint de diabète et inhibe l'évolution de la maladie en augmentant la sensibilité à l'insuline. Même après avoir pris en considération l'effet de l'indice de masse corporelle (IMC) ainsi que d'autres facteurs, l'incidence du diabète était plus élevée chez les personnes inactives<sup>5</sup>.

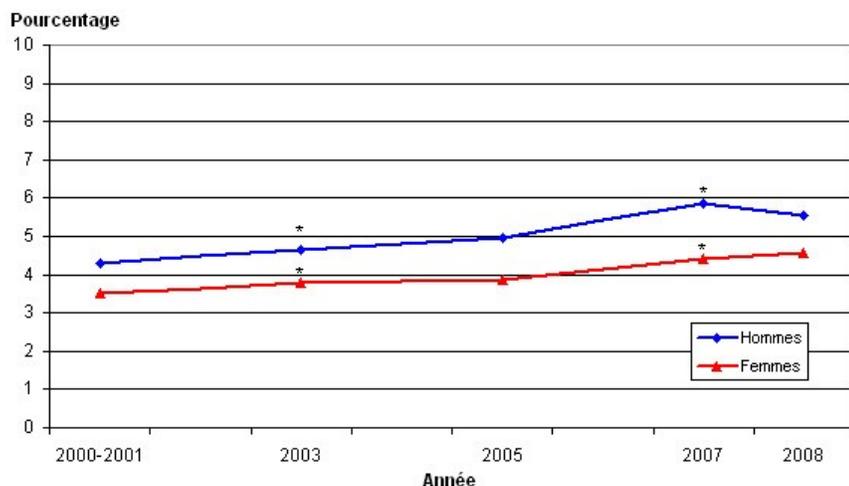
Les antécédents familiaux (parent ou frère ou sœur diabétique) étaient associés à un risque accru d'être atteint de diabète<sup>5</sup>. Cette constatation pourrait témoigner d'une prédisposition génétique, mais il n'en reste pas moins que l'adoption des mêmes comportements et la sensibilisation accrue à la maladie entraînant le dépistage pourraient être des facteurs associés au lien avec les antécédents familiaux.

Certaines associations entre le statut socioéconomique et le diabète ont été mises en évidence dans une étude canadienne selon laquelle les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires étaient plus susceptibles que les autres de déclarer un diagnostic de diabète. Cependant, après neutralisation de l'effet du sexe, des antécédents familiaux et des facteurs liés au mode de vie, le niveau de scolarité n'était plus associé à la manifestation du diabète<sup>5</sup>.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle

Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant avoir reçu un diagnostic de diabète, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008



\* valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ( $p < 0,05$ )

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008.

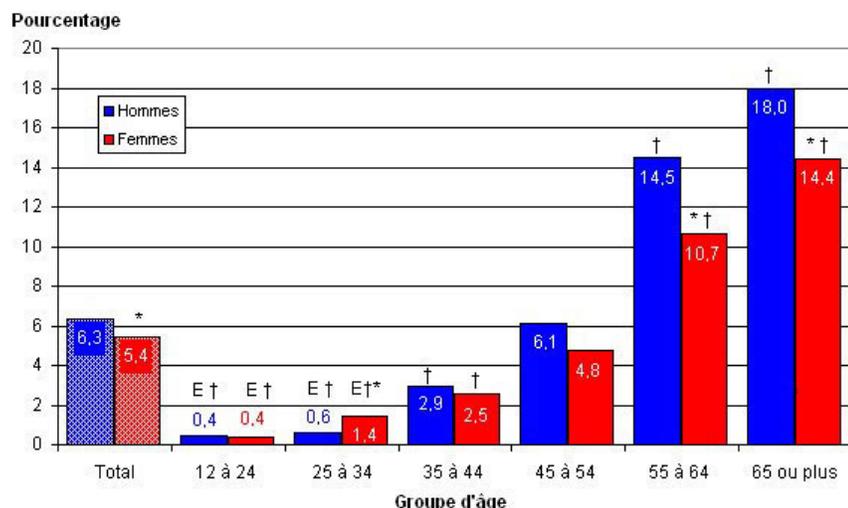
- Comme dans d'autres pays<sup>2</sup>, la prévalence autodéclarée du diabète au Canada a augmenté aussi bien chez les hommes que chez les femmes de 2000–2001 à 2008, même après avoir tenu compte de l'effet du vieillissement de la population.

- Une combinaison de facteurs démographiques, de facteurs liés au mode de vie et de facteurs cliniques pourrait expliquer cette croissance<sup>5</sup>, à savoir :
  - une diminution de la mortalité liée au diabète;
  - l'accroissement de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité, qui représente un facteur de risque important;
  - l'application de critères diagnostiques plus généraux qui a une incidence sur le nombre de cas dépistés;
  - la sensibilisation croissante des médecins et des membres du public à la maladie qui pourrait donner lieu à un accroissement du nombre de cas dépistés.
- Les hommes étaient systématiquement plus susceptibles que les femmes de déclarer un diagnostic de diabète.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Groupe d'âge et sexe

**Pourcentage de personnes déclarant avoir reçu un diagnostic de diabète, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

† valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe ( $p < 0,05$ )

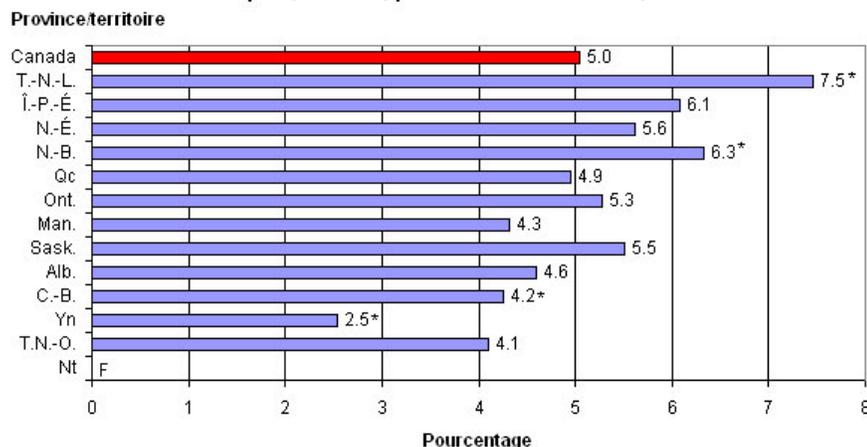
E interpréter avec prudence (coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, 6,3 % des hommes (900 000) et 5,4 % des femmes (800 000) âgés de 12 ans ou plus ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète. Le nombre réel de personnes diabétiques est vraisemblablement encore plus élevé<sup>8</sup>, parce que de nombreuses personnes faisant du diabète pourraient ne pas en être conscientes.
- La prévalence du diabète augmente avec l'âge : un homme âgé sur 6 et une femme âgée sur 7 ont déclaré un diagnostic de diabète, comparativement à moins d'une personne de 12 à 24 ans sur 200.
- Dans l'ensemble, le diagnostic de diabète était plus susceptible d'être posé chez les hommes que chez les femmes, particulièrement pour les 55 ans et plus. Les femmes dans le groupe d'âge 25 à 34 ans étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir reçu ce diagnostic.

## Province

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant  
avoir reçu un diagnostic de diabète, population à domicile de 12  
ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ( $p < 0,05$ )

F données supprimées (coefficient de variation supérieur à 33,3 %)

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- La prévalence normalisée selon l'âge du diabète varie dans une certaine mesure selon la région du Canada. Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador et du Nouveau-Brunswick étaient plus susceptibles que l'ensemble des Canadiens de déclarer un diagnostic de diabète.
- Par contre, les résidents de la Colombie-Britannique et du Yukon étaient moins susceptibles de faire cette déclaration.
- Les pourcentages étaient significativement différents de la moyenne nationale, même après avoir tenu compte des différences de structure par âge entre les populations de ces provinces et territoires.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Bibliographie

1. Agence de la santé publique du Canada. 2009. Complications associées au diabète.
2. Wild S., G. Roglic, A. Green et coll. 2004. « Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for the year 2030 », *Diabetes Care*, vol. 27, n° 5, p. 1047 à 1053.
3. American Diabetes Association. 2000. « Type 2 diabetes in children and adolescents », *Diabetes Care*, vol. 23, n° 3, p. 381 à 389.
4. Harris S.B., B.A. Perkins et E. Walen-Brough. 1996. « Non-insulin-dependent diabetes mellitus among First Nations children », *Canadian Family Physician*, n° 42, p. 869 à 876.
5. Millar W.J. et T.K. Young. 2003. « Évolution du diabète : prévalence, incidence et facteurs de risque », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 14, n° 3, p. 39 à 52.
6. Haslam D.W. et W.P.T. James. 2005. « Obesity », *The Lancet*, vol. 366, p. 1197 à 1209.
7. Tjepkema M. 2006. « Obésité chez les adultes », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 17, n° 3, p. 9 à 26.
8. Young T.K. et C.A. Mustard. 2001. « Undiagnosed diabetes: does it matter? », *JAMC*, vol. 164, n° 1, p. 24 à 28.

## Autres études

- James R., T.K. Young, C.A. Mustard et J. Blanchard. 1997. « La santé des diabétiques au Canada », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 9, n° 3, p. 53 à 59.

Ng E., K. Dasgupta et J.A. Johnson. 2008. « Un algorithme permettant de différencier les diabétiques qui participent à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 1, p. 77 à 86.

Sanmartin C. et J. Gilmore. 2008. « Diabète – Prévalence et pratiques en matière de soins », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 3, p. 63 à 68.



# Arthrite

---

La présence de l'arthrite a été mesurée en se basant sur les personnes âgées de 12 ans et plus ayant déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué qu'elle faisait de l'arthrite. Avant 2007, on demandait aux répondants : « Souffrez-vous d'arthrite ou de rhumatisme (mais pas de fibromyalgie)? » En 2007, le mot « rhumatisme » a été supprimé de la question.

## Importance de l'indicateur

L'arthrite est un indicateur important de la santé de la population, parce qu'il représente un problème de santé chronique très fréquent qui affecte la vie quotidienne de nombreux Canadiens et impose un fardeau au système de soins de santé.

## Contexte

L'arthrite est un problème de santé chronique très répandu dont la prévalence augmente avec l'âge, ce qui a des conséquences étant donné le vieillissement de la population canadienne<sup>1</sup>.

L'arthrite est associée à des limitations de la mobilité et à la dépendance d'autrui pour accomplir les activités de la vie quotidienne<sup>1</sup>.

Les Canadiens ayant déclaré faire de l'arthrite étaient plus susceptibles de consommer des médicaments et de prendre plusieurs médicaments<sup>2</sup>.

Certaines études ont révélé une association entre l'arthrite et le traitement hormonal substitutif (THS). Le THS prolongé accroît le risque d'arthrite chez les femmes d'âge mûr et les femmes âgées<sup>3</sup>.

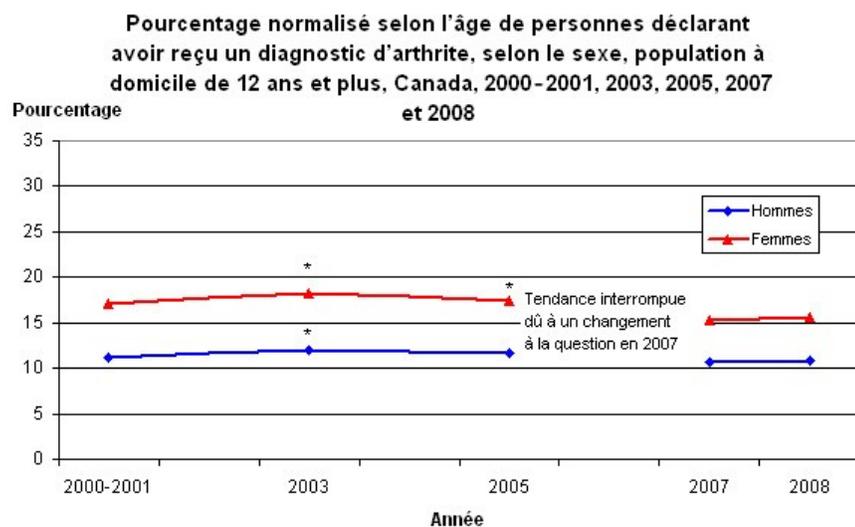
L'arthrite a également été associée à des chutes et à des fractures<sup>4,5</sup>.

Les hommes et les femmes obèses avaient plus de chances de manifester de l'arthrite que ceux et celles ayant déclaré un poids normal<sup>6</sup>.

L'arthrite et (ou) le rhumatisme étaient les problèmes de santé chronique mentionnés le plus souvent par les Métis adultes, chez lesquels la prévalence de 21 % était plus élevée que la moyenne nationale (13 %)<sup>7</sup>.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle



\* valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ( $p < 0,05$ )

**Notes :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991. Avant 2007, on demandait aux participants à l'enquête : « Souffrez-vous d'arthrite ou de rhumatisme, sauf la fibromyalgie? » En 2007, le mot « rhumatisme » a été supprimé de la question. Les pourcentages n'ont pas subi de test de la signification statistique entre 2005 et 2007.

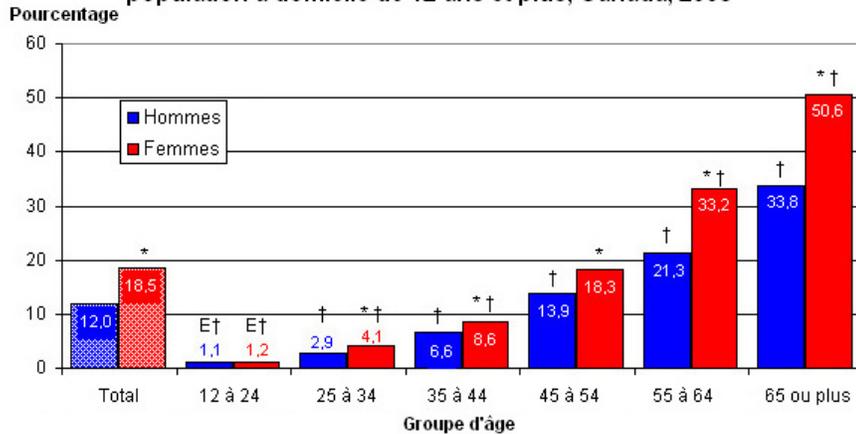
**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008.

- La prévalence normalisée selon l'âge de l'arthrite au Canada est demeurée relativement stable de 2000-2001 à 2008.
- Les femmes étaient systématiquement plus susceptibles que les hommes de déclarer un diagnostic d'arthrite.

**Notes :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991. Avant 2008, on demandait aux répondants : « Souffrez-vous d'arthrite ou de rhumatisme (mais pas de fibromyalgie)? » En 2008, le mot « rhumatisme » a été supprimé de la question.

### Groupe d'âge et sexe

**Pourcentage de personnes déclarant avoir reçu un diagnostic d'arthrite, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

† valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe ( $p < 0,05$ )

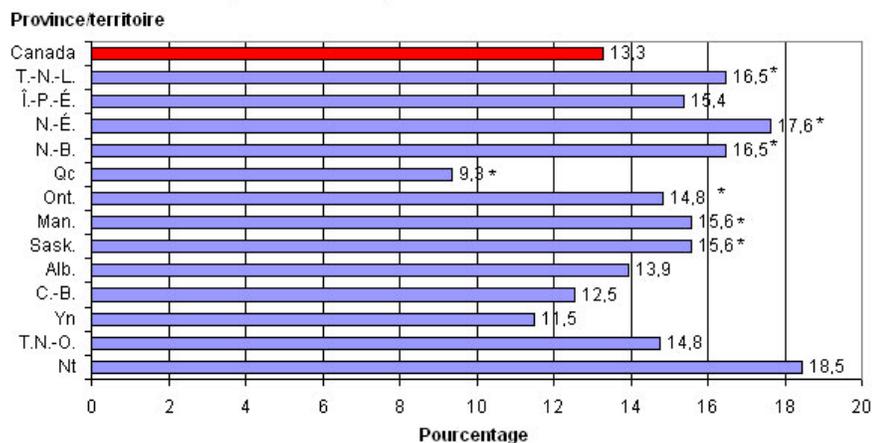
E interpréter avec prudence (coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, 15,3 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus ont déclaré un diagnostic d'arthrite (4,3 millions), soit 12,0 % des hommes (1,7 million) et 18,5 % des femmes (2,6 millions).
- Dans chaque groupe, d'âge sauf le plus jeune (12 à 24 ans), les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de souffrir d'arthrite. Les écarts étaient importants aux âges avancés. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les femmes étaient 1,5 fois plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir reçu un diagnostic d'arthrite.
- L'arthrite est relativement peu fréquente chez les jeunes âgés de 12 à 24 ans, à peine plus d'une personne sur 100 de ce groupe d'âge ayant déclaré un diagnostic d'arthrite en 2008 (1,1 % des hommes et 1,2 % des femmes).
- Comme dans d'autres pays<sup>8</sup>, la prévalence de l'arthrite au Canada augmente avec l'âge, environ un homme âgé sur trois (33,8 %) et une femme âgée sur deux (50,6 %) ayant déclaré souffrir d'arthrite en 2008.
- Bien que l'arthrite soit associée au vieillissement, un nombre important de Canadiens dans la force de l'âge mentionne ce problème de santé. Ainsi, en 2008, à l'intérieur du groupe des 45 à 64 ans, 17,2 % des hommes et 24,8 % des femmes (ce qui représente plus de 1,9 million de personnes) ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'arthrite.

## Province

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant avoir  
reçu un diagnostic d'arthrite, population à domicile de 12 ans et  
plus, Canada, provinces et territoires, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ( $p < 0,05$ )

Nota : Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- La prévalence normalisée selon l'âge de l'arthrite varie considérablement selon la région du pays.
- En 2008, les résidents du Québec étaient moins susceptibles que l'ensemble de la population canadienne de déclarer faire de l'arthrite.
- Les estimations brutes de la prévalence de l'arthrite en Alberta et dans les territoires étaient significativement inférieures à la moyenne nationale, mais ces écarts n'étaient plus significatifs après avoir pris en compte la plus forte proportion de jeunes dans ces régions.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, la prévalence brute de l'arthrite était significativement plus élevée que la moyenne nationale, mais après avoir tenu compte de la proportion plus élevée de personnes âgées dans la province, l'écart n'était plus significatif.
- Pour les autres provinces atlantiques, l'Ontario, le Manitoba et la Saskatchewan, la prévalence estimée de l'arthrite était supérieure à la moyenne nationale, même après avoir pris en considération les différences de structure par âge de la population.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Bibliographie

1. Wilkins K. et E. Park. 1996. « Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendances à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité », Rappports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 8, n° 3, p. 7 à 17.
2. Ramage-Morin P. 2009. « Consommation de médicaments chez les Canadiens âgés », Rappports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 20, n° 1, p. 39 à 47.
3. Wilkins K. 1999. « L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite », Rappports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 11, n° 2, p. 57 à 66.
4. Wilkins K. 1999. « Chutes, gens âgés et recours aux services de santé », Rappports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 10, n° 4, p. 47 à 57.
5. Carrière G. 2007. « Résultats des fractures de la hanche et la population à domicile », Rappports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 18, n° 4, p. 41 à 47.
6. Wilkins K. 2004. « Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids », Rappports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 15, n° 1, p. 43 à 54.
7. Janz T., J. Seti et A. Turner. 2009. Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : Un aperçu de la santé de la population métisse, produit n° 89-637 au catalogue de Statistique Canada, document analytique n° 004 (février).

8. Woolf A.D. et B. Pfleger. 2003. « Burden of major musculoskeletal conditions », Bulletin of the World Health Organization 2003, vol. 81, n° 9.

### **Autres études**

Millar W.J. 2002. « Arthroplastie de la hanche et du genou », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 14, n° 1, p. 43 à 58.

Wang P.P. et E.M. Badley. 2003. « Consistent low prevalence of arthritis in Quebec: Findings from a provincial variation study in Canada based on several population health surveys », Journal of Rheumatology, vol. 30, n° 1, p. 126 à 131.



## Comportements sanitaires

---

Les comportements sanitaires, c'est-à-dire liés à la santé, sont influencés par le milieu social, culturel et physique dans lequel nous vivons et travaillons. Ils sont modelés par des choix personnels et des contraintes externes. Les comportements positifs favorisent un bon état de santé et préviennent les maladies, tandis que les comportements à risque ont l'effet opposé. En surveillant les comportements liés à la santé au fil du temps, il est possible d'anticiper les menaces qui risquent de peser sur la santé de la population, de reconnaître les segments de la population nécessitant le plus une intervention de santé publique et d'évaluer l'efficacité des politiques de santé publique.

Pour saisir les profils de comportement au Canada, quatre indicateurs sont utilisés, à savoir deux indicateurs de comportement posant un risque pour la santé et deux indicateurs de comportement associés à la prévention de la maladie. Le premier, qui concerne l'usage du tabac, donne la proportion de personnes qui fument tous les jours ou à l'occasion. Malgré les dangers connus de l'usage du tabac, des millions de Canadiens continuent de fumer. Ils courent un plus grand risque que les autres d'avoir un cancer du poumon, de l'hypertension, une maladie cardiaque et d'autres problèmes de santé mettant la vie en danger.

Le deuxième indicateur de comportement sanitaire est la consommation abusive d'alcool. À court terme, la consommation occasionnelle excessive d'alcool (binge drinking) peut causer une intoxication mortelle et a été associée à d'autres comportements posant un risque pour la santé, tels que les relations sexuelles sans protection et la conduite en état d'ivresse, particulièrement chez les jeunes<sup>1,2</sup>. Les conséquences de ces comportements, dont les grossesses non désirées, les maladies transmises sexuellement, les collisions de véhicules automobiles, ont des incidences sur la santé des individus, de leur famille et de la collectivité dans son ensemble. À long terme, la consommation excessive répétée d'alcool peut causer la cirrhose du foie.

Tandis que certains comportements compromettent la santé, l'activité physique et la consommation de fruits et de légumes favorisent un bon état de santé et aident à prévenir les problèmes de santé chroniques. Le premier de ces indicateurs de comportements bienfaisants pour la santé permet de suivre la proportion de Canadiens qui sont actifs ou moyennement actifs durant leurs loisirs. L'exercice permet de réduire l'embonpoint et l'obésité et, au cours de la vie, contribue à un bon état cardiovasculaire et musculosquelettique.

Le pourcentage de Canadiens qui mangent des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour est un autre indicateur positif de la santé de la population. Dans le cadre d'un régime équilibré, la consommation adéquate de fruits et de légumes contribue à la prévention de l'embonpoint et de l'obésité, du diabète et d'autres problèmes de santé chroniques.

Plusieurs tendances se dégagent chez les Canadiens en ce qui concerne les quatre comportements liés à la santé mentionnés ci-dessus. La première a trait aux différences entre les hommes et les femmes. Les premiers sont plus susceptibles que les secondes de fumer et d'abuser de l'alcool, et moins susceptibles de consommer suffisamment de fruits et de légumes. Cependant, les hommes sont plus susceptibles d'être actifs durant leurs loisirs.

Comme il faut s'y attendre, les comportements des Canadiens varient selon l'âge. La différence peut-être la plus frappante est celle observée entre le groupe des 18 à 24 ans et celui des 12 à 17 ans en ce qui concerne l'usage du tabac et la consommation abusive d'alcool. Les jeunes adultes, particulièrement les hommes, sont les plus susceptibles d'adopter des comportements posant un risque pour la santé. En revanche, les personnes âgées se comparent bien à l'ensemble des Canadiens pour ce qui est de la consommation de fruits et de légumes et la faible proportion d'usage du tabac et de consommation abusive d'alcool.

Au cours du temps, les comportements sanitaires des Canadiens ont évolué. Le pourcentage de fumeurs est en baisse, tandis que la consommation de fruits et de légumes semble être en hausse. Les changements sont moins évidents en ce qui a trait à l'activité physique et à la consommation abusive d'alcool.

Les comportements liés à la santé sont des indicateurs précoces de la santé de la population. Étant donné le décalage fréquent entre certains comportements et la manifestation de la maladie, ces indicateurs peuvent laisser prévoir les fardeaux futurs des comportements posant un risque pour la santé et les avantages futurs de ceux favorisant un bon état de santé. Les comportements liés à la santé ne surviennent pas isolément; ils sont influencés et restreints par les normes sociales et culturelles. Il est important des les surveiller au cours du temps afin d'aider les Canadiens à atteindre et à maintenir un niveau de santé optimal.

Pour les plus récentes données de la santé pour votre région, visiter le site Web [Profil de la santé](#)

---

## Bibliographie

1. Lavikainen H.M., T. Lintonen et E. Kosunen. « Sexual behavior and drinking among teenagers: a population-based study in Finland », [Health Promotion International](#) (2009), doi:10.1093/heapro/dap007.
2. Miller J.W., T.S. Naimi, R.D. Brewer et coll. 2007. « Binge Drinking and Associated Health Risk Behaviors Among High School Students », *Pediatrics*, vol. 119, n° 1, p. 76 à 85.



# Tabagisme

---

La prévalence du tabagisme est mesurée comme étant le pourcentage de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'elles fumaient (tous les jours ou à l'occasion). Cette définition ne tient pas compte du nombre de cigarettes fumées.

## Importance de l'indicateur

Le tabagisme est un facteur de risque pour le cancer du poumon et de nombreuses autres maladies<sup>1</sup>. Il est important de surveiller les tendances de la prévalence du tabagisme afin de comprendre les comportements d'usage du tabac au cours du temps et de faciliter l'élaboration des politiques, la prestation des services et la mise en place de programmes de prévention.

## Contexte

À mesure que se sont accumulées les preuves catégoriques du lien entre l'usage du tabac et le cancer du poumon ainsi que d'autres maladies et qu'a diminué son acceptabilité sociale, la prévalence du tabagisme au Canada a baissé au cours des dernières décennies<sup>2</sup>.

La prévalence du tabagisme a diminué chez les hommes et chez les femmes de tous les groupes d'âge<sup>3</sup>.

La prévalence du tabagisme a reculé chez les jeunes, à mesure qu'ils sont devenus moins susceptibles de commencer à fumer<sup>3</sup>. Ces résultats donnent à penser que la prévalence globale du tabagisme continuera de baisser, parce que les personnes âgées de plus de

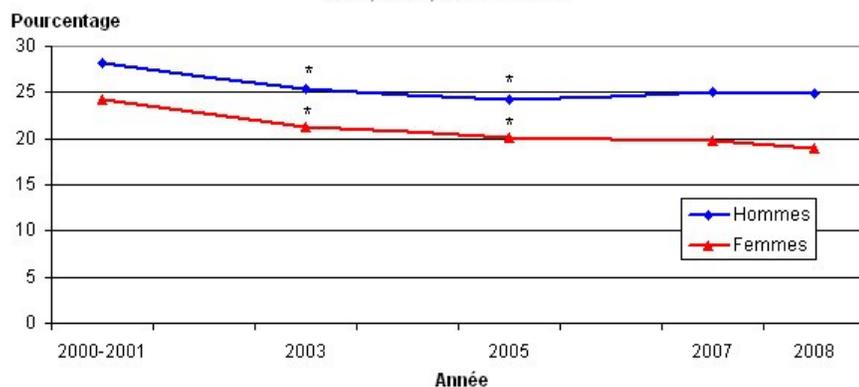
18 ans qui commencent à fumer sont rares<sup>3,4</sup>.

Les fumeurs qui ont renoncé au tabac ont également contribué à la diminution de la prévalence du tabagisme.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes qui ont déclaré fumer au moment de l'enquête (tous les jours ou à l'occasion), selon le sexe, population de 12 ans et plus, Canada, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ( $p < 0,05$ )

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

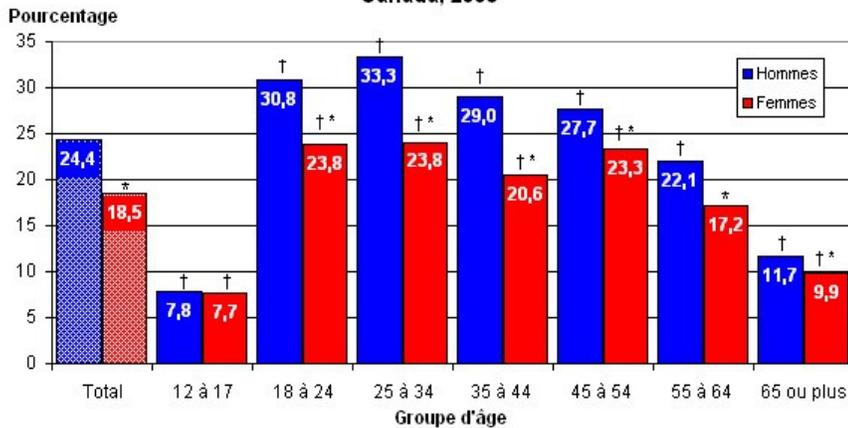
**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008.

- Parmi les Canadiens âgés de 12 ans et plus, le pourcentage normalisé selon l'âge de personnes qui fument (quotidiennement ou à l'occasion) a diminué de 2000-2001 à 2005.
- Depuis, la prévalence du tabagisme s'est stabilisée pour les hommes et a continué de diminuer légèrement pour les femmes (le changement entre 2005 et 2008 n'était pas statistiquement différent pour les hommes mais l'était pour les femmes).
- Les hommes étaient systématiquement plus susceptibles de fumer (quotidiennement ou à l'occasion) que les femmes.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

### Groupe d'âge et sexe

**Pourcentage de personnes qui ont déclaré fumer au moment de l'enquête (tous les jours ou à l'occasion), selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2008**

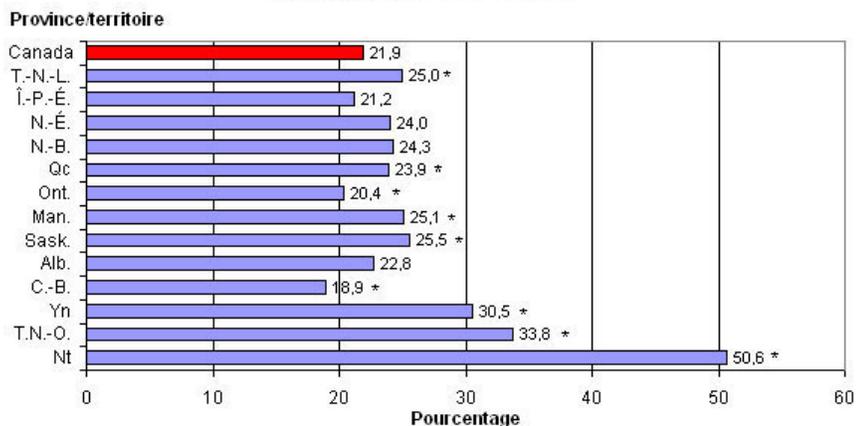


\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )  
 † valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe ( $p < 0,05$ )  
**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, 24,4 % des hommes et 18,5 % des femmes âgés de 12 ans et plus fumaient quotidiennement ou à l'occasion, ce qui représente environ 3,4 millions d'hommes et 2,6 millions de femmes.
- Dans tous les groupes d'âge sauf le plus jeune, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de fumer. Dans le groupe des 12 à 17 ans, environ 8 % des garçons et des filles ont déclaré qu'ils fumaient.
- La prévalence du tabagisme chez les garçons et les filles âgés de 12 à 17 ans était inférieure aux chiffres respectifs pour l'ensemble de la population canadienne.
- La prévalence du tabagisme chez les hommes et les femmes âgés de 18 à 54 ans était plus élevée que la prévalence globale observée, respectivement, pour les hommes et pour les femmes.
- Les hommes âgés de 55 ans et plus étaient moins susceptibles de fumer que l'ensemble des hommes canadiens, tandis que les femmes âgées de 65 ans et plus étaient moins susceptibles de fumer que l'ensemble des femmes canadiennes.

**Province**

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes qui ont déclaré fumer au moment de l'enquête (tous les jours ou à l'occasion), population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ( $p < 0,05$ )  
**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991  
**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, parmi les provinces et les territoires, la Colombie-Britannique et l'Ontario étaient les deux seules où le pourcentage normalisé selon l'âge de personnes fumant quotidiennement ou à l'occasion était inférieur à celui enregistré pour le Canada dans son ensemble.
- Par contre, les résidents du Nunavut étaient plus de deux fois plus susceptibles de fumer que l'ensemble de la population canadienne.
- Les pourcentages normalisés selon l'âge de fumeurs étaient également plus élevés que la moyenne nationale au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest.
- Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador, du Québec, du Manitoba et de la Saskatchewan étaient aussi plus susceptibles de fumer que l'ensemble de la population canadienne.

**Note** : Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Bibliographie

1. Santé Canada. Aperçu des risques du tabagisme pour la santé.
2. Ross N. et C. Perez. 1998. « Attitudes à l'égard du tabac », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 10, n° 3, p. 23 à 34.
3. Shields M. 2005. « Usage du tabac et soins pour le diabète : résultats tirés du cycle 3.1 de l'ESCC (2005) », Votre collectivité, votre santé : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), produit n° 82-621 au catalogue de Statistique Canada, n° 002.
4. Chen J. et W.J. Millar. 1998. « Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune? », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 9, n° 4, p. 39 à 48.

## Autres études

- Chen J. 2003. « Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 14, n° 2, p. 9 à 20.
- Deering K.N., L. Lix, S. Bruce et T.K. Young. 2009. « Chronic disease and risk factors in Canada's northern populations : longitudinal and geographic comparisons », Revue canadienne de santé publique, vol. 100, n° 1 (janvier-février), p. 14 à 17.
- Galambos N.L. et L.C. Tilton-Weaver. 1998. « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 10, n° 2, p. 9 à 21.
- Gaudette L.A., A. Richardson et S. Huang. 1998. « Quels sont les travailleurs qui fument? », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 10, n° 3, p. 35 à 47.
- Millar W.J. 1996. « Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 8, n° 2, p. 13 à 22.
- Millar W.J. et G. Hill. 2004. « Grossesse et usage du tabac », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 15, n° 4, p. 55 à 58.
- Pérez C.E. 1999. « Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 11, n° 3, p. 93 à 101.
- Shields M. 2007. « Usage du tabac – Prévalence, interdictions et exposition à la fumée secondaire », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 18, n° 3, p. 71 à 81.
- Shields M. 2007. « Interdictions de fumer : leur incidence sur la prévalence de l'usage de la cigarette », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 18, n° 3, p. 9 à 26.
- Shields M. 2005. « Cheminement vers l'abandon du tabac », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 16, n° 3, p. 23 à 43.

Shields M. 2005. « Usage du tabac chez les jeunes », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 16, n° 3, p. 61 à 66.

Stephens M. et J. Siroonian. 1998. « L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 9, n° 4, p. 31 à 38.



# Consommation abusive d'alcool

---

La consommation abusive d'alcool est définie comme étant la consommation de 5 verres ou plus en une occasion, 12 fois ou plus au cours de la dernière année. Le taux est calculé pour la population âgée de 12 ans et plus.

## Importance de l'indicateur

La consommation abusive d'alcool a été associée à des conséquences néfastes pour la santé et pour les relations sociales, dont l'accroissement du risque de maladie cardiovasculaire, d'hypertension, de mortalité toutes causes confondues, de blessures accidentelles, de relations sexuelles sans protection, de conduite en état d'ivresse et de consommation de drogues illicites<sup>1,2</sup>.

## Contexte

Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de déclarer une consommation abusive d'alcool, même si l'on tient compte de facteurs tels que l'âge, le niveau de scolarité, l'état matrimonial et le revenu<sup>3</sup>.

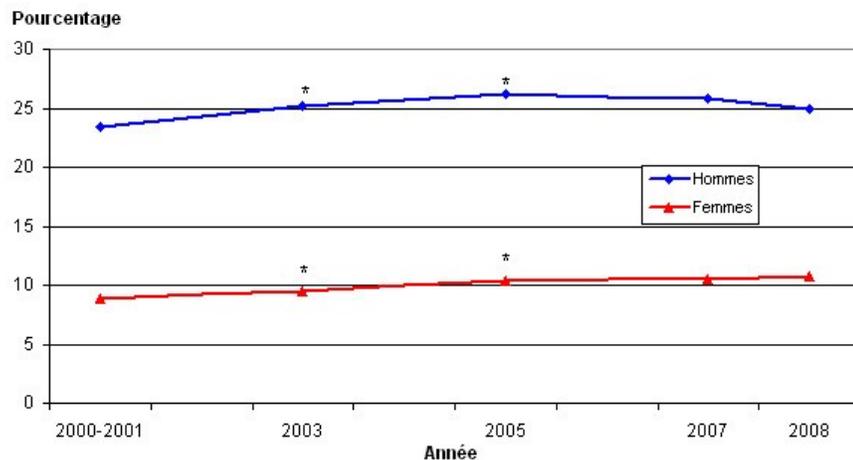
Le tabagisme a été associé à la consommation abusive d'alcool. En outre, avoir plusieurs problèmes de santé chroniques et la présence d'un fumeur dans le ménage augmentent le risque d'une consommation abusive d'alcool<sup>4</sup>.

La consommation occasionnelle excessive d'alcool est plus fréquente que le tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes<sup>5</sup>.

## Faits saillants et graphiques

## Tendance temporelle

Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes qui ont déclaré avoir bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion, 12 fois ou plus au cours de la dernière année, selon le sexe, population de 12 ans et plus, Canada, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008



\* valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ( $p < 0,05$ )

Nota : Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

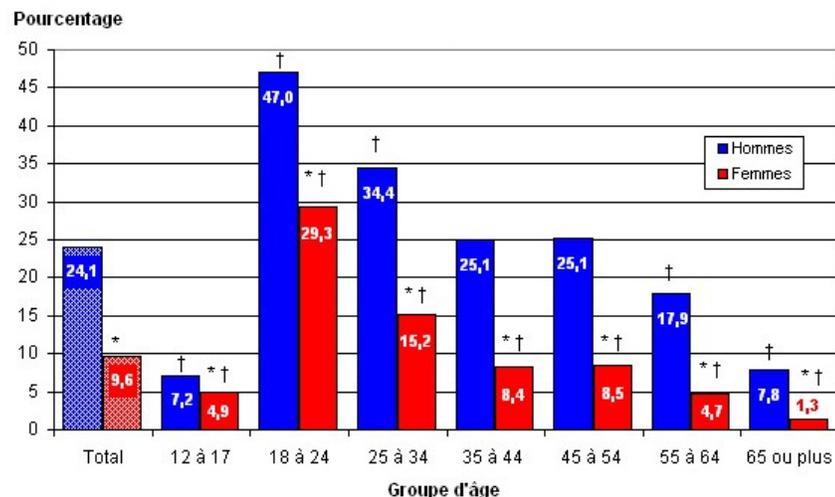
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003, 2005, 2007, 2008.

- De 2000–2001 à 2008, les pourcentages normalisés selon l'âge de consommation abusive d'alcool ont augmenté légèrement.
- Les hommes étaient environ 2,5 fois plus susceptibles que les femmes de déclarer s'être adonnés à une consommation abusive d'alcool.

Note : Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Groupe d'âge et sexe

Pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion, 12 fois ou plus au cours de la dernière année, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2008



\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

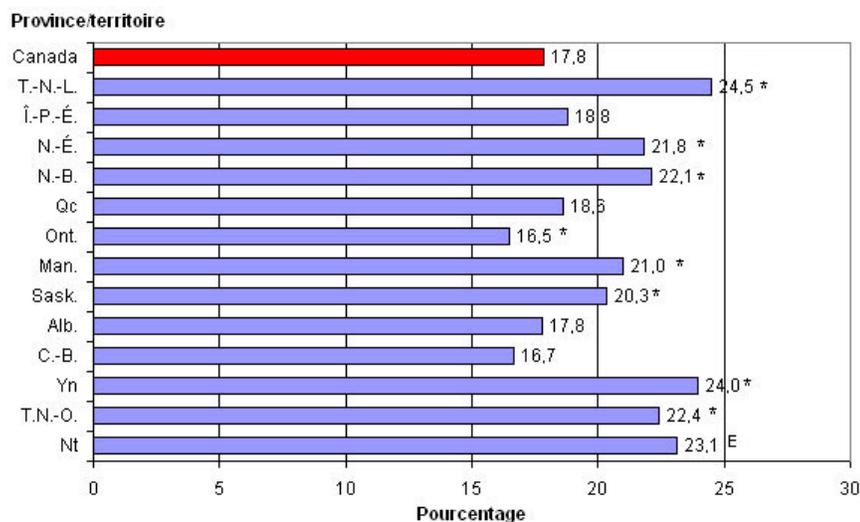
† valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe ( $p < 0,05$ )

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, environ 24,1 % des hommes (3,3 millions) et 9,6 % des femmes (1,4 million) ont déclaré avoir consommé abusivement de l'alcool.
- Dans chaque groupe d'âge, même chez les personnes âgées, les hommes étaient significativement plus susceptibles que les femmes de s'adonner à une consommation excessive d'alcool.
- Les pourcentages de personnes dont la consommation d'alcool est excessive augmentent fortement chez le groupe des 18 à 24 ans (47,0 % pour les hommes et 29,3 % pour les femmes) comparativement au groupe des 12 à 17 ans. Cette situation reflète l'âge légal pour consommer de l'alcool au Canada (18 ou 19 ans), ainsi qu'une période de la vie où les jeunes sont plus indépendants et peuvent avoir quitté le domicile parental<sup>5</sup>.
- Chez les hommes ainsi que chez les femmes, les personnes âgées de 18 à 34 ans étaient plus susceptibles que l'ensemble de la population canadienne de s'adonner à une consommation abusive d'alcool.
- À partir de l'âge de 35 ans, les pourcentages de femmes qui boivent abusivement sont inférieurs à la moyenne nationale. Chez les hommes, le pourcentage ne devient inférieur à cette moyenne qu'après l'âge de 54 ans.

## Province

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes qui ont déclaré avoir bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion, 12 fois ou plus au cours de la dernière année, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ( $p \leq 0,05$ )

<sup>E</sup> interpréter avec prudence (coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %)

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- Les pourcentages normalisés selon l'âge de personnes ayant une consommation abusive d'alcool étaient significativement supérieurs à la moyenne nationale à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick.
- Ils étaient également plus élevés au Manitoba, en Saskatchewan, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon.
- L'Ontario était la seule province ou territoire où le pourcentage de personnes ayant une consommation abusive d'alcool était significativement plus faible que celui observé pour l'ensemble de la population canadienne.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Bibliographie

1. Yang S., J.W. Lynch, T.E. Raghunathan et coll. 2007. « Socioeconomic and psychosocial exposures across the life course and binge drinking in adulthood: population-based study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 165, n° 2, p. 184 à 193.

2. Miller J.W., T.S. Naimi, R.D. Brewer et coll. 2007. « Binge Drinking and Associated Health Risk Behaviors Among High School Students », *Pediatrics*, vol. 119, n° 1, p. 76 à 85.
3. Adlaf E.M., A. Ialomiteanu et J. Rehm. 2008. CAMH Monitor eReport: Addiction & mental health indicators among Ontario adults, 1977–2005 (série de documents de recherche de CAMH, n° 24), Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto.
4. Pérez C.E. 1999. « Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 11, n° 3, p. 93 à 101.
5. Galambos N.L. et L.C. Tilton–Weaver. 1998. « Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 10, n° 2, p. 9 à 21.



## Activité physique durant les loisirs

---

L'évaluation de l'activité physique est fondée sur les réponses des personnes âgées de 12 ans et plus à des questions sur la fréquence, la nature et la durée de la participation à des activités physiques durant les loisirs au cours des trois mois précédents. Pour chaque activité physique durant les loisirs déclarée par une personne, on calcule la dépense quotidienne moyenne d'énergie en multipliant le nombre de fois que la personne s'est adonnée à l'activité par la durée moyenne de l'activité et par le coût énergétique (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure) de l'activité. L'indice est la somme des dépenses quotidiennes moyennes d'énergie de toutes les activités. Les répondants sont classés dans les catégories suivantes :

- personne active : brûle au moins 3 kilocalories par kilogramme de poids corporel par jour (par exemple, en marchant une heure ou en courant 20 minutes par jour);
- personne moyennement active : brûle de 1,5 à moins de 3 kilocalories par kilogramme de poids corporel par jour (par exemple, en marchant de 30 à 60 minutes par jour ou en participant à un cours d'exercice d'une heure trois fois par semaine);
- personne inactive : brûle moins de 1,5 kilocalorie par kilogramme de poids corporel par jour (par exemple, en marchant moins d'une demi-heure par jour).

La désirabilité sociale de déclarer une activité physique et le biais de rappel peuvent avoir une incidence sur les pourcentages autodéclarés d'activité physique. L'activité physique durant les loisirs ne tient pas compte de l'énergie dépensée dans le cadre des activités quotidiennes habituelles au travail ni des déplacements.

### Importance de l'indicateur

Les bienfaits de l'activité physique pour la santé sont nombreux. Elle réduit le risque de maladie cardiovasculaire, de certains types de cancer, d'ostéoporose, de diabète, d'obésité, d'hypertension, de dépression, de stress et d'anxiété<sup>1,2,3,4,5</sup>.

L'impact économique de l'inactivité physique peut être considérable<sup>6</sup>.

Le suivi des tendances de la prévalence de l'activité physique est important pour comprendre les risques pour la santé de la population, ainsi que pour planifier et évaluer les politiques et les programmes de promotion de l'activité physique.

## Contexte

Des preuves indiquent que s'adonner à 30 minutes d'exercice d'intensité moyenne la plupart des jours a des bienfaits pour la santé, notamment une réduction du risque de maladie chronique, et que les bienfaits s'accroissent si l'on fait plus d'exercice, surtout des activités vigoureuses<sup>1</sup>.

Selon des recommandations récentes, 60 minutes d'exercice d'intensité moyenne par jour sont nécessaires pour prévenir la prise de poids<sup>3,7</sup>.

Comparativement à ceux et celles qui étaient inactifs, les hommes et les femmes du Canada qui étaient au moins moyennement actifs durant leurs loisirs étaient plus susceptibles de juger leur santé excellente ou très bonne (plutôt que bonne, passable ou mauvaise) et de faire état d'un niveau de stress plus faible, et ils étaient moins susceptibles de déclarer faire de l'hypertension et d'avoir de l'embonpoint ou d'être obèses. Ces relations persistent même après avoir tenu compte de l'effet des caractéristiques sociodémographiques, de l'activité physique en dehors des loisirs et des limitations d'activité<sup>5</sup>.

L'activité physique durant les loisirs était moins fréquente chez les personnes à faible revenu que chez celles appartenant au groupe de revenu le plus élevé, même si l'on tient compte des caractéristiques sociodémographiques, de l'activité en dehors des loisirs et des limitations d'activités<sup>5</sup>.

Les immigrants, indépendamment de la durée de leur vie au Canada, étaient moins susceptibles d'être au moins moyennement actifs durant leurs loisirs que l'ensemble de la population canadienne, même après avoir tenu compte des structures par âge différentes des deux groupes<sup>5,8</sup>.

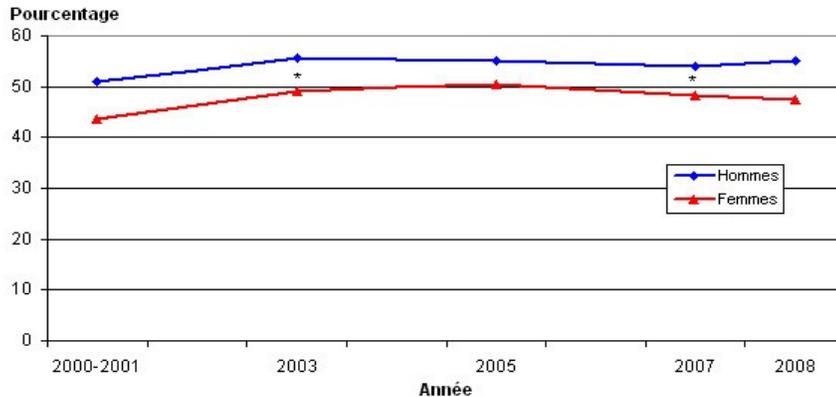
Les Autochtones vivant hors réserves étaient plus susceptibles d'être au moins moyennement actifs que l'ensemble de la population canadienne<sup>5,9</sup>.

La marche est l'activité physique durant les loisirs pratiquée par les proportions les plus élevées de femmes et d'hommes canadiens (76 % et 64 % respectivement en 2005) et est plus fréquente que les autres activités. Les autres activités physiques principales durant les loisirs comprennent le jardinage, les exercices à la maison, la natation, le vélo, le jogging, la danse et les poids et haltères<sup>5</sup>.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes actives ou modérément actives physiquement durant leurs loisirs, selon le sexe, population de 12 ans et plus, Canada, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ( $p < 0,05$ )

Nota : Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

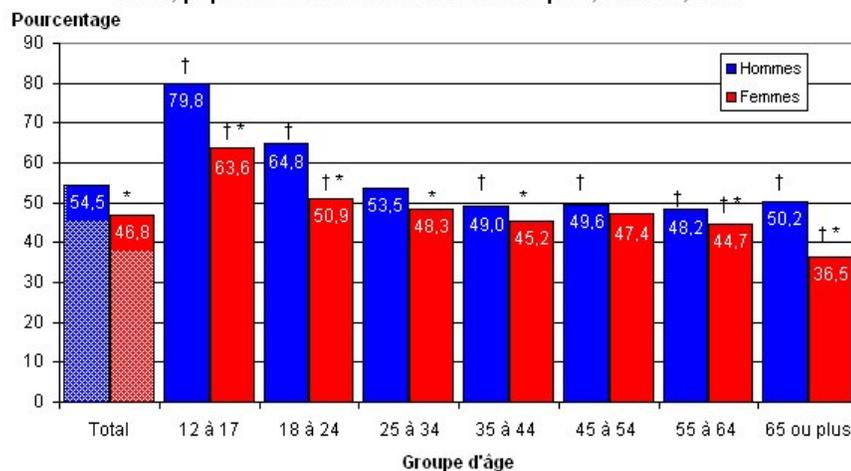
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008.

- Le pourcentage normalisé selon l'âge des Canadiens déclarant être actifs ou moyennement actifs a augmenté de 2000-2001 à 2003.
- La proportion de femmes ayant déclaré une activité physique durant les loisirs a diminué légèrement de 2005 à 2008, tandis que la proportion d'hommes est demeurée stable.
- Les hommes étaient systématiquement plus susceptibles que les femmes d'être actifs ou moyennement actifs durant leurs loisirs.

Note : Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

**Groupe d'âge et sexe**

**Pourcentage de personnes actives ou modérément actives physiquement durant leurs loisirs, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

† valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe ( $p < 0,05$ )

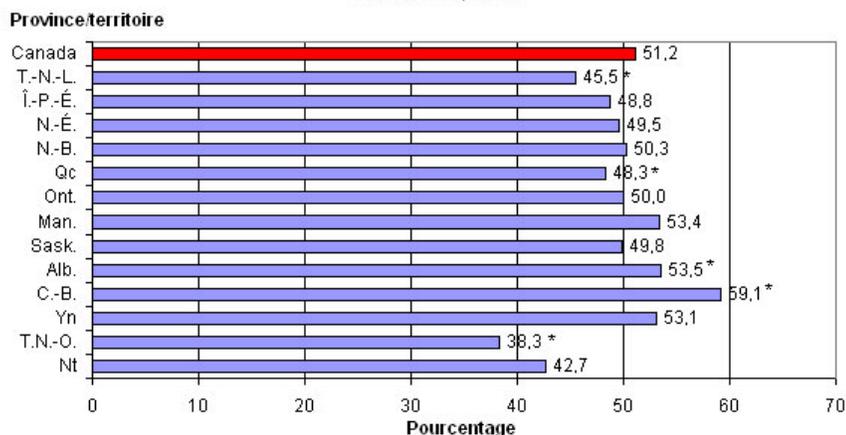
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, un peu plus de la moitié des hommes canadiens (54,5 %) âgés de 12 ans et plus ont dit être physiquement actifs ou moyennement actifs durant leurs loisirs, tandis qu'un peu moins de la moitié (46,8 %) des femmes du même groupe d'âge ont déclaré ce niveau d'activité. Ces proportions représentent environ 7,4 millions d'hommes et 6,6 millions de femmes.
- À l'exception du groupe des 45 à 54 ans, les hommes étaient plus susceptibles d'être actifs ou moyennement actifs que les femmes.

- Les hommes et les femmes du groupe d'âge le plus jeune (moins de 25 ans) étaient significativement plus susceptibles de déclarer être actifs ou moyennement actifs que l'ensemble de la population canadienne. Cependant, une diminution importante des taux d'activité physique s'observe chez les deux sexes lorsque l'on passe du groupe des 12 à 17 ans à celui des 18 à 24 ans. Cela pourrait être attribuable en partie aux transitions concernant les conditions de logement, le travail et le milieu social qui ont été associés à une diminution de l'activité physique<sup>6,2</sup>.
- Chez les hommes, le taux tombe sous celui observé pour l'ensemble de la population à partir de l'âge de 35 ans, tandis que chez les femmes, il ne devient inférieur à la moyenne nationale qu'à partir de 55 ans.

## Province

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes actives ou modérément actives physiquement durant leurs loisirs, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ( $p < 0,05$ )

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- Les pourcentages normalisés selon l'âge d'activité physique durant les loisirs ne varient pas fortement d'une région à l'autre du Canada.
- En 2008, les résidents de la Colombie-Britannique et de l'Alberta étaient plus susceptibles de déclarer être actifs ou moyennement actifs que l'ensemble de la population canadienne.
- À Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec et dans les Territoires du Nord-Ouest, les pourcentages de personnes actives ou moyennement actives étaient plus faibles que la moyenne nationale.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Bibliographie

1. U.S. Department of Health and Human Services. 1996. Physical Activity and Health : A Report of the Surgeon General, Washington DC.
2. Chen J. et W.J. Millar. 1999. « Les conséquences de l'activité physique sur la santé », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 11, n° 1, p. 21 à 31.
3. Keim N.L., C.A. Blanton et M.J. Kretsch. 2004. « America's obesity epidemic: measuring physical activity to promote an active lifestyle », Journal of the American Dietetic Association, 104, p. 1398 à 1409.
4. Warburton D.E.R., C.W. Nicol et S.S.D. Bredin. 2006. « Health benefits of physical activity: the evidence », Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 174, n° 6, p. 801 à 809.
5. Gilmour H. 2007. « Les Canadiens physiquement actifs », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 18, n° 3, p. 48 à 70.
6. Katzmarzyk P.T. et I. Janssen. 2004. « The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update », Revue canadienne de physiologie appliquée, vol. 29, n° 1, p. 90 à 115.

7. Blair S.N., M.J. LaMonte et M.Z. Nichaman. 2004. « The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? », *American Journal of Clinical Nutrition*, 79 (Suppl.), p. 913S à 920S.
8. Tremblay M.S., S.N. Bryan, C.E. Pérez, C.I. Ardern et P.T. Katzmarzyk. 2006. « Physical activity and immigrant status: evidence from the Canadian Community Health Survey », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, n° 4, p. 277 à 282.
9. Bryan S.N., M.S. Tremblay, C.E. Pérez, C.I. Ardern et P.T. Katzmarzyk. 2006. « Physical activity and ethnicity: evidence from the Canadian Community Health Survey », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, n° 4, p. 271 à 276.
10. Gordon–Larsen P., M.C. Nelson et B.M. Popkin. 2004. « Longitudinal Physical Activity and Sedentary Behavior Trends Adolescence to Adulthood », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 27, n° 4, p. 277 à 283.
11. Brown W.J. et S.G. Trost. 2003. « Life transitions and changing physical activity patterns in young women », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 25, n° 2, p. 140 à 143.

## **Autres études**

Chen J. et W.J. Millar. 2001. « Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 12, n° 4, p. 25 à 34.

Chen J. et W.J. Millar. 2001. « Commencer et continuer à faire de l'exercice », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 12, n° 4, p. 35 à 47.

Connor Gorber C., M. Shields, M.S. Tremblay et I. McDowell. 2008. « La possibilité d'établir des facteurs de correction applicables aux estimations autodéclarées de l'obésité », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 3, p. 75 à 87.

Guèvremont T. A., L. Findlay et D. Kohen. 2008. « Activités parascolaires organisées des enfants et des jeunes au Canada », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 3, p. 69 à 74.

Pérez C.E. 2003. « Les enfants qui deviennent actifs », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 14, supplément, p. 19 à 32.

Pérez C.E. 1999. « Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 11, n° 3, p. 93 à 101.

Statistique Canada. 2001. « La santé : à prendre ou à laisser! », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 12, n° 3, p. 11 à 21.

Sithole F. et P.J. Veugelers. 2008. « L'activité des enfants – Déclarations des parents et des enfants », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 3, p. 19 à 25.



## Consommation de fruits et de légumes

---

Afin de déterminer si la consommation de fruits et de légumes est adéquate, on se fonde sur le pourcentage de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir consommé des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour. Cette variable donne la fréquence de la consommation, mais non la quantité consommée. Donc, elle ne se traduit pas en nombre de portions par jour.

Des preuves laissent entendre que cet indicateur de la santé est une mesure indirecte raisonnable des bonnes habitudes alimentaires<sup>1</sup>.

### Importance de l'indicateur

Un régime riche en fruits et en légumes peut contribuer à prévenir les maladies cardiovasculaires, certains types de cancer et l'obésité<sup>2,3,4,5</sup>.

### Contexte

Les femmes consomment des fruits et des légumes plus fréquemment que les hommes, mais ceux chez lesquels on a diagnostiqué un cancer, une maladie cardiaque, de l'hypertension ou du diabète ont tendance à consommer ces aliments plus fréquemment que ceux n'ayant pas ces maladies<sup>6</sup>.

La consommation peu fréquente de fruits et de légumes est associée à d'autres comportements posant un risque pour la santé, à

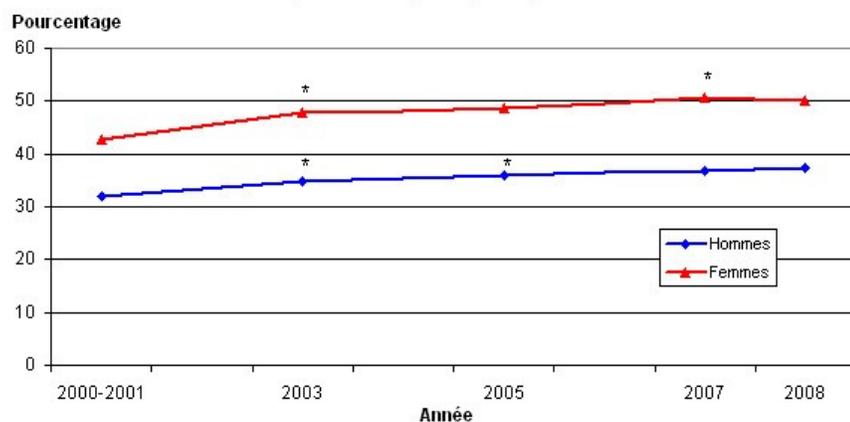
savoir l'inactivité physique, le tabagisme, l'obésité et la dépendance à l'alcool<sup>6</sup>.

Selon les données de l'Enquête sur la nutrition réalisée en 2004, 7 enfants âgés de 4 à 8 ans sur 10 consommaient moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour. Dans le groupe des 9 à 13 ans, 62 % des filles et 68 % des garçons n'atteignaient pas ce niveau. La consommation de fruits et de légumes était un peu plus élevée chez les adultes, mais environ la moitié d'entre eux ne consommaient pas les cinq portions recommandées<sup>7</sup>.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes qui ont déclaré avoir consommé des fruits et des légumes cinq fois ou plus par jour, selon le sexe, population de 12 ans et plus, Canada, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ( $p < 0,05$ )

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

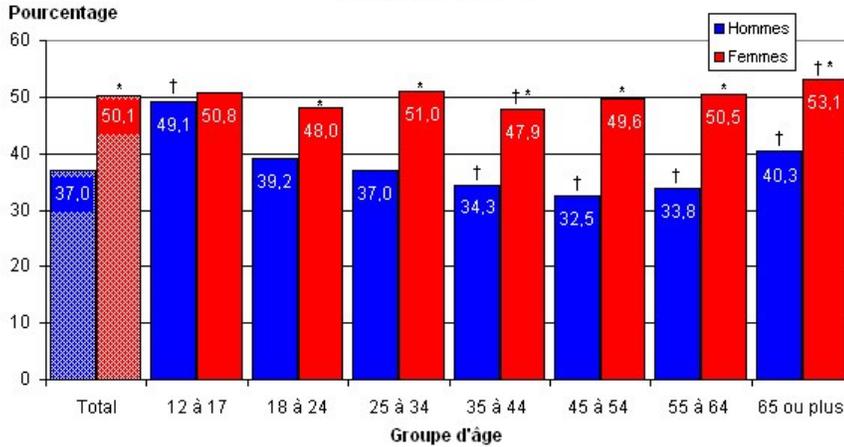
**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008.

- Les Canadiens sont de plus en plus susceptibles de consommer des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour.
- Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de consommer des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

### Groupe d'âge et sexe

**Pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir consommé des fruits et des légumes cinq fois ou plus par jour, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

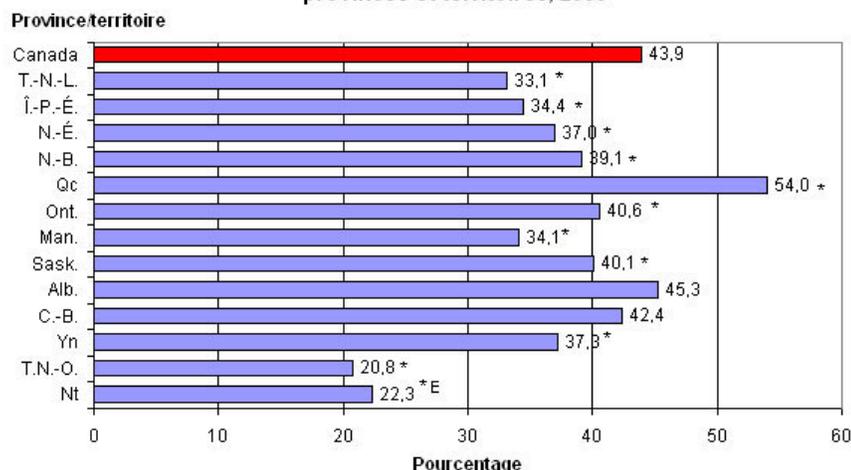
† valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe ( $p < 0,05$ )

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, 50,1 % des Canadiennes (6,8 millions) et 37,0 % des Canadiens (4,8 millions) ont déclaré consommer des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour.
- Chez tous les groupes d'âge, sauf celui des 12 à 17 ans (pour lequel il n'y avait aucune différence significative), les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer qu'elles consommaient des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour.
- Chez les hommes, la consommation de fruits et de légumes déclarée par les garçons âgés de 12 à 17 ans (49,1 %) et par les hommes âgés (40,3 %) était plus élevée que la moyenne observée pour l'ensemble de la population canadienne masculine (37,0 %). Par contre, les hommes âgés de 35 à 64 ans étaient moins susceptibles que l'ensemble de la population canadienne masculine de déclarer consommer des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour.
- La fréquence de la consommation de fruits et de légumes chez les femmes demeurait relativement constante, autour de 50 %, dans la plupart des groupes d'âge.

**Province**

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes qui ont déclaré avoir consommé des fruits et des légumes cinq fois ou plus par jour, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ( $p < 0,05$ )

E interpréter avec prudence (coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %)

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- Le pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant consommer des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour variait considérablement d'une région à l'autre du pays.
- Le Québec est la seule province ou territoire où le pourcentage de la consommation fréquente de fruits et de légumes était significativement supérieure au pourcentage pour le Canada dans son ensemble.
- Les pourcentages des résidents déclarant consommer fréquemment des fruits et des légumes au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon étaient plus faibles que celui enregistré pour l'ensemble du Canada. Cet écart pourrait s'expliquer par des différences de régime alimentaire d'origine culturelle ou par la disponibilité et le coût des fruits et des légumes dans les régions plus éloignées.
- La fréquence de la consommation de fruits et de légumes était inférieure à la moyenne nationale à Terre-Neuve-et-Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba et en Saskatchewan.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Bibliographie

- Garriguet D. 2009. « La qualité de l'alimentation au Canada », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 20, n° 3, p. 43 à 55.
- Block G., B. Patterson et A. Subar. 1992. « Fruit, vegetables, and cancer prevention: a review of the epidemiological evidence, Nutrition and Cancer, vol. 18, n° 1, p. 1 à 29.
- Steinmetz K.A. et J.D. Potter. 1996. « Vegetables, fruit, and cancer prevention: a review », Journal of American Dietetic Association, vol. 96, n° 10, p. 1027 à 1039.
- Ness A.R. et J.W. Powles. 1997. « Fruit and vegetables, and cardiovascular disease: a review », International Journal of Epidemiology, vol. 26, n° 1, p. 1 à 13.
- Organisation mondiale de la Santé. 2009. Fruit, vegetables and NCD prevention.
- Pérez C.E. 2002. « Consommation de fruits et de légumes », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 13, n° 3, p. 25 à 34.
- Garriguet D. 2007. « Les habitudes alimentaires des Canadiens », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 18, n° 2, p. 17 à 33

## Autres études

Diététistes du Canada. 2007. région de la Colombie–Britannique, Community Nutritionists Council of BC., The Cost of Eating in BC.

Diététistes du Canada. 2008. région de l'Alberta et des territoires, Alberta Community/Public Health Nutritionists Food Security Subcommittee, The Cost of Eating in Alberta.

Garriguet D. 2008. « L'obésité et les habitudes alimentaires de la population autochtone », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 1, p. 21 à 37.

Statistique Canada. 2006. « Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », Vue d'ensemble des habitudes alimentaires des Canadiens, 2004, produit n° 82-620 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario.



## Environnement

---

La santé n'est pas simplement déterminée par l'âge, l'hérédité et les comportements ayant une incidence sur la santé; elle est influencée par les environnements physique et social. L'environnement physique comprend les dangers biologiques, chimiques et physiques présents dans l'air, l'eau, le sol et les aliments. L'exposition à ces dangers peut se produire dans des lieux géographiques particuliers ou dans des endroits tels que le domicile, le lieu de travail, l'école et la collectivité dans son ensemble<sup>1</sup>. L'environnement social englobe les aspects sociaux, culturels et économiques de nos vies. Il comprend les institutions et les organisations, ainsi que les façons dont ils interagissent avec les individus et la collectivité<sup>2-3,4</sup>. Donc, tout, du régime politique (macrodéterminants de la santé) à la famille et au groupe social (mésodéterminants) fait partie de l'environnement social<sup>1</sup>. Ces macrofacteurs et mésofacteurs interagissent avec les individus (niveau micro) par la voie des comportements et des processus biologiques<sup>1</sup>.

Les indicateurs qui suivent ont été choisis pour représenter les aspects des milieux physique et social dont les effets peuvent être ressentis directement par les individus, par exemple par l'exposition directe à des toxines, ou indirectement, par exemple, par l'accès aux ressources.

Le logement est un besoin humain essentiel et les questions qui y ont trait sont importantes pour les communautés. Dans le Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008, le Dr David Butler-Jones discute des conséquences néfastes pour la santé d'un milieu familial inadéquat, allant de l'effet direct d'une mauvaise ventilation et de l'exposition à des toxines, aux facteurs de risque de type comportemental associés à l'absence de domicile fixe<sup>5</sup>. Selon ce rapport, 13,7 % des Canadiens n'ont pas accès à un logement acceptable. Dans le présent rapport, l'indicateur d'abordabilité du logement est défini comme la proportion de personnes qui dépensent une part excessive du revenu total de leur ménage pour se loger, si bien qu'ils ne disposent pas de ressources adéquates pour se nourrir et pour d'autres nécessités favorisant un bon état de santé.

L'emploi est associé positivement à la santé. En plus d'accroître la capacité d'avoir les moyens de se loger et de se procurer l'essentiel, l'emploi est relié à des bienfaits psychosociaux<sup>6,7</sup>. En outre, l'emploi contribue à l'établissement d'une assiette fiscale qui, à

son tour, permet d'offrir des services communautaires. Donc, les particuliers et la collectivité dans son ensemble tirent des avantages d'une population occupée. Par ailleurs, le chômage de longue durée représente une menace pour la santé. Par conséquent, le pourcentage de membres de la collectivité qui restent chômeurs pendant un an ou plus signale l'existence d'un groupe de personnes qui sont vraisemblablement sous l'emprise du stress et représente une autre mesure de la santé de l'environnement social.

Le niveau de scolarité, qui est étroitement lié à l'emploi, est également associé positivement à la santé. Une population instruite représente une ressource communautaire et une autre mesure de l'environnement social. Le pourcentage de jeunes qui ont au moins terminé leurs études secondaires est présenté comme un indicateur de la santé de l'environnement social.

Un environnement sain peut aussi être défini comme un environnement dans lequel les membres de la collectivité s'épanouissent physiquement, mentalement et socialement. Une mesure subjective utilisée fréquemment pour évaluer les collectivités est le sentiment d'appartenance à la communauté. Les Canadiens qui ont un sentiment de connexion avec leur collectivité ont plus de chance de faire une déclaration positive concernant leur santé, y compris la santé mentale<sup>8,9</sup>.

La fumée secondaire est un polluant environnemental qui a une incidence directe sur la santé par la voie de l'exposition à la maison, dans les lieux publics et dans les véhicules. L'exposition à la fumée secondaire a été associée à des problèmes de santé tels que le cancer du poumon, l'asthme et la bronchite, ainsi qu'au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) <sup>10,11</sup>. Le présent rapport donne le pourcentage de non-fumeurs qui sont exposés quotidiennement, ou presque quotidiennement, à la maison, dans les véhicules privés et dans les lieux publics. Le suivi de l'indicateur d'exposition à la fumée secondaire au cours du temps donne une idée de l'efficacité des interdictions de fumer dans les lieux publics et privés<sup>12</sup>.

Ces attributs des environnements physiques et sociaux au Canada varient au cours du temps et selon la province ou le territoire. Les constatations favorables comprennent le fait que la majorité des Canadiens disent avoir un fort sentiment d'appartenance à leur communauté, l'accroissement de la proportion de jeunes titulaires d'un diplôme d'études secondaires et la diminution de l'exposition à la fumée secondaire. Cependant, près d'un ménage sur quatre dépensait plus de 30 % de son revenu pour se loger en 2006 et il est évident que les locataires étaient nettement plus susceptibles que les propriétaires de faire face à des problèmes d'abordabilité du logement. Le taux de chômage de longue durée est demeuré relativement stable, mais il était élevé dans certaines régions, particulièrement les territoires et les provinces atlantiques. Pourtant, les habitants de ces mêmes régions sont plus susceptibles que les autres de mentionner un fort sentiment d'appartenance à la communauté. Des proportions relativement élevées de résidents de l'Ontario et de la Colombie-Britannique éprouvaient des problèmes d'abordabilité du logement, mais les proportions de diplômés du secondaire dans les populations de ces provinces étaient également assez fortes. Ces exemples illustrent certaines des variations à travers le Canada; aucun endroit particulier ne peut être désigné comme étant le lieu de vie « le plus sain ».

Malgré des différences provinciales et territoriales, l'intensité du sentiment d'appartenance à la communauté était la même chez les hommes et les femmes, mais les Canadiens jeunes et âgés étaient plus susceptibles de déclarer un fort sentiment d'appartenance à la communauté que les personnes d'âge moyen. Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes, et les enfants et les jeunes, plus susceptibles que les adultes d'être exposés à la fumée secondaire.

La surveillance des indicateurs de l'environnement physique et social dans lequel vivent et travaillent les Canadiens est importante si l'on veut comprendre l'évolution de la santé de la population. Elle facilite aussi l'évaluation de l'incidence qu'ont sur la santé les politiques destinées à améliorer les conditions sociales et économiques. Se pencher sur les problèmes concernant le logement, la scolarité et l'emploi, ainsi que l'exposition aux toxines, telles que la fumée secondaire, et s'efforcer de renforcer le sentiment d'appartenance à la collectivité est une approche d'« intervention en amont » qui aide à prévenir la maladie et à promouvoir la santé.

Pour les plus récentes données de la santé pour votre région, visiter le site Web Profil de la santé

---

## Bibliographie

1. Young T.K. 2005. Population Health : Concepts and Methods, New York, Oxford University Press.
2. Santé-EU, Le portail de la santé publique de l'Union européenne, Environnement social.
3. Organisation mondiale de la santé, Milieu social.
4. Patrick D.L. et T.M. Wickizer. 1995. « Community and health », Society and Health, publié sous la direction de B.C. Amick III, S. Levine, A.R. Tarlov et D. Chapman Walsh, New York, Oxford University Press, p. 46 à 92.

5. Butler–Jones D. L'administrateur en chef de la santé publique : Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités.
6. Mathers C.D. et D.J. Shofield. 1998. « The health consequences of unemployment: the evidence », Medical Journal of Australia, n° 168, p. 178 à 182.
7. Ross C.E. et J. Mirowsky. 1995. « Does employment affect health? », Journal of Health and Social Behavior, vol. 36, n° 3, p. 230 à 243.
8. Shields M. 2005. Appartenance à la communauté et perception de l'état de santé : Premiers résultats de l'ESCC, janvier à juin 2005, produit n° 82-621 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario.
9. Shields M. 2008. « Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 2, p. 57 à 67.
10. Vozoris N. et M.D. Loughheed. 2008. « Second–hand smoke exposure in Canada: prevalence, risk factors, and association with respiratory and cardiovascular diseases », Revue canadienne de pneumologie, vol. 15, n° 5, p. 263 à 269.
11. Klonoff–Cohen H.S., S.L. Edelstein, E.S. Lefkowitz et coll. 1995. « The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome », Journal of the American Medical Association, vol. 273, n° 10, p. 795 à 798.
12. Shields M. 2007. « Usage du tabac : prévalence, interdictions et exposition à la fumée secondaire », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 18, n° 3, p. 71 à 92.



# Abordabilité du logement

---

Par définition, on considère que les ménages qui doivent dépenser 30 % ou plus de leur revenu total pour se loger ont un problème d'« abordabilité du logement ». Les dépenses de logement incluent les paiements pour l'électricité, le mazout, le gaz, le charbon, le bois ou d'autres combustibles, l'eau et d'autres services municipaux, ainsi que les versements hypothécaires mensuels, les impôts fonciers, les charges de copropriété et le loyer. Les logements de bande sur les réserves indiennes n'ont pas été inclus dans le calcul de l'abordabilité du logement.

## Importance de l'indicateur

Les personnes qui n'ont pas accès à un logement acceptable sont plus susceptibles que celles ayant un logement adéquat d'éprouver des problèmes de santé physique et mentale<sup>1</sup>. Un « logement acceptable » est abordable, ne requiert pas de réparations importantes et n'est pas surpeuplé. Le critère d'abordabilité est celui qui pose le plus fréquemment des problèmes. L'indicateur d'« abordabilité du logement » permet d'identifier un segment de la population qui éprouve des difficultés financières et qui, étant donné le coût du logement, souffre les conséquences de ne pas avoir suffisamment d'argent disponible pour répondre aux besoins essentiels, tels que se nourrir, se vêtir et se déplacer. Il s'agit d'une mesure relative qui reflète l'équilibre entre le revenu, les conditions de logement et le coût du logement.

## Contexte

Le montant payé par les familles pour se loger reflète non seulement la taille et la qualité de leur logement, mais aussi le type de quartier et l'accès aux écoles, aux emplois et aux ressources communautaires<sup>2</sup>.

Les problèmes d'abordabilité du logement ne sont pas répartis uniformément au sein de la population<sup>3,4</sup>.

En 2001, 18 % des personnes âgées avaient des problèmes d'abordabilité du logement<sup>3</sup>. Celles ayant un faible revenu y étaient particulièrement vulnérables; de 1981 à 2001, la prévalence des problèmes d'abordabilité du logement est passée de 45 % à 52 % chez ce groupe<sup>3</sup>.

Les personnes âgées qui vivent seules sont plus susceptibles d'avoir des problèmes d'abordabilité du logement, tout comme celles qui sont locataires, celles qui résident dans les grandes villes, les femmes et les personnes très âgées (85 ans et plus)<sup>3</sup>.

Les problèmes d'abordabilité du logement touchent de façon disproportionnée les nouveaux immigrants, en grande partie en raison des coûts élevés du logement à Toronto et à Vancouver, où nombre de ces nouveaux immigrants s'établissent initialement<sup>3</sup>.

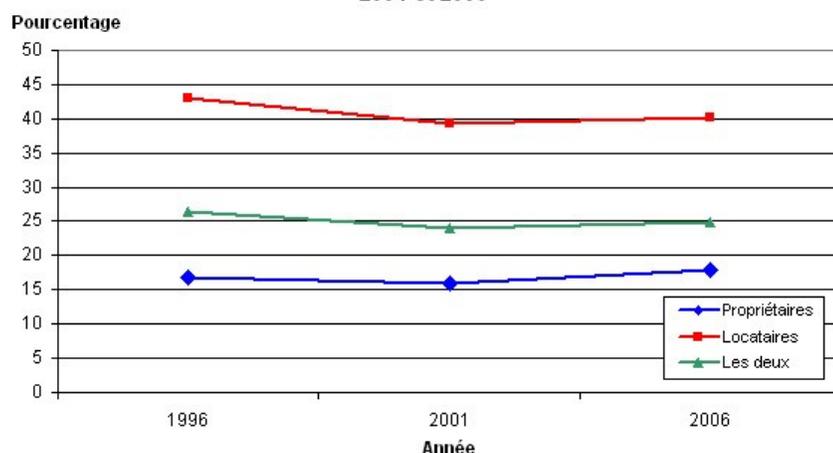
La prévalence des problèmes d'abordabilité du logement est relativement élevée chez les personnes qui vivent seules, les femmes qui sont chefs d'une famille monoparentale et les personnes qui ont vécu récemment des changements familiaux (mariage, divorce ou arrivée d'un enfant, par exemple)<sup>4</sup>.

De 2002 à 2004, les personnes ayant une incapacité étaient plus susceptibles que les autres d'avoir des problèmes d'abordabilité du logement<sup>4</sup>.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle

**Pourcentage de propriétaires et de locataires dépensant au moins 30 % du revenu du ménage pour se loger, Canada, 1996, 2001 et 2006**

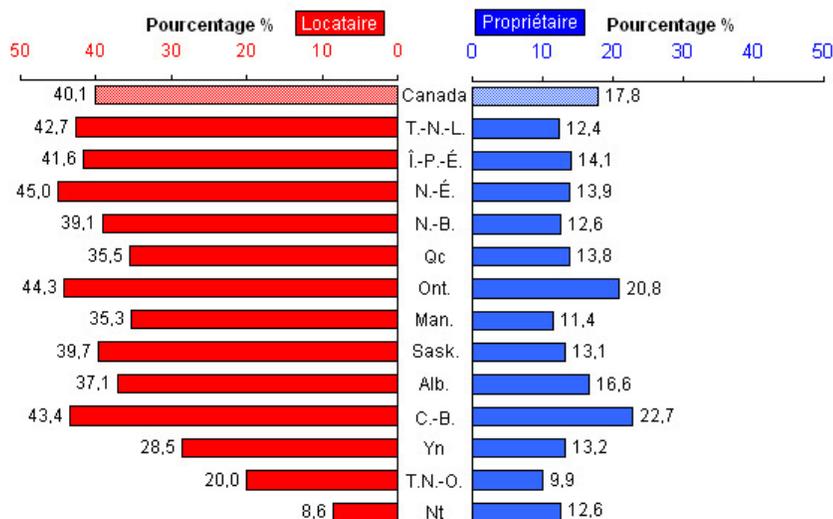


Source : Recensement 1996, 2001 et 2006.

- En 2006, 68 % des 12,2 millions de logements privés occupés au Canada étaient habités par leur propriétaire (8,4 millions); les 32 % restants (3,9 millions) étaient loués<sup>5</sup>.
- Un ménage canadien sur quatre (plus de 3 millions) dépense au moins 30 % de son revenu pour se loger.
- La proportion de ménages canadiens se trouvant dans ces circonstances est demeurée relativement stable depuis 1996.
- En 2006, 40 % des locataires, mais 18 % des propriétaires avaient un problème d'abordabilité du logement.

## Province

**Pourcentage des locataires et des propriétaires dépensant au moins 30 % de leur revenu pour se loger, Canada, provinces et territoires, 2006**



Source : Recensement 2006.

- Plus d'un propriétaire sur cinq vivant en Ontario et en Colombie–Britannique avaient des problèmes d'abordabilité du logement.
- Dans chaque province, les dépenses de logement étaient élevées pour plus du tiers des ménages locataires, les pourcentages étaient particulièrement élevés en Nouvelle–Écosse (45 %), en Ontario (44 %) et en Colombie–Britannique (43 %).

## Bibliographie

1. Butler-Jones D. L'administrateur en chef de la santé publique : Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008.
2. Luffman J. 2006. « Mesurer l'abordabilité du logement », L'emploi et le revenu en perspective, produit n° 75-001 au catalogue de Statistique Canada, vol. 7, n° 11, (novembre), p. 17 à 27.
3. Clark W. 2005. « Combien d'argent les personnes âgées consacrent-elles au logement? », Tendances sociales canadiennes, produit n° 11-008 au catalogue de Statistique Canada, n° 78 (automne).
4. Rea W., J. Yuen, J. Engeland et R. Figueroa. 2008. « La dynamique de l'abordabilité du logement », L'emploi et le revenu en perspective, produit n° 75-001 au catalogue de Statistique Canada, vol. 9, n° 1 (janvier), p. 17 à 30.
5. Statistique Canada. Profil d'indicateurs du recensement, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de décembre 2007) et groupes de régions homologues, aux 5 ans (tableau CANSIM).



## Chômage de longue durée

---

Le « chômage de longue durée » est défini comme la proportion de la population active de 15 ans et plus qui n'a eu d'emploi à aucun moment durant l'année courante ou l'année précédente (par exemple, les années 2005 et 2006 pour le Recensement de 2006). La population active comprend les personnes qui sont présentement employées et celles qui sont sans emploi, mais qui étaient capables de travailler durant la période de référence et qui avaient cherché du travail au cours des quatre dernières semaines.

### Importance de l'indicateur

Le chômage est un facteur de risque pour les maladies physique et mentale ainsi que pour la mortalité. Les processus qui relient le chômage au mauvais état de santé comprennent le stress financier, la perte d'estime de soi, le statut social et les relations interpersonnelles, ainsi que l'accroissement des comportements posant un risque pour la santé<sup>1,2</sup>.

### Contexte

Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de connaître un chômage « de longue durée »<sup>3</sup>.

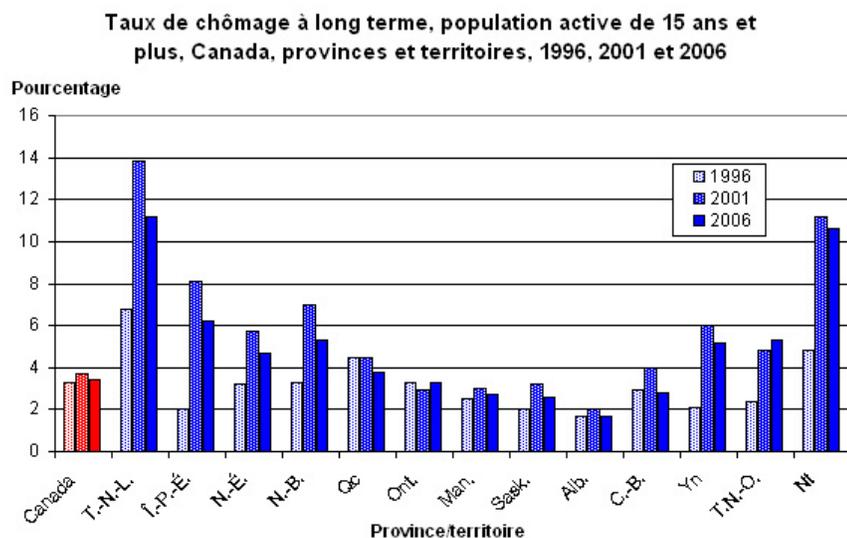
D'autres groupes susceptibles d'être en chômage de longue durée étaient les travailleurs âgés et ceux ayant un faible niveau de scolarité<sup>3</sup>. Le chômage prolongé parmi les travailleurs âgés a été attribué à la discrimination en fonction de l'âge, ainsi qu'à une préférence pour la formation des travailleurs plus jeunes dans l'attente d'un plus long rendement de l'investissement<sup>4</sup>.

La prévalence du chômage de longue durée était relativement élevée chez les nouveaux immigrants, peut-être en raison du manque de reconnaissance de leurs titres de compétence étrangers, de leur manque d'expérience du marché du travail canadien et de leur maîtrise insuffisante de l'anglais ou du français<sup>4</sup>.

À mesure qu'augmentait la durée du chômage, les travailleurs éventuels étaient moins susceptibles de communiquer directement avec les employeurs et plus susceptibles de chercher du travail en lisant les annonces d'emploi<sup>5</sup>.

## Faits saillants et graphique

### Tendance temporelle



Sources : Recensement 1996, 2001, 2006.

- De 1996 à 2006, le taux de chômage de longue durée a fluctué entre 3 % et 4 %.
- Le taux de chômage de longue durée était généralement plus élevé dans les provinces atlantiques et les territoires : en 2001, le taux était de 14 % à Terre-Neuve-et-Labrador et de 11 % au Nunavut.
- De 2001 à 2006, le taux de chômage de longue durée s'est stabilisé ou a diminué dans la plupart des provinces et des territoires.
- Au Québec, en Ontario, dans les provinces des Prairies et en Colombie-Britannique, le taux de chômage de longue durée est demeuré relativement faible, autour de 4 % ou moins, tout au long de la période.

## Bibliographie

1. Bartley M., J. Ferrie et S.M. Montgomery. 2000. « Living in a high-unemployment economy: understanding the health consequences », dans M. Marmot et R.G. Wilkinson, édés., *Social Determinants of Health*, New York, Oxford University Press.
2. Harvey Brenner M. 1995. « Political economy and health », dans B.C. Amick III, S. Levine, A.R. Tarlov et D. Chapman Walsh, édés., *Society and Health*, New York, Oxford University Press.
3. Dubé V. 2004. « Les mal-aimés du marché du travail », *L'emploi et le revenu en perspective*, produit n° 75-001 au catalogue de Statistique Canada, vol. 5, n° 4 (avril), p. 5 à 11.
4. Dubé V. et C. Dionne. 2005. « Toujours à la recherche d'un emploi », *L'emploi et le revenu en perspective*, produit n° 75-001 au catalogue de Statistique Canada, vol. 6, n° 5 (mai), p. 10 à 15.
5. Grenon L. 1998. « À la recherche d'un emploi », *L'emploi et le revenu en perspective*, produit n° 75-001 au catalogue de Statistique Canada, vol. 10, n° 3 (automne), p. 23 à 27.



# Titulaires d'un diplôme d'études secondaires

---

L'obtention du diplôme d'études secondaires représente la population âgée de 25 à 29 ans qui a obtenu un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent.

## Importance de l'indicateur

Sur le plan individuel, l'obtention du diplôme d'études secondaires est une mesure du niveau de scolarité et du statut socioéconomique. Collectivement, le pourcentage de la population possédant un diplôme d'études secondaires peut être une mesure indirecte des conditions qui facilitent la poursuite d'études ou qui nuisent à celles-ci.

## Contexte

Il existe une forte relation entre le niveau de scolarité des parents et celui de leurs enfants. Les parents qui ont décroché au secondaire étaient plus susceptibles d'avoir des enfants qui en ont fait de même que ceux qui ont obtenu le diplôme. Les facteurs qui entrent en jeu comprennent les attentes des parents, l'imitation de modèles et la capacité de naviguer dans le système d'enseignement<sup>1,2</sup>.

Le nombre de frères et sœurs est un facteur que l'on a associé au niveau de scolarité, peut-être parce que les ressources familiales sont plus disséminées dans un ménage comptant beaucoup d'enfants, si bien que chaque enfant est moins susceptible d'avoir les

ressources nécessaires pour poursuivre des études<sup>1,2</sup>.

Alors que travailler un nombre modéré d'heures tout en fréquentant l'école est bénéfique, le fait de travailler plus de 20 heures par semaine est associé au décrochage<sup>1,3</sup>. Ce nombre d'heures de travail peut témoigner de priorités personnelles ou d'un besoin économique. Quoi qu'il en soit, il empêche vraisemblablement l'étudiant de faire ses devoirs.

Les élèves du secondaire ayant peu d'amis projetant d'entreprendre des études postsecondaires étaient moins susceptibles de poursuivre eux-mêmes leurs études<sup>2</sup>.

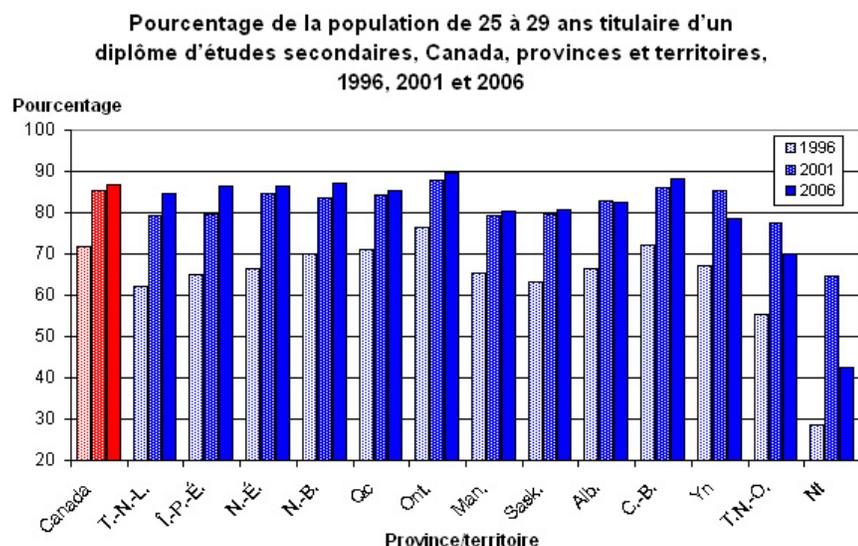
Le fait d'assumer des responsabilités familiales à un âge précoce, par exemple en ayant un enfant ou en formant une relation conjugale, est associé à un plus faible niveau de scolarité<sup>1,2</sup>.

Les personnes ne vivant pas dans une famille intacte (famille biparentale, non reconstituée) étaient moins susceptibles que les autres de terminer leurs études secondaires<sup>1</sup>.

Être de sexe masculin et d'origine autochtone était associé à l'abandon des études secondaires<sup>2</sup>.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle



Source : Recensement 1996, 2001 et 2006.

- En 2006, 87 % des personnes âgées de 25 à 29 ans possédaient un diplôme d'études secondaires, en hausse comparativement aux 72 % enregistrés 10 ans plus tôt.
- De 1996 à 2006, le pourcentage de diplômés du secondaire a augmenté dans toutes les provinces et tous les territoires.
- Au cours de la période de dix ans, l'Ontario et la Colombie-Britannique affichaient systématiquement la proportion élevée de diplômés chez les personnes de 25 à 29 ans.
- Le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest comptaient les pourcentages les plus faibles de titulaires d'un diplôme d'études secondaires parmi le groupe des 25 à 29 ans. Ces faibles pourcentages pourraient refléter, en partie, la migration interprovinciale/territoriale des personnes possédant un diplôme d'études secondaires ou de niveau plus élevé.

## Bibliographie

1. Hango D. et P. de Broucker. 2007. Cheminements des jeunes Canadiens des études au marché du travail : résultats de l'Enquête auprès des jeunes en transition, produit n° 81-595 au catalogue de Statistique Canada, n° 054 (novembre).
2. Tomkowicz J. et T. Bushnik. 2003. Qui poursuit des études postsecondaires et à quel moment : parcours choisis par les jeunes de 20 ans, produit n° 81-595 au catalogue de Statistique Canada, n° 006 (juillet).
3. Bushnik T. 2003. Étudier, travailler et décrocher : Relation entre le travail pendant les études secondaires et le décrochage scolaire, produit n° 81-595 au catalogue de Statistique Canada, n° 004 (mai).

### **Autres études**

Statistique Canada. 2008. Portrait de la scolarité au Canada, Recensement de 2006, produit n°97-560 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario.



# Appartenance à la communauté

---

Afin de mesurer le sentiment d'appartenance à la communauté, on a demandé aux participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est : très fort? plutôt fort? plutôt faible? très faible? ».

## Importance de l'indicateur

Des travaux de recherche ont permis d'établir des liens entre les réseaux sociaux et les résultats en matière de santé<sup>1</sup>. L'isolement social a tendance à nuire à la santé, tandis que l'engagement et l'attachement social sont associés à des résultats favorables en matière de santé. Le « sentiment d'appartenance à la communauté » exprime l'attachement social des individus et reflète l'engagement social et la participation au sein des collectivités. Ce type d'indicateur soutient une approche d'« intervention en amont » en vue de prévenir la maladie et de promouvoir la santé.

## Contexte

Les travaux de recherche montrent que le sentiment d'appartenance à la communauté est fortement corrélé à l'état de santé physique et mental, même si l'on tient compte de l'effet de l'âge, du statut socioéconomique et d'autres facteurs<sup>2,3</sup>. Toutefois, ces études étant transversales, elles ne permettent pas d'inférer les relations de cause à effet : alors que de faibles liens avec la communauté peuvent entraîner une mauvaise santé, la maladie peut aussi avoir une incidence négative sur le sentiment d'appartenance à la communauté.

Une bonne moitié des Canadiens déclarent systématiquement éprouver un sentiment plutôt fort ou très fort d'appartenance à leur communauté<sup>3</sup>.

Le pourcentage de Canadiens ayant ce sentiment a augmenté durant la décennie courante pour finalement se stabiliser autour de deux tiers<sup>3</sup>.

Les jeunes de 12 à 17 ans étaient les personnes les plus susceptibles de déclarer un fort sentiment d'appartenance à la communauté, tandis que les jeunes adultes de 18 à 29 ans étaient les moins susceptibles de le faire<sup>3</sup>.

Aux âges plus avancés, la probabilité de déclarer un fort sentiment d'appartenance à la communauté augmentait progressivement<sup>2,3</sup>. Selon certains, cet accroissement tient au fait que les personnes âgées ont plus de temps pour participer à la vie communautaire.

En 2003, les personnes âgées ayant un fort sentiment d'appartenance à la communauté avaient plus de chance d'être en bonne santé, même après avoir tenu compte de l'effet des facteurs sociodémographiques, des facteurs de risque comportementaux, des problèmes de santé chroniques et du stress<sup>4</sup>.

Les pourcentages relativement faibles de jeunes adultes déclarant un fort sentiment d'appartenance à la communauté ont été attribués aux demandes de l'éducation des enfants, qui peuvent interférer avec la participation des parents à la vie communautaire<sup>2</sup>. Cependant, contrairement à cette explication, en 2005, les personnes ayant des enfants de moins de 12 ans à la maison étaient plus susceptibles que celles n'ayant pas d'enfants de cet âge de déclarer un fort sentiment d'appartenance à la communauté<sup>3</sup>.

Les personnes ayant un sentiment très fort ou plutôt fort d'appartenance à la communauté ne sont pas réparties uniformément dans la population. Les habitants des régions rurales et les personnes dont le revenu du ménage est élevé sont plus susceptibles que les autres de faire état d'un sentiment plutôt fort ou très fort d'appartenance à la communauté<sup>2,3</sup>.

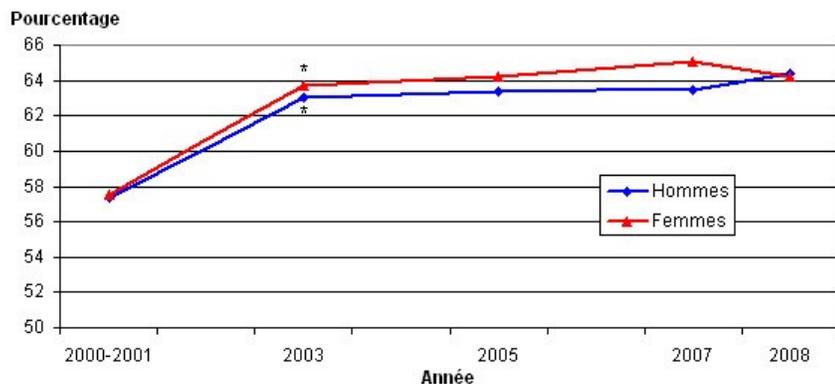
Entre 2000–2001 et 2005, la proportion de Canadiens ayant un fort sentiment d'appartenance à la communauté a augmenté dans la plupart des provinces, surtout au Nouveau-Brunswick, où le chiffre est passé de 62 % à 73 %<sup>3</sup>.

Durant la même période, la proportion a diminué au Nunavut (de 86 % à 83 %) et au Yukon (de 79 % à 71 %). Néanmoins, les estimations pour ces territoires étaient au départ parmi les plus élevées au Canada<sup>3</sup>.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant un fort ou un très fort sentiment d'appartenance à la communauté, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ( $p < 0,05$ )

Nota : Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

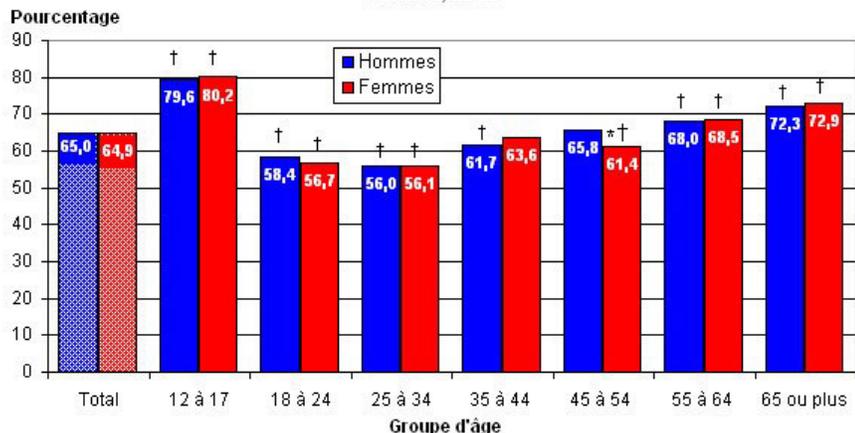
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2003, 2005, 2007 et 2008.

- Le pourcentage normalisé selon l'âge de Canadiens déclarant un sentiment très fort ou plutôt fort d'appartenance à la communauté est passé de 57,3 % en 2000-2001 à 63,0 % en 2003 pour les hommes et de 57,6 % à 67,3 % pour les femmes. Après 2003, le pourcentage s'est stabilisé autant chez les hommes et que chez les femmes.
- En 2007, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'éprouver un sentiment plutôt fort ou très fort d'appartenance à la communauté, tandis que les autres années, la différence était nulle.

Note : Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

**Groupe d'âge et sexe**

**Pourcentage de personnes déclarant un fort ou un très fort sentiment d'appartenance à la communauté, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

† valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe ( $p < 0,05$ )

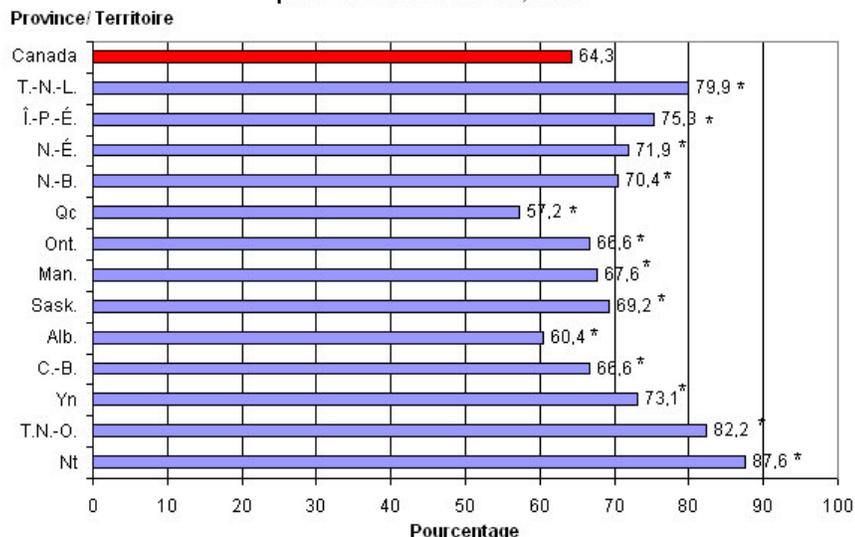
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, près des deux tiers des hommes (65,0 % , 8,7 million de personnes) et des femmes (64,9 % , 9,0 millions de personnes) au Canada ont dit éprouver un sentiment plutôt fort ou très fort d'appartenance à leur communauté.
- Dans la plupart des groupes d'âge, les hommes étaient tout aussi susceptibles que les femmes de déclarer un fort sentiment d'appartenance à la communauté. Seul le groupe des 45 à 54 ans faisait exception : dans ce groupe, les hommes étaient légèrement plus susceptibles que les femmes de faire cette déclaration.

- À partir de 55 ans, la probabilité de déclarer un fort sentiment d'appartenance à la communauté était supérieure aux chiffres observés pour l'ensemble des Canadiens. Il en est de même pour le groupe des 12 à 17 ans.
- En revanche, les hommes ainsi que les femmes âgés de 18 à 34 ans étaient moins susceptibles que l'ensemble de la population canadienne d'éprouver un fort sentiment d'appartenance à la communauté.

## Province

**Pourcentage normalisé selon l'âge de personnes déclarant un fort ou un très fort sentiment d'appartenance à la communauté, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ( $p < 0,05$ )

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

**Source:** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2008.

- En 2008, les résidents des territoires et des provinces atlantiques étaient plus susceptibles que l'ensemble des Canadiens de déclarer un fort sentiment d'appartenance à la communauté.
- En Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, la probabilité d'éprouver un fort sentiment d'appartenance à la communauté était un peu plus élevée que pour l'ensemble de la population canadienne.
- Le Québec et l'Alberta étaient les deux seules provinces où le sentiment d'appartenance à la communauté était inférieur à la moyenne nationale.

Note : Normalisation selon l'âge, par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Bibliographie

1. Berkman L.F., T. Glass, I. Brissette et T.E. Seeman. 2000. « From social integration to health: Durkheim in the new millennium », *Social Science and Medicine*, vol. 51, p. 843 à 857.
2. Ross N. 2002. « Appartenance à la collectivité et santé », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 13, n° 3, p. 35 à 42.
3. Shields M. 2008. « Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 19, n° 2, p. 57 à 67.
4. Shields M. et L. Martel. 2006. « Des aînés en bonne santé », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 16 (suppl.), p. 7 à 21.

## **Autres études**

Schellenberg G. 2004. « Les perceptions des Canadiens – un sentiment d'appartenance, de confiance mutuelle et de confiance à l'égard des institutions », Tendances sociales canadiennes, produit n° 11-008 au catalogue de Statistique Canada, n° 75 (hiver), p. 17 à 23.



## Fumée secondaire

---

Afin de mesurer l'exposition régulière à la fumée secondaire à la maison, on a demandé aux non-fumeurs :

- « En comptant les membres du ménage et les visiteurs réguliers, y a-t-il quelqu'un qui fume à l'intérieur de votre maison, chaque jour ou presque chaque jour? » (Oui/non).

Pour mesurer l'exposition régulière à la fumée secondaire dans les véhicules privés ou les lieux publics, on a demandé aux non-fumeurs :

- « Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé(e) à la fumée secondaire, chaque jour ou presque chaque jour, dans une automobile ou dans un autre véhicule privé? » (Oui/non).
- « Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé(e) à la fumée secondaire, chaque jour ou presque chaque jour, dans des lieux publics (tels que les bars, les restaurants, les centres commerciaux, les arénas, les salles de bingo, les salles de quilles)? » (Oui/non).

### Importance de l'indicateur

La fumée secondaire est un mélange de la fumée exhalée par les fumeurs et de la fumée libérée directement dans l'air par l'extrémité incandescente des cigarettes, des pipes et des cigares. L'exposition prolongée à la fumée secondaire accroît le risque de cancer du poumon, de maladie cardiaque, d'asthme, de bronchite, d'infection de l'oreille moyenne, de pneumonie et d'autres problèmes

respiratoires<sup>1,2,3,4</sup>.

La surveillance des tendances de l'exposition à la fumée secondaire aide à identifier la population de non-fumeurs dont la santé risque d'être compromise par l'exposition et à évaluer les politiques et les programmes destinés à éliminer cette exposition.

## Contexte

Ces dernières années, la prévalence de l'usage du tabac a diminué et les restrictions de l'usage du tabac au foyer ont augmenté<sup>5</sup>. Ces deux facteurs peuvent tous deux réduire l'exposition à la fumée secondaire à la maison.

Les enfants et les jeunes sont particulièrement sensibles aux effets néfastes de la fumée secondaire, mais sont les moins susceptibles de pouvoir exercer un contrôle sur leur exposition<sup>6</sup>.

Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'être exposés à la fumée secondaire<sup>7</sup>.

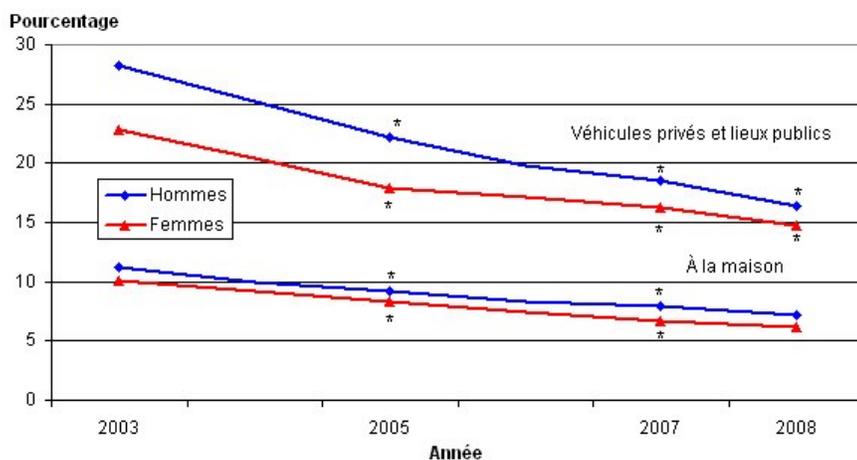
Les taux d'exposition à la fumée secondaire dans les lieux publics varient selon la province ou le territoire au cours du temps, reflétant des dates différentes d'entrée en vigueur de la loi interdisant l'usage du tabac dans les édifices publics<sup>5</sup>. Les variations de la prévalence courante de l'usage du tabac dans les diverses régions du pays peuvent aussi avoir une incidence sur la probabilité d'être exposé à la fumée secondaire.

Plusieurs provinces et territoires ont adopté une loi interdisant l'usage du tabac dans les automobiles quand des enfants sont présents.

## Faits saillants et graphiques

### Tendance temporelle

**Pourcentage normalisé selon l'âge de non fumeurs exposés régulièrement à la fumée secondaire, selon le sexe et l'endroit, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2003, 2005, 2007 et 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ( $p < 0,05$ )

**Nota :** Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991

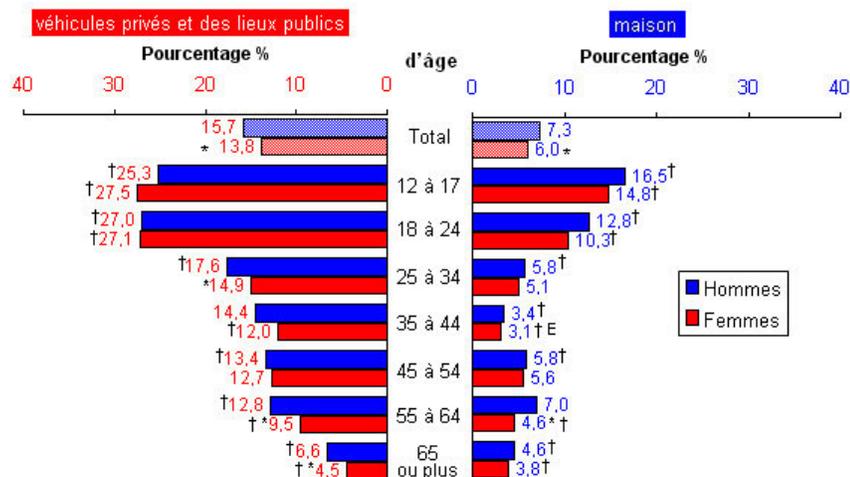
**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005, 2007 et 2008.

- Le pourcentage normalisé selon l'âge des Canadiens non-fumeurs exposés à la fumée secondaire dans des véhicules privés ou des lieux publics a diminué depuis 2003.
- L'exposition à la fumée secondaire à la maison a également diminué de 2003 à 2008.
- Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de déclarer être exposés régulièrement à la fumée secondaire à la maison, ainsi que dans les véhicules et les lieux publics.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Groupe d'âge et sexe

**Pourcentage de non-fumeurs exposés régulièrement à la fumée secondaire, selon le groupe d'âge, le sexe et l'endroit, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ( $p < 0,05$ )

† valeur significativement différente de l'estimation globale pour le même sexe ( $p < 0,05$ )

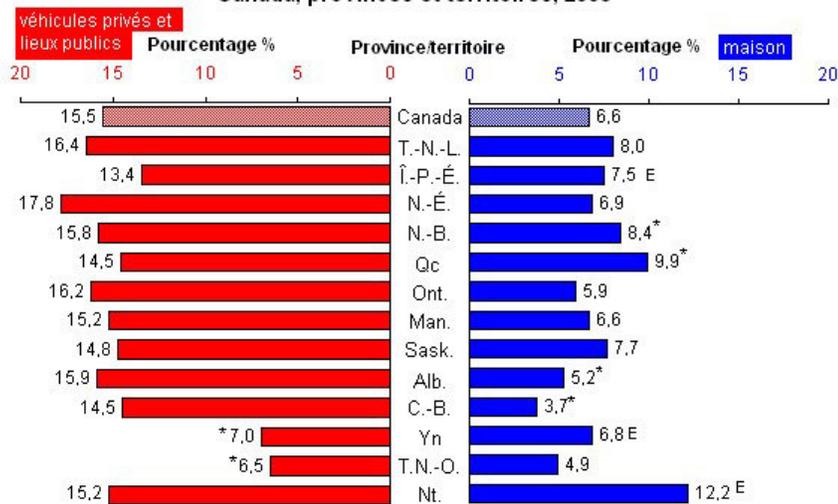
E interpréter avec prudence (coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, les non-fumeurs étaient nettement plus susceptibles d'être exposés à la fumée secondaire dans un véhicule privé ou un lieu public (15,7 % des hommes et 13,8 % des femmes) qu'à la maison (7,3 % des hommes et 6,0 % des femmes).
- L'âge est associé à l'exposition à la fumée secondaire. Les enfants et les jeunes sont plus susceptibles d'y être exposés que l'ensemble de la population canadienne.
- Malgré les baisses du pourcentage de personnes exposées à la fumée secondaire, on estime qu'en 2008, environ 3,2 millions de non-fumeurs y étaient exposés dans des véhicules privés ou des lieux publics et 1,5 million, à la maison.

## Province

**Pourcentage normalisé selon l'âge de non fumeurs exposés régulièrement à la fumée secondaire, selon l'endroit, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2008**



\* valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ( $p < 0,05$ )

E interpréter avec prudence (coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %)

Nota : Normalisation selon l'âge par méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

- En 2008, le pourcentage normalisé selon l'âge des personnes exposées à la fumée secondaire à la maison au Québec et au Nouveau-Brunswick était plus élevé que l'estimation pour l'ensemble du Canada.
- Les pourcentages de non-fumeurs déclarant être exposés à la fumée secondaire à la maison en Alberta et en Colombie-Britannique étaient plus faibles que l'estimation pour l'ensemble du Canada.
- Les pourcentages de non-fumeurs exposés régulièrement à la fumée secondaire dans des véhicules privés ou des lieux publics dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon étaient plus faibles que l'estimation pour l'ensemble du Canada.

**Note :** Normalisation selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la population canadienne de 1991.

## Bibliographie

1. U.S. Department of Health and Human Services. 1987. The health consequences of involuntary smoking: A report of the Surgeon General 1986 (publication du DHHS n° (CDC) 87-8398), Washington DC.
2. US Department of Health and Human Services. 1989. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress: A report of the Surgeon General (publication du DHHS n° (DCD) 89-8411), Atlanta (Georgia).
3. De Groh M. et H. Morrison. 2002. « La fumée de tabac ambiante et les décès attribuables aux cardiopathies ischémiques au Canada », Maladies chroniques au Canada, vol. 23, n° 1, p. 15 à 19.
4. Ugnut A.M., Y. Mao et A.B. Miller. 1990. « Effects of residential exposure to environmental tobacco smoke on Canadian children », Revue canadienne de santé publique, n° 81, p. 345 à 349.
5. Shields M. 2007. « Usage du tabac – Prévalence, interdictions et exposition à la fumée secondaire », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 18, n° 3, p. 53 à 72.
6. Santé Canada. 2006. Faites de votre maison et de votre voiture des environnements sans fumée : Un guide pour protéger votre famille contre la fumée secondaire, n° de catalogue H128-1/05-437-1F, Ottawa, Ontario.
7. Pérez C.E. 2004. « Exposition à la fumée secondaire – qui est à risque? », Rapports sur la santé, produit n° 82-003 au catalogue de Statistique Canada, vol. 16, n° 1, p. 9 à 18.