



N° 82-003-XIF au catalogue

Rapports sur la santé

Vol. 17, n° 4

- Population occupée : stress et dépression
- Insatisfaction au travail
- Soins à domicile



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : 613-951-1746).

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web à www.statcan.ca.

Service national de renseignements	1-800-263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
Renseignements concernant le Programme des services de dépôt	1-800-700-1033
Télécopieur pour le Programme des services de dépôt	1-800-889-9734
Renseignements par courriel	infostats@statcan.ca
Site Web	www.statcan.ca

Renseignements pour accéder ou commander le produit

Le produit n° 82-003-XIF au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.ca et de choisir la rubrique Publications.

Ce produit n° 82-003-XPf au catalogue est aussi disponible en version imprimée standard au prix de 22 \$CAN l'exemplaire et de 63 \$CAN pour un abonnement annuel.

Les frais de livraison supplémentaires suivants s'appliquent aux envois à l'extérieur du Canada :

	Exemplaire	Abonnement annuel
États-Unis	6 \$CAN	24 \$CAN
Autres pays	10 \$CAN	40 \$CAN

Les prix ne comprennent pas les taxes sur les ventes.

La version imprimée peut être commandée par

- Téléphone (Canada et États-Unis) 1-800-267-6677
- Télécopieur (Canada et États-Unis) 1-877-287-4369
- Courriel infostats@statcan.ca
- Poste
Statistique Canada
Division des finances
Immeuble R.-H.-Coats, 6^e étage
100, promenade Tunney's Pasture
Ottawa (Ontario) K1A 0T6
- En personne auprès des agents et librairies autorisés.

Lorsque vous signalez un changement d'adresse, veuillez nous fournir l'ancienne et la nouvelle adresse.

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. 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 dans le site www.statcan.ca sous À propos de nous > Offrir des services aux Canadiens.



Statistique Canada
Division de la statistique de la santé

Rapports sur la santé

Volume 17, numéro 4

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2006

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication électronique peut être reproduit en tout ou en partie, et par quelque moyen que ce soit, sans autre permission de Statistique Canada, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou " Adapté de ", s'il y a lieu) : Statistique Canada, année de publication, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire le contenu de la présente publication, ou de l'emmagasiner dans un système d'extraction, ou de le transmettre sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division des services à la clientèle, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

Octobre 2006

N° 82-003-XPF au catalogue, vol. 17, n° 4
ISSN 1492-7128

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 17, n° 4
ISSN 1209-1375

Périodicité : trimestrielle

Ottawa

Note de reconnaissance

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

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés uniformément 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
- P préliminaire
- r rectifié
- X confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
- E à utiliser avec prudence
- F trop peu fiable pour être publié

Le papier utilisé dans la présente publication répond aux exigences minimales de l'« American National Standard for Information Sciences » - « Permanence of Paper for Printed Library Materials », ANSI Z39.48 - 1984.



Au sujet de *Rapports sur la santé*

Rédactrice en chef
Christine Wright

Rédactrice principale
Mary Sue Devereaux

Rédactrice
Barbara Riggs

Rédactrice adjointe
Anne Marie Baxter

Supervision de la production
Nicole Leduc

Production et composition
Agnes Jones
Robert Pellarin

Vérification des données
Julia Gal

Administration
Céline Desfonds

Rédacteurs associés
Owen Adams
Arun Chockalingham
Elizabeth Lin
Nazeem Muhajarine
Yves Péron
Georgia Roberts
Geoff Rowe
Eugene Vayda

R*apports sur la santé* est une publication produite tous les trimestres par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Elle s'adresse à un large public, notamment les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants. Elle vise à fournir des données exhaustives, pertinentes et de grande qualité sur l'état de santé de la population et le système de soins de santé. Elle traite de divers sujets sous la forme d'analyses originales et opportunes des données sur la santé et de l'état civil. L'information provient habituellement de bases de données administratives ou d'enquêtes nationales, provinciales ou territoriales.

Rapports sur la santé comporte les volets suivants : « Travaux de recherche » et « Santé en bref ». Le volet « Travaux de recherche » présente des analyses approfondies soumises à un examen anonyme par des pairs. Le volet « Santé en bref » offre de courts articles essentiellement descriptifs qui reposent principalement sur des données d'enquêtes et sur des données administratives produites par la Division de la statistique de la santé. Les articles des deux volets sont répertoriés dans Index Medicus et MEDLINE.

On peut obtenir d'autres renseignements à propos des *Rapports sur la santé* en s'adressant à l'équipe de la rédaction, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, 2^e étage, pièce 2602, immeuble Principal, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-1765. Télécopieur : (613) 951-4436.

Revue par les pairs

Les personnes suivantes, spécialistes cliniques, méthodologistes et spécialistes de domaines particuliers, ont revu les articles du volume 16 de *Rapports sur la santé*. L'équipe de la rédaction les remercie de leurs précieux conseils et du temps qu'elles ont consacré à ce travail.

Laird Birmingham	Feng Hou	Catherine A. Okoro
Tracey Bushnik	Elizabeth Johnston	Norm Phillips
Margaret de Groh	Mark S. Kaplan	Elizabeth Rael
Alain Demers	Judith A. Leech	Margaret Russell
Ron Dewar	Elizabeth Majewski	Judy Snider
Ema Ferreira	Steve Manske	Susan Squires
Denyse Gautrin	Katherine Marshall	Stephen Stansfeld
Anne Germain	Chantal Martineau	Mark Tremblay
Maryse Guay	Jennifer McCrea	JianLi Wang
Jean-Pierre Grégoire	Henry Moller	

Version électronique

Rapports sur la santé est une publication offerte aussi sous forme électronique, fichiers PDF. On peut y accéder gratuitement à partir du site Web de Statistique Canada, à l'adresse www.statcan.ca. Choisissez « Français » à la page d'accueil, puis « Nos produits et services » à la page suivante. Choisissez ensuite « Parcourir nos publications gratuites offertes sur Internet (PDF ou HTML) »; vous trouverez *Rapports sur la santé*, n° 82-003-XIF au catalogue, à la rubrique « Santé ».

Recommandation concernant les citations

La publication *Rapports sur la santé* est inscrite au catalogue de Statistique Canada sous un numéro unique : 82-003. Dans le cas de la version française sur papier, le numéro est 82-003-XPF, et dans le cas de la version électronique française, 82-003-XIF. Ce numéro de catalogue permet de faciliter l'entreposage et la recherche de la publication en bibliothèque, que cela se fasse manuellement ou électroniquement. Ainsi, nous demandons que les auteurs qui citent un article de *Rapports sur la santé* dans d'autres documents publiés incluent le numéro au catalogue dans la citation.

Exemple :

G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, « Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différences selon le sexe », *Rapports sur la santé*, 9(1), 1997, p. 9-18 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Travaux de recherche

Le stress et la dépression au sein de la population occupée 11

Margot Shields

Un niveau élevé de stress quotidien et un faible soutien de la part des collègues sont associés à la dépression chez les travailleurs des deux sexes. De plus, la probabilité de souffrir de dépression augmente chez les hommes qui subissent de fortes tensions et contraintes au travail. Sur une période de deux ans, le risque de présenter un nouveau cas de dépression était élevé chez les hommes qui éprouvaient de fortes tensions et contraintes au travail et chez les femmes qui étaient soumises à un niveau élevé de stress personnel et qui ne bénéficiaient que d'un faible soutien de leurs collègues.

Santé en bref

L'insatisfaction au travail 35

Margot Shields

- *En 2002, près de 9 % des travailleurs canadiens se sont dits insatisfaits de leur travail.*
- *Les hommes et les femmes travaillant par quarts de soirée ou de nuit étaient plus susceptibles de se dire insatisfaits de leur travail que ceux ayant un horaire normal de travail de jour.*
- *Les hommes occupant un emploi à temps partiel étaient proportionnellement plus nombreux à être insatisfaits de leur travail que ceux ayant un horaire normal de travail; toutefois, les femmes travaillant à temps partiel étaient proportionnellement moins nombreuses à être insatisfaites de leur situation professionnelle que celles ayant un horaire normal de travail.*
- *Les travailleurs insatisfaits avaient tendance à prendre un plus grand nombre de journées d'incapacité que ceux se disant satisfaits au travail.*

.....

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement 41

Kathryn Wilkins

- *Le pourcentage de Canadiens bénéficiaires de soins à domicile subventionnés par le gouvernement n'a pratiquement pas évolué entre 1994-1995 et 2003 : à 2,7 % en 2003, celui-ci était en légère hausse par rapport au taux de 2,5 % observé en 1994-1995.*
- *Au cours de cette même période, la moyenne d'âge des personnes recevant de tels soins, laquelle se situait juste en dessous de 65 ans en 1994-1995, a diminué, pour s'établir à 62 ans.*
- *Parmi les personnes ayant besoin d'aide pour leurs soins personnels, la proportion d'entre elles qui ont reçu des soins à domicile subventionnés par le gouvernement a chuté à 1 personne sur 3, comparativement à 1 personne sur 2.*
- *En 1994-1995, 8 % des bénéficiaires de soins à domicile subventionnés par le gouvernement souffraient d'incontinence urinaire; en 2003, cette proportion avait plus que doublé, étant passée à 17 %.*

Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées 47

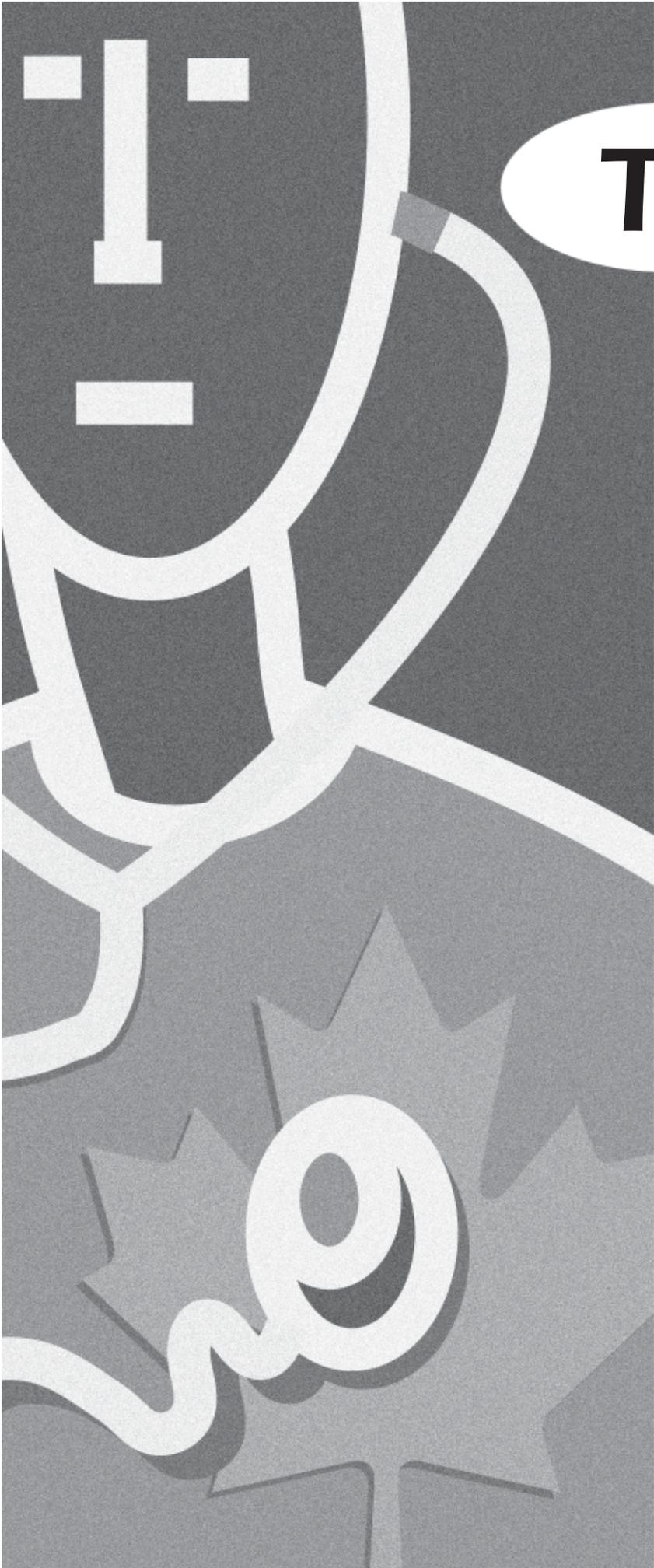
Gisèle Carrière

- *En 2003, 15 % des personnes âgées vivant dans les ménages privés ont reçu des soins à domicile d'une forme quelconque.*
- *Plus de la moitié des personnes âgées ayant obtenu des services de soins à domicile ont reçu uniquement des soins de source structurée, c'est-à-dire des soins dont le coût a été assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement, les organismes privés ou les bénévoles.*
- *L'aide pour l'entretien ménager était la forme la plus courante de soins à domicile reçus par les personnes âgées.*
- *Quatre personnes âgées sur 10 ayant besoin d'aide pour se déplacer dans la maison de même que le tiers de celles nécessitant des soins d'hygiène personnelle n'ont pas reçu de soins à domicile.*



Index par sujet	55
Index des auteurs	75
Pour commander les publications	85

Information sur les produits et services de la Division de la statistique de la santé, y compris les prix et la façon de commander



Travaux de recherche

Des recherches et des analyses
approfondies effectuées dans les
domaines de la statistique de la
santé et de l'état civil

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Le stress et la dépression au sein de la population occupée

Margot Shields

Résumé

Objectifs

Dans le présent article, on traite du niveau de stress parmi la population occupée de 18 à 75 ans, et on examine quelles sont les associations entre le stress et la dépression.

Sources des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 – Santé mentale et bien-être et du volet longitudinal de l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée de 1994-1995 à 2002-2003.

Techniques d'analyse

Le niveau de stress est calculé selon le sexe, l'âge et les caractéristiques de l'emploi. Des analyses multivariées ont été effectuées pour examiner l'association entre le stress et la présence de dépression en 2002 ainsi qu'entre le stress et l'incidence de la dépression sur une période de deux ans, et ce, en tenant compte de l'effet de l'âge, des caractéristiques de l'emploi, et de facteurs non liés au lieu de travail.

Principaux résultats

En 2002, les femmes ont déclaré des niveaux plus élevés de tensions et contraintes au travail et de stress général quotidien. Lorsqu'on tient compte simultanément des diverses sources de stress ainsi que d'autres variables confusionnelles éventuelles, tant chez les hommes que chez les femmes, un niveau élevé de stress général quotidien et un faible soutien des collègues sont associés à un risque plus élevé de dépression, de même que de fortes tensions et contraintes au travail chez les hommes. Sur une période de deux ans, les hommes éprouvant de fortes tensions et contraintes au travail et les femmes soumises à un niveau élevé de stress personnel et ne bénéficiant que d'un faible soutien de leurs collègues couraient un risque accru de présenter un nouveau cas de dépression.

Mots-clés

enquêtes sur la santé, tensions et contraintes au travail, stress de la vie quotidienne, études longitudinales, santé au travail, stress au travail

Auteure

Margot Shields (613-951-4177; Margot.Shields@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

La dépression est un état débilitant qui fait peser un très lourd fardeau sur la société. En 2000, selon l'Organisation mondiale de la Santé, la dépression était la principale cause d'incapacité dans le monde¹. La perte de productivité sur le marché du travail est une conséquence économique importante de la dépression². Les travailleurs souffrant de dépression sont plus susceptibles que les autres de s'absenter en raison d'une incapacité, qu'elle soit de courte ou de longue durée, et ils ont tendance à être moins productifs au travail³⁻⁷.

Des études antérieures ont montré que le stress au travail et ailleurs qu'au travail est associé à un grand nombre de problèmes de santé mentale⁸⁻²⁹. Bien que ces associations ne soient pas encore entièrement comprises, on pense que le stress contribue à miner l'idée positive qu'une personne a d'elle-même, ce qui la rend plus vulnérable aux problèmes de santé mentale tels que la dépression³⁰.

Il est donc important de comprendre que les travailleurs peuvent être vulnérables à différentes sources de stress, ainsi que la façon dont les facteurs de stress interagissent et affectent leur santé mentale. Ce genre d'information permettrait aux employeurs de prendre des mesures pour réduire ou prévenir le stress, et peut-être même diminuer le risque de dépression.

Les emplois jugés les plus stressants sont souvent qualifiés d'emplois « imposant de fortes tensions et contraintes »¹⁴. On entend par là que les exigences de l'emploi sont considérables, mais que les travailleurs ont peu d'occasions d'utiliser leurs compétences et de prendre des décisions. Les effets des fortes tensions et des contraintes au travail sur

la santé cardiovasculaire sont bien documentés³³, mais on a peu étudié les associations qui existent entre ces effets et la santé mentale, particulièrement de façon longitudinale^{10,18}. Les tensions et contraintes au travail ne sont que l'un des agents stressants auxquels sont soumis les travailleurs dans leur vie de tous les jours. Par exemple, le manque de soutien de la part des surveillants et des collègues peut être une source de stress. Et, naturellement, les travailleurs peuvent vivre des situations stressantes dans leur foyer et dans d'autres circonstances de leur vie.

Dans le présent article, qui s'appuie sur des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et

Sources des données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : L'analyse transversale des niveaux de stress et de leur association à la dépression est fondée sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 — Santé mentale et bien-être (cycle 1.2), qui a débuté en mai 2002 et a été réalisée sur une période de huit mois. Le cycle 1.2 de l'ESCC couvre les personnes de 15 ans et plus vivant dans des logements privés dans les dix provinces. Les personnes placées en établissement, les résidents des trois territoires, ceux des réserves indiennes et de certaines régions éloignées, les membres de la force régulière des Forces armées et les civils qui résident dans les bases militaires ne font pas partie du champ de l'enquête.

L'échantillon a été tiré à partir de la base aréolaire utilisée pour l'Enquête sur la population active du Canada. Les logements compris dans cette base aréolaire ont été sélectionnés selon un plan d'échantillonnage par grappe stratifiée à plusieurs degrés. Une personne de 15 ans ou plus a été choisie au hasard dans chaque ménage qui faisait partie de l'échantillon. Les participants à l'enquête ont été sélectionnés de manière à ce que les jeunes (15 à 24 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus) soient surreprésentés, afin de s'assurer que les échantillons étaient de taille suffisante pour ces groupes d'âge. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview dans le cadre de l'enquête sont décrits de façon plus détaillée dans d'autres rapports et sur le site Web de Statistique Canada^{31,32}. Toutes les interviews ont été menées au moyen d'une application assistée par ordinateur. La plupart (86 %) ont été réalisées sur place et les autres, par téléphone. Les personnes sélectionnées qui ont participé à l'enquête ont dû fournir elles-mêmes

les renseignements demandés, la réponse par procuration n'étant pas acceptée. L'échantillon de répondants comptait 36 984 personnes de 15 ans et plus; le taux de réponse était de 77 %.

Enquête nationale sur la santé de la population : L'analyse des associations entre le stress et l'incidence de la dépression sur une période de deux ans porte sur des données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Réalisée une première fois en 1994-1995, l'ENSP est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé des Canadiens et des Canadiennes. Elle couvre la population à domicile et les personnes dans les établissements de santé dans les dix provinces et les trois territoires, sauf les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées.

En 1994-1995, 20 095 personnes ont été sélectionnées pour faire partie du panel longitudinal. Cette année-là, le taux de réponse a été de 86,0 %, ce qui représente 17 276 personnes que l'on a essayé de réinterviewer tous les deux ans. Fondés sur ces 17 276 personnes, les taux de réponse aux cycles subséquents sont : 92,8 % pour le cycle 2 (1996-1997), 88,2 % pour le cycle 3 (1998-1999), 84,8 % pour le cycle 4 (2000-2001) et 80,6 % pour le cycle 5 (2002-2003). Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP sont décrits plus en détail dans des rapports déjà publiés^{34,35}.

La présente analyse porte sur le fichier longitudinal « carré » du cycle 5 (2002-2003), qui contient les enregistrements pour tous les membres répondants du panel original, que l'on ait ou non recueilli des renseignements à leur sujet lors des cycles subséquents.

bien-être (cycle 1.2), réalisé en 2002, on décrit le niveau de stress des Canadiens ayant un emploi, en tenant compte des variations selon le sexe, l'âge et les caractéristiques de l'emploi. Les tensions et contraintes au travail, le faible soutien des collègues, le faible soutien des surveillants ainsi que le stress — général ou personnel — dans la vie de tous les jours sont pris en compte dans l'analyse (voir *Définition du stress et de la dépression*). Outre les liens transversaux entre le stress et la dépression, on examine également l'association entre le stress et l'incidence de la dépression sur une période de deux ans. Pour ce faire, on utilise les données longitudinales provenant des cinq premiers cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Ces relations sont analysées par des méthodes multivariées tenant compte de l'effet des caractéristiques de l'emploi ainsi que des facteurs de stress se manifestant ailleurs qu'au travail (voir *Sources des données, Techniques d'analyse et Limites*).

Les tensions et contraintes au travail sont plus fréquentes chez les femmes

Les tensions et contraintes au travail résultent de la combinaison de fortes exigences psychologiques et d'une faible latitude de décision¹⁴. Le questionnaire de l'ESCC de 2002 comprenait une série de questions destinées à évaluer ces deux composantes, grâce au calcul, pour chacune, d'une cote pouvant varier de 0 à 10 (voir *Définition du stress et de la dépression*). En moyenne, la cote était significativement plus élevée pour les femmes que pour les hommes en ce qui concerne les exigences psychologiques, et plus faible en ce qui concerne la latitude de décision (tableau 1). Les cotes obtenues pour les femmes étaient plus faibles pour les deux composantes de la latitude de décision, c'est-à-dire la discrétion relative à la compétence et le pouvoir décisionnel.

Les emplois imposant de fortes tensions et contraintes sont psychologiquement exigeants, mais ils offrent aux travailleurs peu d'occasions de prendre des décisions ou d'utiliser leurs compétences. En 2002, les femmes occupées étaient systématiquement plus susceptibles que leurs homologues masculins d'obtenir une cote

Tableau 1
Cotes de stress et de soutien pour la population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002

	Hommes	Femmes
Tensions et contraintes au travail, cote moyenne	0,90	1,00*
Fortes (ratio de 1,2 et plus) %	18,8	26,6*
Moyennes (ratio compris entre 0,8 et 1,2) %	34,0	35,4
Faibles (ratio de 0,8 et moins) %	47,1	38,0*
Composantes des tensions et contraintes au travail		
Exigences psychologiques, cote moyenne	5,61	5,85*
Travail frénétique - % d'accord	58,0	62,5*
Exempt de demandes opposées - % en désaccord	40,9	43,6*
Latitude de décision, cote moyenne	6,66	6,27*
Discrétion relative à la compétence, cote moyenne	6,31	6,02*
Acquisition de nouvelles compétences requise - % d'accord	82,2	81,5
Niveau élevé de compétence requis - % d'accord	79,9	72,2*
Doit refaire toujours les mêmes choses - % en désaccord	24,6	20,0*
Pouvoir décisionnel, cote moyenne	7,19	6,66*
Libre de prendre des décisions - % d'accord	78,9	70,5*
A son mot à dire sur l'évolution de son travail - % d'accord	70,2	61,1*
Stress général quotidien, cote moyenne	4,69	5,04*
Stress général quotidien intense		
La plupart des journées assez/extrêmement stressantes - % d'accord	25,3	29,3*
Soutien des collègues, cote moyenne	6,75	6,72
Faible soutien des collègues (%)[†]	32,2	32,4
Exposé(e) à l'hostilité ou aux conflits - % d'accord	28,6	27,9
Collègues facilitent le travail - % en désaccord	6,1	6,9
Soutien des surveillants, cote moyenne	6,40	6,54*
Faible soutien des surveillants		
Surveillants facilitent le travail - % en désaccord	17,2	16,4

[†] Pourcentage d'accord avec le premier énoncé ou en désaccord avec le second.

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

Nota : Les niveaux des tensions et contraintes au travail, des exigences psychologiques, de discrétion relative à la compétence, de pouvoir décisionnel et de stress général quotidien sont d'autant plus élevés que les cotes sont élevées. Pour le soutien des collègues et des surveillants, le soutien est d'autant plus important que la cote est élevée. Sauf pour les tensions et contraintes au travail, toutes les cotes ont été recalculées proportionnellement, de sorte que la valeur minimale soit 0 et la valeur maximale, 10.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

supérieure à 1 pour les tensions et contraintes au travail (graphique 1), ce qui indique que les exigences de leur emploi l'emportaient sur leur liberté de prendre des décisions ou d'utiliser leurs compétences. Par contre, les hommes étaient plus susceptibles d'obtenir une cote inférieure à 1, ce

Techniques d'analyse

La prévalence du stress chez les travailleurs a été estimée au moyen de données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 — Santé mentale et bien-être (cycle 1.2). Les quatre sources de stress qui ont fait l'objet de l'examen sont les tensions et contraintes au travail, le stress général quotidien élevé, le faible soutien des collègues et le faible soutien des surveillants. Les données ont été pondérées pour qu'elles soient représentatives de la population des provinces en 2002.

On s'est servi de totalisations croisées pour étudier les associations transversales entre les quatre sources de stress et l'apparition d'un épisode dépressif majeur (EDM) au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Ces associations ont également été examinées au moyen d'une série de modèles de régression logistique multivariée distincts pour les hommes et pour les femmes. Au moyen d'un premier ensemble de modèles, on a estimé individuellement, pour chacune des quatre sources de stress, la cote non corrigée exprimant le risque d'avoir vécu un EDM. Au moyen d'un deuxième ensemble de modèles, on a examiné les mêmes associations en tenant compte de l'effet de variables confusionnelles éventuelles, à savoir la profession, le nombre d'heures travaillées, le travail par quart, le travail autonome, l'âge, l'état matrimonial, la présence d'enfants dans le ménage, le niveau de scolarité, le revenu personnel, l'abus mensuel d'alcool et le faible soutien émotionnel. Dans le dernier ensemble de modèles, les quatre facteurs de stress ont été pris en compte simultanément, en plus des autres variables de contrôle, afin de déterminer s'ils étaient indépendamment associés à la dépression. Les corrélations entre les quatre mesures du stress variaient de faibles à modérées.

Corrélations entre les cotes de stress et de soutien selon le sexe, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002

	Tensions et contraintes au travail	Stress général quotidien	Soutien des collègues	Soutien des surveillants
Hommes				
Tensions et contraintes au travail	1,00	0,18	-0,20	-0,11
Stress général quotidien	...	1,00	-0,17	-0,08
Soutien des collègues	...	...	1,00	0,27
Soutien des surveillants	...	...	...	1,00
Femmes				
Tensions et contraintes au travail	1,00	0,16	-0,21	-0,14
Stress général quotidien	...	1,00	-0,14	-0,06
Soutien des collègues	...	...	1,00	0,33
Soutien des surveillants	...	...	...	1,00

... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : Le niveau des tensions et contraintes au travail, de stress général quotidien, de soutien des collègues ou de soutien des surveillants est d'autant plus élevé que la cote est élevée.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Toutes les analyses ont été réalisées séparément pour les hommes et pour les femmes, et portaient sur les personnes de 18 à 75 ans qui avaient un emploi au moment de l'interview de l'ESCC. La taille de l'échantillon était de 10 660 hommes et 10 087 femmes, dont 396 hommes et 658 femmes ont été classés comme ayant vécu un EDM au cours de l'année précédant l'enquête.

L'analyse des associations entre le stress et l'incidence de la dépression sur deux ans est basée sur des données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Le regroupement des observations répétées a été combiné à l'analyse de régression logistique. On s'est servi de deux cohortes d'observations regroupées ayant pour années de référence 1994-1995 (cycle 1) et 2000-2001 (cycle 4). Ces deux cycles de l'ENSP sont ceux pour lesquels les questions sur le stress ont été posées et pour lesquels l'information sur la dépression était disponible deux ans plus tard.

Pour chaque année de référence, on a sélectionné des adultes de 18 à 75 ans qui étaient occupés au moment de l'interview de l'ENSP. Ceux qui avaient vécu un EDM l'année précédant l'interview de référence ont été exclus. L'incidence de la dépression deux ans plus tard chez les répondants retenus a été estimée en fonction de la valeur des quatre variables de stress lors de l'année de référence. On a exclu les enregistrements pour lesquels la situation concernant la dépression était inconnue dans le cadre du suivi. Les tailles de l'échantillon étaient les suivantes :

Cohorte	Référence	Suivi	Travailleurs (référence)		Dépression (au suivi)	
			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cycle 1	1994-1995	1996-1997	3 199	2 994	72	134
Cycle 4	2000-2001	2002-2003	2 926	2 892	71	128
Total			6 125	5 886	143	262

Comme l'analyse est fondée sur les nouveaux « cas » de dépression sur une période de deux ans, il est possible que certains travailleurs aient été comptés plus d'une fois dans le calcul des taux d'incidence. Ainsi, un travailleur ne faisant pas de dépression en 1994-1995, déclarant ensuite faire de la dépression en 1996-1997, puis exempt de dépression en 2000-2001 et déclarant de nouveau faire de la dépression en 2002-2003 aurait compté pour deux nouveaux « cas » de dépression. La méthode du *bootstrap* tient compte de l'augmentation de la variance que peuvent causer les observations répétées, une personne donnée étant toujours dans le même échantillon *bootstrap*³⁶.

Une série de modèles de régression logistique multiple ont été utilisés pour analyser les ensembles groupés d'observations afin d'estimer les associations entre le niveau de stress durant l'année de référence et la dépression subséquente. Les trois premiers ensembles de modèles étaient semblables à ceux utilisés pour l'analyse transversale, toutes les variables indépendantes étant mesurées pour l'année de référence. Un quatrième ensemble de modèles a été introduit pour tenir compte de l'effet du sentiment d'avoir le contrôle sur sa vie, en plus des autres variables incluses dans les modèles précédents.

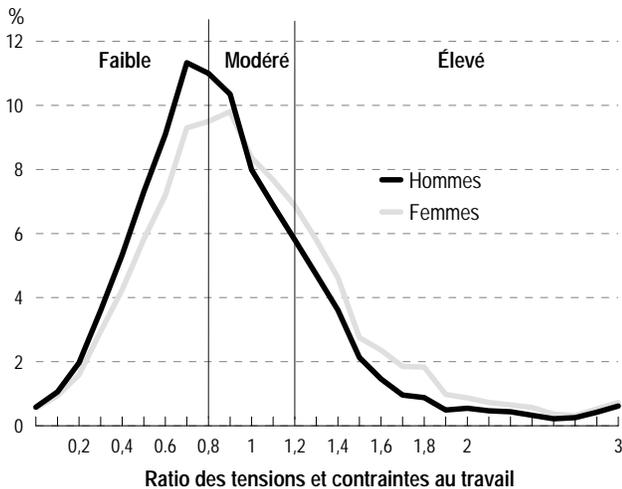
Pour l'analyse longitudinale, on a tenu compte du stress personnel (voir *Définition du stress et de la dépression*).

Pour simplifier l'interprétation, dans tous les modèles de régression, on a utilisé des variables catégoriques pour classer les niveaux de stress des répondants, ce qui pourrait avoir contribué à réduire la sensibilité de ces mesures^{37,38}. Cependant, quand les régressions étaient reprises en utilisant des variables de stress continu, les résultats étaient similaires (données non présentées).

Pour tenir compte des effets du plan de sondage de l'ESCC et de l'ENSP, on a appliqué la méthode du *bootstrap* pour estimer les coefficients de variation et les valeurs p, et pour réaliser les tests de signification^{39,41}. Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Graphique 1

Répartition en pourcentage de la population occupée de 18 à 75 ans, selon le ratio des tensions et contraintes au travail¹ et le sexe, Canada, territoires non compris, 2002



¹ Exigences psychologiques divisées par la latitude de décision.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

qui signifie que leur latitude de décision l'emportait sur les exigences de l'emploi.

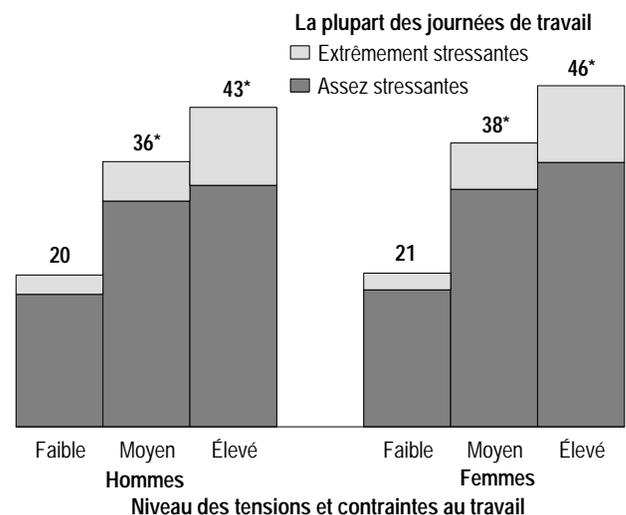
Les tensions et contraintes au travail ont été réparties en trois catégories, à savoir faibles, moyennes ou fortes. Les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses (27 %) que les hommes (19 %) à éprouver de fortes tensions et contraintes au travail, tandis que les hommes étaient plus susceptibles d'éprouver de faibles tensions et contraintes au travail (47 % par rapport à 38 % pour les femmes) (tableau 1). Même en utilisant pour l'analyse un modèle multivarié tenant compte des effets d'autres caractéristiques de l'emploi dont la profession, l'horaire de travail, le nombre d'heures de travail et le revenu personnel, les femmes demeurent proportionnellement plus nombreuses à éprouver de fortes tensions et contraintes au travail (données non présentées). D'autres études ont montré que les femmes sont généralement plus susceptibles que les hommes d'occuper des emplois imposant de fortes tensions et contraintes, et que ces derniers ont le sentiment d'exercer un plus grand contrôle sur leur travail que les femmes^{18,21,23,42,43}.

Stress et insatisfaction au travail

Comme il fallait s'y attendre, les travailleurs qui occupent un emploi dans lesquels ils vivent de fortes tensions et contraintes étaient plus susceptibles de déclarer que leur travail était stressant. Tant les hommes que les femmes soumis à de fortes tensions et contraintes au travail étaient plus de deux fois plus susceptibles de déclarer que leurs journées de travail étaient « extrêmement » ou « assez » stressantes que ceux et celles n'éprouvant que de faibles tensions et contraintes au travail (graphique 2). En outre, ces résultats confirment ceux d'autres études, les emplois comportant de fortes tensions et contraintes étaient associés à l'insatisfaction au travail^{13,14}. Les femmes dont le niveau des tensions et contraintes au travail était élevé étaient quatre fois plus susceptibles d'être insatisfaites de leur emploi que celles dont le niveau était faible, tandis que les hommes dans la même situation étaient cinq fois plus susceptibles d'être insatisfaits (graphique 3).

Graphique 2

Pourcentage de personnes disant éprouver un stress intense au travail, selon le niveau des tensions et contraintes au travail et le sexe, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002



* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour la catégorie précédente ($p < 0,05$)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Définition du stress et de la dépression

Pour évaluer les *tensions et contraintes au travail*, on a demandé aux participants à l'enquête s'ils étaient « tout à fait d'accord », « d'accord », « ni d'accord ni en désaccord », « en désaccord » ou « entièrement en désaccord » avec les énoncés suivants :

- Votre travail exige l'acquisition de nouvelles connaissances.
- Votre travail exige un niveau élevé de compétence.
- Vous êtes libre de décider de votre façon de travailler.
- Votre travail consiste à refaire toujours les mêmes choses. (Cote inversée.)
- Votre travail est frénétique.
- Vous êtes exempt(e) des demandes opposées que font les autres. (Cote inversée.)
- Vous avez votre mot à dire sur l'évolution de votre travail.

Une cote a été calculée pour chacune des trois composantes des tensions et contraintes au travail : les *exigences psychologiques*, basées sur les énoncés e) et f), le *pouvoir décisionnel*, basé sur c) et g), et la *discretion relative à la compétence*, basée sur a), b) et d). Les cotes ont été calculées en attribuant une valeur comprise entre 4 (tout à fait d'accord) et 0 (entièrement en désaccord) à chaque énoncé de la composante, puis en calculant la somme de ces valeurs. L'algorithme de calcul des cotes a été créé de sorte qu'une cote élevée indique des exigences élevées, un grand pouvoir décisionnel ou une grande discretion concernant la compétence. L'échelle des valeurs était inversée pour la cote des énoncés d) et f). Une cote de *latitude de décision* a été calculée en additionnant les cotes obtenues pour le pouvoir décisionnel et la discretion concernant la compétence. Toutes les cotes ont été recalculées (proportionnellement) de sorte que, pour tous les répondants, la cote maximale possible, conforme à toutes les mesures, soit égale à 10. Puis on a calculé le ratio des tensions et contraintes au travail en divisant la cote pour les exigences psychologiques, corrigée en fonction de celle obtenue pour la latitude de décision. Le fait que le numérateur et le dénominateur aient été recalculés proportionnellement sur un total de 10 assure que les contributions éventuelles des exigences psychologiques et de la latitude de décision soient égales. Une faible valeur constante (0,1) a été ajoutée au numérateur ainsi qu'au dénominateur pour éviter de diviser par 0. Pour résoudre le problème des valeurs extrêmes, les cotes supérieures à 3 ont été fixées à 3; cette correction a été appliquée à environ 1 % des enregistrements.

Dans de nombreuses études traitant des associations entre la santé et les tensions et contraintes au travail, ces dernières ont été définies comme correspondant aux travailleurs ayant une cote supérieure à la médiane pour les exigences psychologiques, et inférieure à la médiane pour la latitude de décision. L'utilisation d'un quotient pour évaluer les tensions et contraintes au travail est une approche relativement nouvelle, mais elle offre plus de souplesse pour choisir les valeurs des seuils définissant les catégories de tensions et de contraintes au travail³¹. Les personnes dont le ratio était égal ou supérieur à 1,2 ont été classées dans la catégorie des travailleurs éprouvant de fortes tensions et contraintes au travail. Les cotes comprises entre 0,8 et 1,2 correspondent à la catégorie de tensions et contraintes moyennes et celles égales ou inférieures à 0,8, à la catégorie de faibles tensions et contraintes.

Les énoncés qui suivent ont été utilisés pour évaluer le *soutien des collègues* et le *soutien des surveillants* :

- Vous êtes exposé(e) à l'hostilité ou au conflit de vos collègues. (Cote inversée.)
- Vos collègues facilitent l'exécution du travail.

- Votre surveillant facilite l'exécution du travail.

Les catégories de réponses variaient de « tout à fait d'accord » à « entièrement en désaccord », et les cotes ont été calculées de la même façon que pour les tensions et contraintes au travail, les valeurs plus élevées indiquant un plus grand soutien. Des cotes corrigées (par calcul proportionnel) ont également été produites, de sorte que la cote maximale soit de 10 pour tous les répondants. Les répondants ont été considérés comme ne recevant qu'un faible soutien de leurs collègues s'ils étaient d'accord ou entièrement d'accord avec le premier énoncé ayant trait au soutien des collègues ou en désaccord ou entièrement en désaccord avec le deuxième énoncé, et comme ne recevant qu'un faible soutien de leurs surveillants s'ils étaient en désaccord ou entièrement en désaccord avec l'énoncé concernant le soutien des surveillants.

Lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002, le *stress général quotidien* a été évalué au moyen de la question : « En pensant au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont : pas du tout stressantes? pas tellement stressantes? un peu stressantes? assez stressantes? extrêmement stressantes? » Les personnes qui ont répondu « extrêmement stressantes » ou « assez stressantes » ont été classées dans la catégorie des travailleurs éprouvant un stress quotidien intense. Une cote continue a également été attribuée, variant de 4 (extrêmement stressantes) à 0 (pas du tout stressantes), puis corrigée (par calcul proportionnel) de sorte que la valeur maximale soit égale à 10.

La question sur le stress général n'a pas été posée lors des cycles 1 et 4 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP); cinq énoncés à réponse « vrai ou faux » ont été utilisés pour évaluer le *stress personnel* :

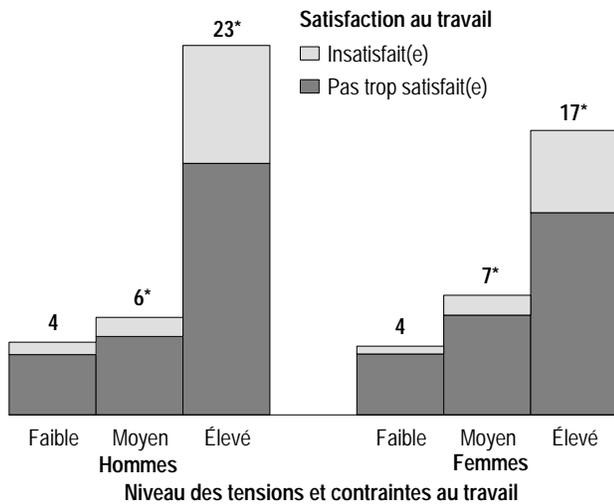
- Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.
- Vous ressentez trop de pressions pour être comme les autres.
- Les autres attendent trop de votre part.
- Votre travail à la maison n'est pas apprécié.
- Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.

On a obtenu une cote de stress personnel en déterminant le nombre de réponses « vrai ». On a considéré que les personnes ayant répondu « vrai » à au moins deux énoncés subissaient un stress personnel intense.

L'ESCC s'appuie sur la version de la Composite International Diagnostic Interview de la World Mental Health Survey (WMH-CIDI) pour estimer la prévalence de divers troubles mentaux, y compris la *dépression*. La WMH-CIDI est un instrument qui produit des diagnostics généralement fondés sur les critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition, texte révisé* (DSM-IV®-TR), et qui a été conçu pour être utilisé par des non-spécialistes⁴⁴. En se basant sur l'avis d'experts, la WMH-CIDI et les algorithmes utilisés pour cerner la dépression et d'autres troubles mentaux ont été révisés au fil du temps. Le questionnaire utilisé pour l'ESCC peut être consulté à l'adresse www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle1.2/index_f.htm, et l'algorithme utilisé pour évaluer la prévalence de la dépression sur 12 mois peut être consulté à l'annexe du supplément de 2004 à *Rapports sur la santé*⁴⁵. L'ENSP s'appuie sur un sous-ensemble de questions de la *Composite International Diagnostic Interview*, conformément à la méthode de Kessler *et al.*⁴⁶. Ces questions couvrent un groupe de symptômes énumérés dans la troisième édition révisée du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*⁴⁷. Pour les besoins du présent article, la présence de dépression s'applique à la période des 12 mois précédant l'entrevue de l'enquête.

Graphique 3

Pourcentage de personnes déclarant être insatisfaites de leur travail, selon le niveau des tensions et contraintes au travail et le sexe, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002



* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour la catégorie précédente ($p < 0,05$).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Soutien au travail et stress général

Environ 1 personne occupée sur 3 a déclaré recevoir un faible soutien de ses collègues (32 %) et 1 sur 6, un faible soutien de ses surveillants, deux autres facteurs source de stress au travail (tableau 1).

On a également demandé aux participants à l'ESCC d'indiquer leur niveau de stress général dans la vie quotidienne. Les femmes étaient plus susceptibles (29 %) que les hommes (25 %) de déclarer que la plupart de leurs journées étaient « assez » ou « extrêmement » stressantes.

Âge et profession

Le niveau de stress varie selon l'âge des travailleurs et selon certaines caractéristiques de l'emploi. Comparativement au groupe des 40 à 54 ans, les hommes et les femmes de 18 à 24 ans étaient davantage susceptibles de déclarer vivre de fortes tensions et contraintes au travail (tableau 2). Parallèlement, le groupe plus jeune signalait toutefois un niveau plus faible de stress général dans la vie quotidienne. Les travailleurs des deux

sexes de 55 ans et plus ressentait, eux aussi, un plus faible niveau de stress général et, parmi ce groupe, les hommes éprouvaient un niveau plus faible de tensions et contraintes au travail.

Des études antérieures ont démontré que ce sont les cols blancs, particulièrement les hommes, qui déclarent avoir les plus hauts niveaux de contrôle sur ce qui arrive au travail, tandis que les cols bleus, surtout les femmes, déclarent les niveaux les plus faibles^{42,43,48}. Conformément à ces résultats, les hommes et les femmes occupant un poste de gestionnaire, de professionnel ou de technicien étaient les moins susceptibles de subir des niveaux élevés de tensions et de contraintes au travail. Par contre, ceux et celles travaillant dans les secteurs de la transformation, de la fabrication, des services publics, ou des ventes et des services étaient les plus susceptibles d'être soumis à un niveau élevé de tensions et de contraintes. En fait, près de la moitié des femmes occupées dans les secteurs de la transformation, de la fabrication ou des services publics ont déclaré être soumises à de fortes tensions et contraintes au travail. En revanche, les hommes et les femmes gestionnaires étaient, toutes proportions gardées, les plus nombreux à déclarer un niveau élevé de stress général.

Horaire de travail

Les hommes qui travaillaient à temps partiel (moins de 30 heures par semaine) étaient plus susceptibles d'éprouver de fortes tensions et contraintes au travail que ceux ayant un horaire de travail normal (de 30 à 40 heures par semaine). Pourtant, les travailleurs à temps partiel des deux sexes étaient ceux qui ressentait le moins de stress général quotidien, alors que ceux faisant de longues heures déclaraient en éprouver le plus (tableau 2).

Il a été démontré que le travail par quart est nuisible à la santé⁴⁹⁻⁵¹. Selon les données de l'ESCC, les personnes travaillant par quart étaient plus susceptibles de faire état de fortes tensions et de contraintes au travail que celles dont l'horaire de travail est plus régulier. Toutefois, ces travailleurs éprouvaient aussi un plus faible niveau de stress général.

Emploi et autres caractéristiques

Un *travailleur* est un répondant de 18 à 75 ans qui occupait un emploi au moment de l'interview de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ou de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Pour les personnes qui occupaient plus d'un emploi, les valeurs utilisées pour la profession, le nombre d'heures de travail, le travail par quart et le travail autonome sont celles correspondant à l'emploi principal, c'est-à-dire celui pour lequel le nombre d'heures de travail par semaine était le plus élevé.

Pour l'ESCC, on a demandé aux participants laquelle des neuf catégories suivantes décrivait le mieux leur *profession* : 1) gestionnaire; 2) professionnel; 3) technicien ou poste technique; 4) administration, finances ou travail de bureau; 5) ventes ou services; 6) commerce, transport ou opérateur de machines; 7) emploi en agriculture, foresterie, pêche ou exploitation minière; 8) emploi dans les secteurs de la transformation, de la fabrication ou des services publics; 9) toute autre profession. Pour l'ENSP, les professions ont été regroupées en catégories semblables d'après la Classification type des professions de 1991⁵².

Trois catégories d'*heures travaillées par semaine* ont été définies d'après le nombre moyen d'heures travaillées dans l'emploi principal : temps partiel (de 1 à 29 heures); heures normales (de 30 à 40 heures) ou de longues heures (plus de 40 heures).

Pour évaluer le travail par quart, on s'est fondé sur la question « Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux les heures que vous avez travaillées habituellement à cet emploi? » Les personnes qui ont donné n'importe quelle autre réponse que « horaire normal de jour » ont été classées dans la catégorie du *travail par quart*.

Les personnes qui « travaillaient principalement à leur compte dans une entreprise, une ferme ou une pratique professionnelle » ont été classées dans la catégorie des *travailleurs autonomes*.

Pour l'ESCC, on a défini quatre groupes de revenus d'après le *revenu personnel total* provenant de toutes les sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'interview : moins de 20 000 \$; de 20 000 \$ à 39 999 \$; de 40 000 \$ à 59 999 \$ et 60 000 \$ et plus. Comme la question sur le revenu personnel n'a pas été posée dans le cadre du premier cycle de l'ENSP, le revenu du ménage a été utilisé comme variable de contrôle dans les modèles de régression pour l'ENSP. On a défini les groupes de *revenu du ménage* d'après la taille du ménage et le revenu total de ce dernier provenant de toutes les sources durant les 12 mois qui ont précédé l'interview.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de membres du ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 et plus	Moins de 15 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	10 000 \$ à 19 999 \$
	5 et plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Moyen	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 et plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 et plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 et plus	80 000 \$ et plus

Quatre *groupes d'âge* ont été utilisés aux fins de l'analyse : de 18 à 24 ans, de 25 à 39 ans, de 40 à 54 ans et 55 ans et plus.

On a demandé aux personnes qui ont participé aux enquêtes d'indiquer leur *état matrimonial* actuel : celles qui ont répondu « marié(e) à l'heure actuelle », « vit avec un conjoint de fait » ou « vit avec une autre personne » ont été regroupées dans la catégorie des personnes « mariées ».

La *présence d'enfants dans le ménage* signifie qu'au moins un enfant de moins de 12 ans vivait dans le ménage.

Deux catégories de *niveau de scolarité* représentent le plus haut niveau de scolarité atteint : diplôme d'études postsecondaires ou pas de diplôme d'études postsecondaires.

Pour déterminer l'*abus mensuel d'alcool*, on a demandé aux participants à l'ESCC combien de fois, au cours des 12 derniers mois, ils avaient bu cinq verres ou plus d'alcool à une même occasion; le fait de boire de l'alcool au moins une fois par mois était considéré comme un *abus mensuel d'alcool*. Aux participants au cycle 1 de l'ENSP, on a demandé combien de fois, au cours des 12 derniers mois, ils avaient bu cinq verres ou plus d'alcool à une même occasion; 12 fois ou plus a été considéré comme un abus mensuel d'alcool.

Pour obtenir l'*autoévaluation du soutien émotionnel*, on a demandé aux participants à l'ESCC et au cycle 4 de l'ENSP : « Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin? Une personne :

- qui vous écoute quand vous avez besoin de parler?
- qui vous conseille en situation de crise?
- pouvant vous renseigner afin de vous aider à comprendre les situations que vous traversez?
- à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes?
- dont vous recherchez vraiment les conseils?
- à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes?
- à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel?
- qui comprend vos problèmes? »

On leur a également demandé d'indiquer à quelle fréquence ce soutien était disponible. Les personnes qui ont répondu « jamais » ou « rarement » à au moins un énoncé ont été considérées comme ayant un *faible soutien émotionnel*. Lors du cycle 1 de l'ENSP, on a utilisé quatre questions à réponse « oui » ou « non » pour évaluer cette variable et les personnes qui ont répondu « non » au moins une fois ont été considérées comme ayant un *faible soutien émotionnel* :

- Avez-vous un confident ou une confidente, c'est-à-dire quelqu'un à qui parler de vos sentiments ou préoccupations personnels?
- Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise?
- Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter lorsque vous avez à prendre des décisions personnelles importantes?
- Quelqu'un vous fait-il sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous?

Pour l'analyse des données de l'ENSP, les *fumeurs quotidiens* étaient les personnes qui fumaient la cigarette tous les jours. La situation d'usage du tabac n'a pas été utilisée dans l'analyse basée sur les données de l'ESCC de 2002 parce que celle-ci ne contenait pas de questions sur l'usage du tabac.

Dans l'ENSP, pour évaluer le *sentiment de contrôle*, on a demandé aux personnes interviewées d'évaluer sept énoncés au moyen d'une échelle de cinq points allant de « tout à fait d'accord » (cote de 0) à « entièrement en désaccord » (cote de 4) :

- Vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive.
- Vous ne pouvez vraiment rien faire pour résoudre certains de vos problèmes.
- Vous ne pouvez pas faire grand-chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie.
- Vous vous sentez souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie.
- Vous trouvez parfois que vous vous faites malmené dans la vie.
- Ce que votre avenir renferme dépend surtout de vous-mêmes. (Cote inversée.)
- Vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire. (Cote inversée.)

Les réponses à chaque énoncé ont été additionnées (cote variant de 0 à 28). Le sentiment de contrôle est d'autant plus fort que la cote est élevée (coefficient alpha de Cronbach = 0,76). Les personnes situées dans le quartile inférieur de la distribution ont été considérées comme éprouvant un faible sentiment de contrôle. Les questions sur le contrôle n'ont pas été posées lors de l'ESCC.

Tableau 2

Pourcentage de personnes déclarant éprouver un stress au travail et un stress personnel intenses, selon le sexe, l'âge et certaines caractéristiques de l'emploi, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002

	Fortes tensions et contraintes au travail		Stress général quotidien intense		Faible soutien des collègues		Faible soutien des surveillants	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%		%		%		%	
Total	19	27	25	29	32	32	17	16
Groupe d'âge								
18 à 24 ans	27*	31*	17*	23*	31	30	15	13
25 à 39 ans	19	27	26	29	33	36*	17	19
40 à 54 ans [†]	19	26	29	33	34	31	18	16
55 ans et plus	12*	22	22*	25*	26*	28	18	16
Profession[‡]								
Gestionnaires	13*	18*	37*	43*	44*	39*	15	16
Professionnels/techniciens	13*	19*	28	31	30	34	17	16
Administration/finances/travail de bureau	18	27	32	30	27	29	17 ^E	17
Ventes/services	27*	32*	23	25*	31	31	16	17
Commerce/transport/opération de machines	20	34	20*	26	33	32	18	17
Agriculture/foresterie/pêche/exploitation minière	14	22 ^E	22	13 ^{*E}	24*	29 ^E	14	12 ^E
Transformation/fabrication/services publics	30*	48*	21	29	30	38	22	17
Heures de travail par semaine								
Temps partiel (1 à 29)	24*	26	14*	23*	29	28	17	17
Heures normales (30 à 40) [†]	19	27	20	28	30	32	17	16
Longues heures (plus de 40)	18	26	33*	41*	35*	39*	17	17
Travail par quart								
Oui	25*	32*	22*	26*	34	34	17	17
Non [†]	16	24	26	30	32	32	17	16
Travail autonome								
Oui	9*	12*	30*	29	29*	30	...	...
Non [†]	21	29	24	29	33	33	...	...
Revenu personnel								
Moins de 20 000 \$	28*	30*	23*	25*	29	29*	17	15
De 20 000 \$ à 39 999 \$	22*	28*	22*	28*	30	33	18	18
De 40 000 \$ à 59 999 \$	17*	23*	25*	36	36	37	17	18
60 000 \$ et plus [†]	12	15	31	41	33	37	16	15

[†] Catégorie de référence.

[‡] La catégorie de référence est le total.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$, corrigée pour les comparaisons multiples).

^E Utiliser avec prudence (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

... n'ayant pas lieu de figurer.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Autres caractéristiques de l'emploi

Les hommes travaillant à leur propre compte étaient moins susceptibles que les autres travailleurs masculins d'avoir le sentiment d'être soumis à de fortes tensions et contraintes au travail, mais plus susceptibles d'éprouver un stress général élevé (tableau 2). De même, chez les femmes, le travail autonome était associé à de plus faibles tensions et contraintes au travail. Par contre, aucun lien ne se dégage entre le travail autonome des femmes et le niveau de stress général.

Le revenu personnel est inversement associé au niveau de tensions et contraintes au travail et positivement associé au stress général, chez les hommes comme chez les femmes. Les travailleurs ayant un faible revenu ont tendance à déclarer subir de plus fortes tensions et contraintes au travail, mais un stress général plus faible.

Les réponses aux questions de l'ESCC sur le niveau de stress quotidien n'indiquent pas à quels aspects de la vie ce stress est associé. Cependant, puisque les associations entre les tensions et

Limites

Dans le cadre de la présente analyse, les emplois caractérisés par de fortes tensions et contraintes sont ceux pour lesquels les travailleurs ont déclaré de fortes exigences psychologiques associées à une faible latitude de décision. Ces mesures sont fondées sur les perceptions individuelles des travailleurs et sont donc sujettes à un biais de réponse (c.-à-d. que deux travailleurs se trouvant dans des situations de travail semblables pourraient avoir des perceptions différentes et, par conséquent, obtenir des cotes différentes pour les tensions et contraintes au travail). Des études de validation reposant sur des évaluations plus objectives ont révélé une forte corrélation avec les évaluations autodéclarées dans le cas de la latitude de décision, mais ont mené à la conclusion que l'évaluation des exigences psychologiques est plus subjective^{14,31}. Qui plus est, les évaluations de la dépression étant également fondées sur des autodéclarations, elles pourraient résulter d'un biais dans la mesure des associations entre le stress et la dépression. Une affectivité négative, c'est-à-dire une tendance générale à être pessimiste, pourrait donner lieu à une surestimation des rapports de cotes entre la dépression et le stress. Dans l'analyse longitudinale, le fait de tenir compte de l'effet du sentiment de contrôle pourrait avoir contribué à éliminer, en partie, ce problème, selon l'importance de la corrélation entre l'affectivité négative et le sentiment de contrôle.

Il n'a pas été possible de tenir compte de l'effet de certaines variables liées à l'emploi, comme l'appartenance à un syndicat, la permanence de l'emploi et le revenu d'emploi, parce que les données à ce sujet n'ont pas été recueillies dans le cadre du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ni de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). L'ajout de ces variables aurait peut-être contribué à modifier les associations entre le stress et la dépression.

Dans les analyses longitudinales, on a examiné l'incidence de la dépression sur une période de deux ans en fonction du stress au début de la période. Seuls les travailleurs ne faisant pas de dépression au début de la période ont été inclus dans l'analyse. Cependant, ces travailleurs pourraient avoir eu des antécédents de dépression, et le fait de ne pas en avoir tenu compte dans les modèles pourrait avoir biaisé les résultats. En outre, les diverses sources de stress n'ont été évaluées que pour l'année de référence et l'on ne sait pas combien de temps les travailleurs ont été exposés au stress. L'existence de la dépression a été évaluée deux ans plus tard au cours de l'interview de suivi. Certains travailleurs pourraient avoir quitté le marché du travail ou changé d'emploi à divers moments pendant cette période de deux ans.

En ce qui concerne les données de l'ESCC de 2002, on a utilisé le coefficient alpha de Cronbach pour évaluer la cohérence interne des indices de stress au travail. Il n'a pas été possible de produire ce genre d'estimation pour le soutien de la part du surveillant, parce que l'on n'a utilisé qu'un seul énoncé pour évaluer ce construct. Les estimations de la cohérence interne étaient de 0,32 pour les exigences psychologiques au travail, de 0,62 pour la latitude de décision et de 0,21 pour le soutien des collègues. Dans le cadre d'études antérieures fondées sur tous les énoncés du *Job Content Questionnaire* de Karasek⁴³, qui contient un plus grand nombre d'énoncés pour chacune de ces échelles, les estimations de la cohérence interne étaient égales ou supérieures à 0,7 pour toutes les trois^{11,43,53}. Les estimations relativement faibles de la cohérence interne obtenues ici sont dues, en partie, au nombre limité d'énoncés utilisés dans l'ESCC (et dans l'ENSP) pour évaluer le stress au travail. Ces faibles scores de cohérence pourraient avoir eu une incidence sur les associations entre le stress au travail et la dépression, dans l'analyse transversale aussi bien que longitudinale, surtout

en ce qui concerne le soutien des surveillants, puisque un seul énoncé a été utilisé pour évaluer ce construct.

La possibilité d'un biais de sélection dû à l'érosion de l'échantillon est un problème que posent les études longitudinales. Dans le cas de l'analyse longitudinale basée sur les données de l'ENSP, les niveaux de stress chez les travailleurs de 18 ans et plus lors des cycles 1 et 4 (cycles de référence) ont été examinés en fonction des nouveaux cas de dépression deux ans plus tard lors des cycles 2 et 5 (cycles de suivi), respectivement (voir *Techniques d'analyse*). D'un cycle à l'autre de l'enquête, on a perdu certains membres du panel pour des raisons telles que le refus de participer, le décès, la non-réponse à une question, le placement dans un établissement de santé ou le déménagement hors du pays. Du total groupé de 6 866 travailleurs masculins évalués lors des cycles de référence, 10,8 % (741) n'ont pas répondu au cycle de suivi. Chez les travailleuses, on a perdu de vue 8,6 % d'entre elles pour le suivi (556 des 6 442 évaluées lors des cycles de référence).

Non-répondants (échantillon non pondéré), selon le sexe, population occupée de 18 ans et plus, ENSP

Hommes		Femmes	
Répondants (cycle de référence)	Non-répondants (cycle de suivi)	Répondants (cycle de référence)	Non-répondants (cycle de suivi)
(1994-1995) 3 490	(1996-1997) 291 8,3 %	(1994-1995) 3 232	(1996-1997) 238 7,4 %
(2000-2001) 3 376	(2002-2003) 450 13,3 %	(2000-2001) 3 210	(2002-2003) 318 9,9 %
Total 6 866	741 10,8%	6 442	556 8,6%

Pour évaluer la possibilité d'un biais de non-réponse dans les résultats, on a comparé les proportions pondérées de non-répondants selon le niveau de stress. Aucun écart significatif n'a été relevé entre les catégories de stress pour aucune des quatre sources de stress.

Taux (pondérés) de non-réponse au suivi, selon le sexe et le niveau de stress au cycle de référence, population occupée de 18 ans et plus, ENSP, 1994-1995 à 2002-2003

	Hommes	Femmes
Total	11,1	9,1
Tensions et contraintes au travail		
Fortes	10,7	10,3
Moyennes	11,0	8,1
Faibles	11,3	8,6
Stress personnel intense		
Oui	11,3	9,5
Non	10,9	8,9
Faible soutien des collègues		
Oui	10,7	9,4
Non	11,2	8,3
Faible soutien des surveillants		
Oui	11,2	8,7
Non	11,0	9,2

Les poids de sondage ont été établis d'après la situation de réponse au cycle 1 et n'ont pas été rajustés pour tenir compte de la non-réponse subséquente, ce qui a peut-être biaisé les estimations si les caractéristiques des personnes qui sont demeurées dans le panel longitudinal différaient de celles des non-répondants.

contraintes au travail et le stress général et d'autres corrélats sont souvent contradictoires, les mesures des tensions et contraintes au travail et du stress de la vie quotidienne reflètent sans aucun doute des aspects différents de la vie des travailleurs.

Les associations avec les caractéristiques de l'emploi sont moins évidentes pour les autres facteurs de stress professionnels dont il est question dans la présente analyse, c'est-à-dire le faible soutien des collègues et des surveillants. Les hommes et les femmes occupant des postes de gestionnaire ainsi que ceux travaillant de longues heures étaient plus susceptibles d'avoir le sentiment de ne recevoir qu'un faible soutien de leurs collègues, tandis que les hommes travaillant à leur propre compte et les femmes ayant un faible revenu personnel étaient moins enclins à avoir ce sentiment. Aucune variable prise en compte n'est associée de façon statistiquement significative au faible soutien de la part des surveillants.

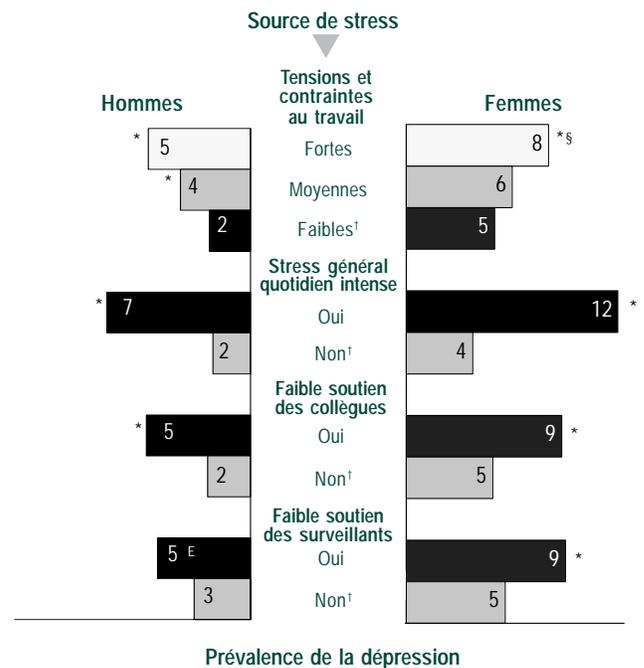
Stress et dépression

D'après l'ESCC de 2002, 3 % des travailleurs et 6 % des travailleuses avaient vécu un épisode dépressif majeur l'année précédant l'interview de l'enquête. Chez les travailleurs des deux sexes, un stress élevé au travail et ailleurs qu'au travail était associé à la dépression, résultat que confirment ceux d'autres études⁸⁻²⁹. Les hommes et les femmes éprouvant de fortes tensions et contraintes au travail étaient respectivement 2,5 fois et 1,6 fois plus susceptibles de faire une dépression que ceux et celles dont les tensions et contraintes au travail étaient faibles (graphique 4). Les travailleurs et les travailleuses considérant que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes étaient plus de trois fois plus susceptibles d'avoir vécu un épisode dépressif majeur que ceux et celles ayant déclaré un niveau plus faible de stress général. Le faible soutien des collègues est associé à une plus forte prévalence de la dépression chez les hommes et chez les femmes. L'association entre le faible soutien des surveillants et une augmentation du taux de dépression est statistiquement significative chez les femmes, mais ne fait que

s'approcher du seuil de signification statistique chez les hommes ($p = 0,054$).

On a examiné les associations entre le stress et la dépression au moyen de modèles multivariés contenant des variables de contrôle pour l'âge et les caractéristiques de l'emploi que l'on sait être liées au stress. Les problèmes de santé mentale sont également associés aux caractéristiques personnelles, comme l'état matrimonial, la présence d'enfants dans le ménage, le niveau de scolarité, la consommation abusive d'alcool et l'autoévaluation du soutien émotionnel⁵⁴. Les études antérieures ont été critiquées parce qu'elles ne tenaient pas compte de l'effet de variables confusionnelles éventuelles, comme l'âge, le statut socioéconomique et le soutien social³¹. Toutefois, même si l'on tient

Graphique 4
Prévalence de la dépression, selon le sexe et la source de stress, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002



[†] Catégorie de référence.

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

[§] Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour « moyennes » ($p < 0,05$).

^E Utiliser avec prudence (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

compte de tous ces facteurs, chacune des quatre sources de stress demeure associée à un risque plus élevé de dépression, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 3). En fait, les rapports de cotes corrigés reliant le stress à la dépression, qui tiennent compte de l'effet de toutes ces variables confusionnelles éventuelles, sont fort semblables aux rapports de cotes non corrigés.

Les quatre sources de stress examinées dans la présente analyse ne se manifestent pas toujours isolément (voir *Techniques d'analyse*). Par ailleurs, les travailleurs pourraient être particulièrement vulnérables à un type particulier de stress. Lorsqu'on tient compte simultanément des quatre sources de stress en plus des autres variables, l'association entre les tensions et contraintes au travail et la

Tableau 3

Rapports de cotes non corrigés et corrigés reliant certaines sources de stress et la dépression, selon le sexe, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002

Source de stress	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Correction pour les caractéristiques de l'emploi et les caractéristiques personnelles [†]		Correction pour les caractéristiques de l'emploi et les caractéristiques personnelles [†] ainsi que les trois autres sources de stress	
			Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Tensions et contraintes au travail						
Hommes						
Fortes	2,6*	1,8 - 3,7	2,4*	1,7 - 3,5	1,7*	1,2 - 2,5
Moyennes	1,7*	1,2 - 2,5	1,8*	1,3 - 2,6	1,6*	1,1 - 2,3
Faibles [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Femmes						
Fortes	1,7*	1,2 - 2,2	1,5*	1,1 - 2,0	1,1	0,8 - 1,5
Moyennes	1,2	0,9 - 1,7	1,2	0,9 - 1,7	1,1	0,7 - 1,5
Faibles [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Stress général quotidien intense						
Hommes						
Oui	4,0*	3,0 - 5,5	4,4*	3,2 - 6,0	3,8*	2,7 - 5,2
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Femmes						
Oui	3,5*	2,7 - 4,4	3,6*	2,8 - 4,7	3,5*	2,7 - 4,6
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Faible soutien des collègues						
Hommes						
Oui	2,5*	1,9 - 3,4	2,4*	1,7 - 3,3	1,9*	1,4 - 2,6
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Femmes						
Oui	1,9*	1,5 - 2,4	1,8*	1,4 - 2,4	1,5*	1,1 - 2,1
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Faible soutien des surveillants						
Hommes						
Oui	1,7*	1,1 - 2,6	1,7*	1,0 - 2,7	1,3	0,8 - 2,0
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Femmes						
Oui	1,7*	1,2 - 2,3	1,6*	1,2 - 2,2	1,3	0,9 - 1,9
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...

[†] Catégorie de référence.

[‡] Profession, heures travaillées, travail par quart, travail autonome, âge, état matrimonial, présence d'enfants dans le ménage, revenu personnel, niveau de scolarité, abus mensuel d'alcool et faible soutien émotionnel.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... n'ayant pas lieu de figurer.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

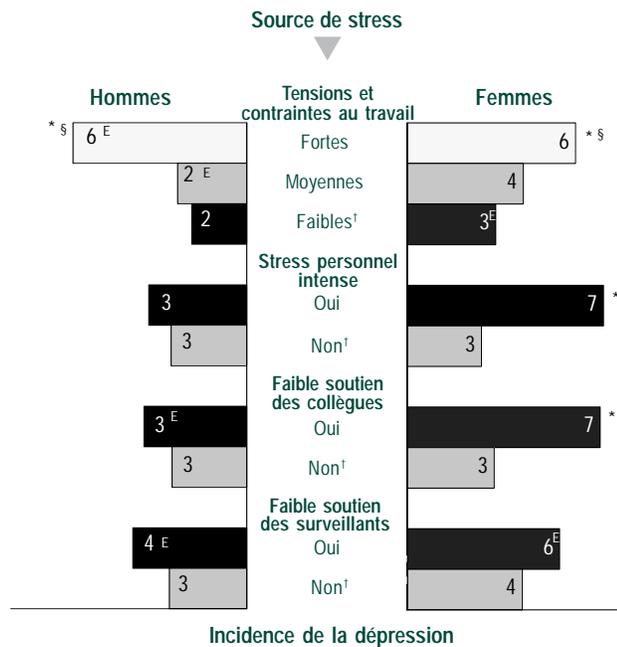
dépression persiste chez les hommes, mais non chez les femmes. De plus, l'association avec le faible soutien des surveillants disparaît, tant chez les hommes que chez les femmes. En revanche, le stress général quotidien et le faible soutien des collègues demeurent indépendamment associés à la dépression chez les hommes et les femmes qui travaillent.

Incidence de la dépression

On a utilisé des données longitudinales provenant de l'ENSP pour déterminer si le stress précède la dépression (voir *Définition du stress et de la dépression* et *Techniques d'analyse*). L'incidence de la dépression sur deux ans est définie comme étant la proportion de nouveaux cas de dépression chez les travailleurs

Graphique 5

Incidence de la dépression sur deux ans, selon le sexe et la source de stress, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1996-1997 et 2000-2001 à 2002-2003



[†] Catégorie de référence.

^{*} Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

[§] Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour « moyennes » ($p < 0,05$).

^E Utiliser avec prudence (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

Nota : Un nouveau cas de dépression est défini comme étant le fait de ne pas avoir le problème lors d'un cycle de l'ENSP, mais le déclarer au cycle suivant. Les cycles 1 et 2 (1994-1995 à 1996-1997) et 4 et 5 (2000-2001 à 2002-2003) de l'ENSP ont été examinés.

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, cycles de 1994-1995 à 2002-2003, Fichier santé longitudinal (carré)

qui n'avaient pas déclaré faire de la dépression deux ans plus tôt. On a posé des questions en vue d'évaluer le stress lors du premier cycle (1994-1995) et du quatrième cycle (2000-2001) de l'ENSP. Par conséquent, on ne peut évaluer l'incidence de la dépression en fonction du stress que pour les périodes de 1994-1995 à 1996-1997 et de 2000-2001 à 2002-2003.

Chez les hommes, une seule des quatre sources de stress (les tensions et contraintes au travail) était associée à l'apparition de nouveaux cas de dépression (graphique 5). Les hommes occupant un emploi où les tensions et contraintes sont élevées étaient plus de trois fois plus susceptibles de commencer à faire de la dépression que ceux n'étant soumis qu'à de faibles tensions et contraintes au travail. Chez les femmes, l'incidence de la dépression est associée à trois sources de stress, à savoir de fortes tensions et contraintes au travail, un stress personnel important et un faible soutien des collègues.

Ces associations ont été examinées au moyen de modèles multivariés contenant des variables de contrôle pour les caractéristiques de l'emploi et les caractéristiques personnelles (tableau 4). Lorsqu'on tient compte simultanément des effets des quatre facteurs de stress en plus de ceux des autres variables, l'association entre les tensions et contraintes au travail et l'incidence de la dépression persiste chez les hommes, mais non chez les femmes. Cependant, chez ces dernières, les associations entre la dépression et un haut niveau de stress personnel ou un faible soutien des collègues persistent. Ces résultats confirment ceux d'autres études, ce qui donne à penser que les tensions et contraintes au travail influent davantage sur la santé des hommes que sur celle des femmes. Cependant, le stress associé à l'obligation de remplir plusieurs rôles et aux situations familiales fait courir un plus grand risque aux femmes qu'aux hommes^{15,17,19}.

Une question fondamentale dans l'étude des associations entre le stress au travail et la dépression est de savoir si la dépression est associée à des situations professionnelles négatives ou aux perceptions du travailleur. Pratiquement tous les

Exigences et latitude : une interaction?

La plupart des études portant sur les tensions et contraintes au travail ont démontré clairement qu'un niveau élevé de celles-ci est nuisible pour la santé. Toutefois, on ne comprend pas encore très bien la façon précise dont les effets des exigences psychologiques et de la latitude de décision sont associés à des résultats négatifs sur la santé. Si les effets interagissent, des exigences psychologiques ne seront nuisibles pour la santé que si la latitude de décision est faible, et si la latitude de décision est grande, la santé des travailleurs devant faire face à des exigences élevées au travail ne risquera pas d'être compromise.

Pour clarifier cette situation, les exigences psychologiques et la latitude de décision ont été introduites comme variables dans des modèles de régression logistique en même temps qu'un terme d'interaction. Une interaction négative entre les exigences psychologiques et la latitude de décision indiquerait que l'accroissement des exigences psychologiques est plus nuisible pour les travailleurs ayant une faible latitude de décision.

En 2002, la dépression était associée positivement aux exigences psychologiques et négativement à la latitude de décision, chez les hommes ainsi que chez les femmes (tableau A en annexe). Le terme d'interaction n'était pas significatif, ce qui veut dire que la latitude de décision et les exigences de l'emploi sont associées à la dépression, indépendamment et de façon combinée. Il en était de même pour les femmes à plus long terme (tableau B en annexe); pour les hommes, par contre, l'interaction était significative.

En examinant les résultats à l'aide des graphiques, il est clair que, pour les hommes ainsi que pour les femmes, un nouveau cas de dépression est plus susceptible de se manifester quand l'emploi est caractérisé par une faible latitude de décision et des exigences psychologiques élevées (voir les graphiques). Cependant, chez les hommes, les exigences psychologiques ne sont pas corrélées à la dépression quand la latitude de décision est moyenne ou grande. Chez les femmes, par contre, les

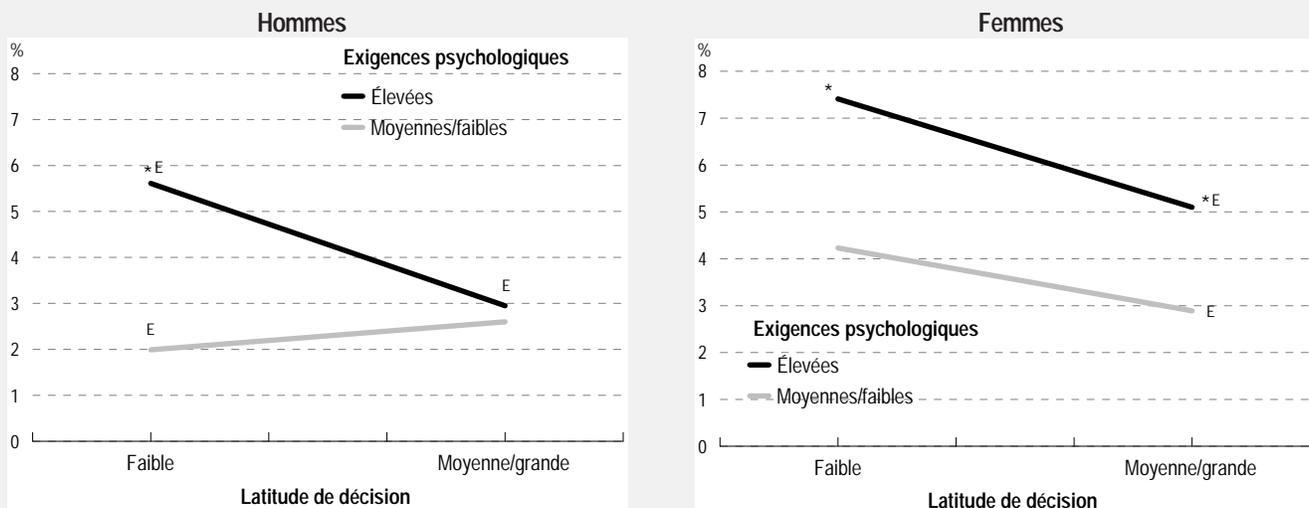
exigences psychologiques importent encore quand le niveau de latitude de décision est plus élevé.

Le soutien des collègues ou des surveillants peut aussi influencer sur l'association entre les tensions et contraintes au travail et les résultats négatifs liés à la santé; autrement dit, le soutien des collègues ou des surveillants peut atténuer les effets délétères des tensions et contraintes au travail³³. Afin de vérifier cette hypothèse, tous les modèles de régression ont été exécutés de nouveau en vue de tester les interactions entre les tensions et contraintes au travail et le soutien des collègues et entre les tensions et contraintes au travail et le soutien du surveillant. Les interactions entre les tensions et contraintes au travail et le soutien des surveillants n'étaient pas significatives (données non présentées), ce qui reflète les résultats d'autres études^{10,11,13,17-20,22,25}. Cependant, il existe des indices d'un effet principal du soutien des collègues et des surveillants chez les hommes ainsi que chez les femmes en 2002. En d'autres termes, le soutien des collègues et des surveillants est bénéfique, quel que soit le niveau des tensions et contraintes au travail. Lorsqu'on a utilisé les données longitudinales, on a observé un effet majeur du soutien des collègues chez les femmes, mais non chez les hommes.

Il se pourrait aussi que le stress au foyer interagisse positivement avec les tensions et contraintes au travail, créant ainsi des conditions particulièrement néfastes pour la santé mentale. Les modèles de régression transversaux ont été réexécutés pour vérifier la présence d'interactions entre les tensions et contraintes au travail et le stress général, et les modèles longitudinaux pour vérifier les interactions entre les tensions et contraintes au travail et le stress personnel. De nouveau, aucun terme d'interaction n'était statistiquement significatif (données non présentées).

Dans tous les cas, on a utilisé des mesures continues du stress pour vérifier les interactions.

Incidence de la dépression sur deux ans, selon les exigences psychologiques et la latitude de décision, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1996-1997 et 2000-2001 à 2002-2003



* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour les demandes causant un stress psychologique modéré/faible ($p < 0,05$).

^E Utiliser avec prudence (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

Nota : Un nouveau cas de dépression est défini comme étant le fait de ne pas avoir le problème lors d'un cycle de l'ENSP, mais le déclarer au cycle suivant. Les cycles 1 et 2 (1994-1995 à 1996-1997) et 4 et 5 (2000-2001 à 2002-2003) de l'ENSP ont été examinés.

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, cycles de 1994-1995 à 2002-2003, Fichier santé longitudinal (carré)

Tableau 4

Rapports de cotes non corrigés et corrigés reliant certaines sources de stress et l'incidence de la dépression sur deux ans, selon le sexe, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1996-1997 et 2000-2001 à 2002-2003

Source de stress	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Correction pour les caractéristiques de l'emploi et les caractéristiques personnelles [†]		Correction pour les caractéristiques de l'emploi et les caractéristiques personnelles [‡] ainsi que les trois autres sources de stress		Correction pour les caractéristiques de l'emploi et les caractéristiques personnelles [†] , les trois autres sources de stress et le sentiment de contrôle		
			Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Tensions et contraintes au travail									
Hommes									
Fortes	3,3*	1,9 - 5,8	3,0*	1,6 - 5,5	2,9*	1,6 - 5,4	2,9*	1,5 - 5,4	
Moyennes	1,3	0,8 - 2,0	1,2	0,7 - 2,0	1,2	0,7 - 2,0	1,2	0,7 - 2,0	
Faibles [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	
Femmes									
Fortes	2,0*	1,3 - 3,0	1,6*	1,0 - 2,5	1,3	0,8 - 2,0	1,2	0,8 - 1,9	
Moyennes	1,3	0,8 - 2,1	1,2	0,8 - 1,9	1,1	0,7 - 1,7	1,1	0,7 - 1,7	
Faibles [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	
Stress personnel élevé									
Hommes									
Oui	1,3	0,9 - 2,0	1,1	0,7 - 1,7	0,9	0,6 - 1,5	0,9	0,6 - 1,4	
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	
Femmes									
Oui	2,8*	2,1 - 3,7	2,6*	1,9 - 3,4	2,3*	1,7 - 3,1	2,0*	1,5 - 2,7	
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	
Faible soutien des collègues									
Hommes									
Oui	1,4	0,8 - 2,3	1,2	0,7 - 2,0	1,1	0,6 - 1,8	1,1	0,6 - 1,8	
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	
Femmes									
Oui	2,3*	1,6 - 3,3	2,1*	1,5 - 3,1	1,9*	1,3 - 2,7	1,8*	1,2 - 2,6	
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	
Faible soutien des surveillants									
Hommes									
Oui	1,5	0,8 - 2,7	1,4	0,8 - 2,5	1,2	0,6 - 2,3	1,2	0,6 - 2,3	
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	
Femmes									
Oui	1,3	0,9 - 2,0	1,3	0,9 - 1,9	0,9	0,6 - 1,4	1,0	0,6 - 1,4	
Non [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	

[†] Catégorie de référence.

[‡] Profession, heures travaillées, travail par quart, travail autonome, âge, état matrimonial, présence d'enfants dans le ménage, revenu du ménage, niveau de scolarité, abus mensuel d'alcool, faible soutien émotionnel et usage du tabac.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... n'ayant pas lieu de figurer.

Nota : Un nouveau cas de dépression est défini comme étant le fait de ne pas avoir le problème lors d'un cycle de l'ENSP, mais le déclarer au cycle suivant. Les cycles 1 et 2 (1994-1995 à 1996-1997) et 4 et 5 (2000-2001 à 2002-2003) de l'ENSP ont été examinés. Les données ayant été arrondies, un rapport de cotes dont la borne inférieure de l'intervalle de confiance est égale à 1,0 est statistiquement significatif.

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, cycles de 1994-1995 à 2002-2003, Fichier santé longitudinal (carré)

travailleurs jugeront stressant un emploi dont le niveau des tensions et contraintes est élevé. Lors de l'évaluation du niveau de stress et de la dépression au moyen de données autodéclarées, il

est possible que des traits de personnalité négatifs contribuent à embrouiller la relation entre le stress et la dépression (voir *Limites*). Il se pourrait que les personnes qui voient les choses de façon pessimiste

soient plus susceptibles que les autres de penser qu'elles exercent peu de contrôle sur leur vie, de juger diverses situations stressantes et d'en arriver à faire de la dépression. Le cas échéant, les situations stressantes ne causeraient pas la dépression, mais plutôt les traits de personnalité négatifs. Dans le cadre de l'ENSP, l'affectivité négative n'a pas été évaluée, mais le sentiment de contrôle l'a été, c'est-à-dire la mesure selon laquelle une personne pense exercer un contrôle sur sa vie³⁰. Si la dépression est davantage associée aux caractéristiques du travailleur qu'au stress, on s'attendrait à ce que le fait d'inclure le sentiment de contrôle dans les modèles multivariés affaiblisse ou élimine les associations observées entre le stress et la dépression, ce qui n'a pas été le cas. Lorsqu'on inclut le sentiment de contrôle comme variable de contrôle dans les modèles, le rapport de cotes ne varie pour ainsi dire pas (tableau 4, dernier modèle).

Persistance des tensions et contraintes au travail

Comme les questions posées pour évaluer le stress au travail étaient les mêmes dans l'ENSP de

Tableau 5
Cotes de tensions et contraintes au travail, selon le sexe, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995 et 2002

	Hommes		Femmes	
	1994-1995	2002	1994-1995	2002
Cote moyenne de tensions et contraintes au travail	0,94	0,90*	1,08	1,00*
Fortes tensions et contraintes au travail (ratio de 1,2 et plus) %	22,9	18,8*	34,7	26,6*
Tensions et contraintes au travail moyennes (ratio compris entre 0,8 et 1,2) %	33,2	34,0	30,1	35,4*
Faibles tensions et contraintes au travail (ratio de 0,8 et moins) %	43,9	47,1*	35,3	38,0*
Composantes des tensions et contraintes au travail				
Exigences psychologiques - cote moyenne	5,74	5,61*	5,96	5,85
Discrétion relative à la compétence - cote moyenne	6,09	6,31*	5,71	6,02*
Pouvoir décisionnel - cote moyenne	7,15	7,19	6,45	6,66*

* Valeur significativement différente de l'estimation pour 1994-1995 ($p < 0,05$).

Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, fichier santé transversal; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

1994-1995 que celles de l'ESCC de 2002, il est possible d'étudier les variations au fil du temps à l'aide des fichiers transversaux de ces deux enquêtes. Tant chez les hommes que chez les femmes, le niveau moyen de tensions et contraintes au travail était significativement plus faible en 2002 qu'en 1994-1995 (tableau 5). En 2002, 19 % des hommes occupaient un emploi comportant de fortes tensions et contraintes, en baisse par rapport à 23 %. La diminution était encore plus importante chez les femmes où ce taux est passé de 35 % à 27 %. Si l'on tient compte des trois composantes des tensions et contraintes au travail, la baisse est imputable à une légère diminution des exigences psychologiques et à une augmentation de la discrétion relative à la compétence chez les hommes, alors que chez les femmes, elle est attribuable à une augmentation de la discrétion relative à la compétence et du pouvoir décisionnel. Les niveaux perçus de soutien des collègues et des surveillants sont demeurés stables (données non présentées).

Le fichier longitudinal de l'ENSP permet de déterminer dans quelle mesure les travailleurs sont exposés ou non à de fortes tensions et contraintes au travail. Les membres du panel longitudinal de

Tableau 6
Pourcentage de personnes déprimées en 2000-2001 et en 2002-2003, selon les transitions relatives aux tensions et contraintes au travail, population occupée de 18 à 75 ans qui ne souffrait pas de dépression en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Dépression	
	2000-2001	2002-2003
	%	%
Fortes tensions et contraintes au travail en :		
1994-1995	2000-2001	
Oui	Oui	7,4 ^E
Oui	Non	3,5 ^E
Non	Oui	7,0 ^E
Non	Non [†]	2,3
		9,3 ^E
		4,0 ^E
		7,2 ^E
		2,0

[†] Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

^E Utiliser avec prudence (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, cycles de 1994-1995 à 2002-2003, Fichier santé longitudinal (carré)

l'enquête ont répondu aux questions sur les tensions et contraintes au travail en 1994-1995, et de nouveau en 2000-2001. Puis, on a évalué la persistance des tensions et contraintes au travail en se fondant sur ceux qui avaient un emploi lors des deux interviews. De ceux qui occupaient un emploi en 1994-1995, 87 % des hommes de même que 80 % des femmes étaient occupés lors de l'interview de suivi en 2000-2001. Or, les hommes ayant déclaré être soumis à des tensions et contraintes au travail en 1994-1995 étaient moins susceptibles d'avoir un emploi lors de l'interview de suivi en 2000-2001, mais chez les femmes, la situation d'emploi lors de l'interview de suivi n'était pas reliée au niveau des tensions et contraintes au travail en 1994-1995 (données non présentées).

Plus du quart des hommes (28 %) qui avaient déclaré être exposés à de fortes tensions et

contraintes au travail en 1994-1995 étaient dans la même situation six ans plus tard. La persistance des tensions et contraintes au travail était encore plus fréquente chez les femmes (42 %). Parmi les hommes qui avaient déclaré être soumis à un niveau faible ou moyen de tensions et contraintes au travail en 1994-1995, 13 % ont dit que ces tensions et contraintes étaient fortes en 2000-2001. La transition à un niveau élevé de tensions et contraintes était, elle aussi, encore plus fréquente chez les femmes (20 %).

Rares sont les études comportant une évaluation des tensions et contraintes au travail à plus d'un point dans le temps^{11,33,37,55}; aussi, le fichier longitudinal de l'ENSP offre-t-il une occasion unique d'examiner les effets de l'exposition permanente à de telles tensions et contraintes. D'après l'exposition à de fortes tensions et

Tableau 7

Rapports de cotes non corrigés et corrigés reliant les transitions relatives au niveau des tensions et contraintes au travail à la dépression en 2000-2001 et en 2002-2003, selon le sexe, population occupée de 18 à 75 ans ne souffrant pas de dépression en 1994-1995, Canada, territoires non compris

		Rapport de cotes non corrigé		Correction pour les caractéristiques de l'emploi et les caractéristiques personnelles ¹		Correction pour les caractéristiques de l'emploi et les caractéristiques personnelles ¹ ainsi que les quatre sources de stress ⁵		Correction pour les caractéristiques de l'emploi et les caractéristiques personnelles ¹ , les quatre sources de stress ⁵ et le sentiment de contrôle	
		Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
----- Dépression en 2000-2001 -----									
Fortes tensions et contraintes au travail en :									
1994-1995	2000-2001								
Oui	Oui	3,3*	2,1 - 5,4	2,8*	1,7 - 4,6	2,6*	1,5 - 4,4	2,4*	1,4 - 4,2
Oui	Non	1,5	0,8 - 2,7	1,4	0,7 - 2,5	1,3	0,7 - 2,4	1,3	0,7 - 2,4
Non	Oui	3,2*	1,9 - 5,1	2,8*	1,7 - 4,6	2,8*	1,7 - 4,5	2,7*	1,6 - 4,4
Non	Non ¹	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
----- Dépression en 2002-2003 -----									
Fortes tensions et contraintes au travail en :									
1994-1995	2000-2001								
Oui	Oui	5,1*	2,9 - 8,9	3,6*	2,0 - 6,5	3,6*	1,9 - 6,6	3,4*	1,8 - 6,4
Oui	Non	2,1*	1,2 - 3,8	1,6	0,9 - 3,1	1,6	0,9 - 3,0	1,6	0,9 - 3,0
Non	Oui	3,9*	2,0 - 7,5	3,3*	1,8 - 6,0	3,3*	1,8 - 6,0	3,3*	1,8 - 6,1
Non	Non ¹	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...

¹ Catégorie de référence (« Non » en 1994-1995 et « Non » en 2000-2001).

² Profession, heures travaillées, travail par quart, travail autonome, sexe, âge, état matrimonial, présence d'enfants dans le ménage, revenu du ménage, niveau de scolarité, abus mensuel d'alcool, faible soutien émotionnel et usage du tabac.

⁵ Tensions et contraintes au travail, stress personnel intense, faible soutien des collègues, et faible soutien des surveillants.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... n'ayant pas lieu de figurer.

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, cycles de 1994-1995 à 2002-2003, Fichier santé longitudinal (carré)

contraintes au travail en 1994-1995 et (ou) en 2000-2001, on a défini quatre catégories de travailleurs pour permettre de refléter les transitions vers une situation de fortes tensions et contraintes ou en dehors d'une telle situation (tableau 6). On a comparé la présence de dépression en 2000-2001 et en 2002-2003 en fonction de ces catégories. L'analyse porte uniquement sur les travailleurs qui ne faisaient pas de dépression en 1994-1995. Les résultats ont été regroupés pour les hommes et les femmes en raison de la petite taille des échantillons.

Les travailleurs constamment exposés à de fortes tensions et contraintes au travail étaient environ trois fois plus susceptibles d'avoir vécu un épisode dépressif majeur l'année qui a précédé l'enquête de 2000-2001 que ceux n'y étant pas exposés; il en est de même de ceux qui étaient passés à une situation de fortes tensions et contraintes. En 2002-2003, ces deux groupes continuent de courir un risque plus élevé de se retrouver en dépression. En outre, ceux qui n'ont plus déclaré être soumis à de fortes tensions et contraintes au travail en 2000-2001 étaient deux fois plus susceptibles que le groupe non exposé de faire de la dépression en 2002-2003.

Si l'on utilise des modèles multivariés tenant compte de l'effet des caractéristiques de l'emploi et des caractéristiques personnelles ainsi que des autres sources de stress et du sentiment de contrôle, la probabilité accrue de faire de la dépression est constante pour le groupe constamment exposé et pour celui nouvellement exposé à de fortes tensions et contraintes au travail (tableau 7).

Mot de la fin

La dépression se démarque en tant que problème important de santé au travail. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale et bien-être de 2002, un peu plus d'un million d'adultes de 18 ans et plus avaient vécu un épisode dépressif majeur l'année qui a précédé

l'interview de l'enquête. Plus de 70 % de ces personnes travaillaient cette année-là.

Le stress au travail et ailleurs qu'au travail est associé à la dépression chez les travailleurs. Les hommes et les femmes dont l'emploi est caractérisé par des exigences psychologiques, mais une capacité limitée d'utiliser leurs compétences et leur autorité pour répondre à ces exigences, affichent un taux de dépression significativement plus élevé que les autres. Il en est de même des travailleurs qui ont le sentiment de ne bénéficier que d'un faible soutien de leurs collègues et de leurs surveillants ainsi que de ceux qui disent généralement éprouver un niveau élevé de stress quotidien. Cependant, certains résultats donnent à penser que ces facteurs de stress ne surviennent pas isolément. Si l'on tient compte simultanément des diverses sources de stress ainsi que d'autres variables confusionnelles éventuelles, l'association entre le faible soutien des surveillants et la dépression ne persiste ni chez les hommes ni chez les femmes, de même que l'association entre les tensions et contraintes au travail et la dépression chez les femmes.

L'analyse fondée sur des données longitudinales révèle que le stress est, du moins dans certains cas, un précurseur de la dépression. L'apparition d'un nouveau cas de dépression était plus probable chez les travailleurs éprouvant de fortes tensions et contraintes au travail. Chez les femmes, le faible soutien des collègues et un niveau élevé de stress dans la vie personnelle sont des facteurs également associés à l'apparition de la dépression. Si l'on tient compte simultanément des diverses sources de stress, la seule association qui ne persiste pas est celle où l'on observe de fortes tensions et contraintes au travail chez les femmes.

Ces résultats corroborent ceux d'autres études, dans lesquelles on estime que la santé mentale des hommes est plus vulnérable au stress lié au milieu de travail, tandis que les femmes sont plus vulnérable au stress causé par la multiplicité des rôles à remplir au travail et ailleurs^{15,17,19}. ●

Références

1. Organisation mondiale de la Santé, *The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
2. P.E. Greenberg, L.E. Stiglin, S.N. Finkelstein *et al.*, « The economic burden of depression in 1990 », *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(11), 1993, p. 405-418.
3. D.J. Conti et W.N. Burton, « The economic impact of depression in a workplace », *Journal of Occupational Medicine*, 36(9), 1994, p. 983-988.
4. C.S. Dewa, P. Goering, E. Lin *et al.*, « Depression-related short-term disability in an employed population », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44(7), 2002, p. 628-633.
5. B.G. Druss, R.A. Rosenheck et W.H. Sledge, « Health and disability costs of depressive illness in a major US corporation », *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 2000, p. 1274-1278.
6. R.C. Kessler, C. Barber, H.G. Birnbaum *et al.*, « Depression in the workplace: effects on short-term disability », *Health Affairs*, 18(5), 1999, p. 163-171.
7. W.F. Stewart, J.A. Ricci, E. Chee *et al.*, « Cost of lost productive work time among US workers with depression », *JAMA*, 289(23), 2003, p. 3135-3144.
8. B.C. Amick III, I. Kawachi, E.H. Coakley *et al.*, « Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 24(1), 1998, p. 54-61.
9. C. Bildt et H. Michelson, « Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a 4-year follow-up », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 75(4), 2002, p. 252-258.
10. R. Bourbonnais, C. Brisson, J. Moisan *et al.*, « Job strain and psychological distress in white-collar workers », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 22(2), 1996, p. 139-145.
11. R. Bourbonnais, M. Comeau et M. Vézina, « Job strain and evolution of mental health among nurses », *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 1999, p. 95-107.
12. S. Braun et R.B. Hollander, « Work and depression among women in the Federal Republic of Germany », *Women and Health*, 14(2), 1988, p. 3-26.
13. J.V. Johnson, E.M. Hall, D.E. Ford *et al.*, « The psychosocial work environment of physicians. The impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School graduates », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37(9), 1995, p. 1151-1159.
14. R.A. Karasek, « Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, 24, 1979, p. 285-308.
15. G. Lai, « Work and family roles and psychological well-being in urban China », *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1995, p. 11-37.
16. H. Mausner-Dorsch et W.W. Eaton, « Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model », *American Journal of Public Health*, 90(11), 2000, p. 1765-1770.
17. M. Melchior, I. Niedhammer, L.F. Berkman *et al.*, « Do psychosocial work factors and social relations exert independent effects on sickness absence? A six-year prospective study of the GAZEL cohort », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 2003, p. 285-293.
18. I. Niedhammer, I. Bugel, M. Goldberg *et al.*, « Psychosocial factors at work and sickness absence in the GAZEL cohort: a prospective study », *Occupational and Environmental Medicine*, 55(11), 1998, p. 735-741.
19. I. Niedhammer, M. Goldberg, A. Leclerc *et al.*, « Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the GAZEL cohort », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 24(3), 1998, p. 197-205.
20. K.O. Park, M.G. Wilson et M.S. Lee, « Effects of social support at work on depression and organizational productivity », *American Journal of Health Behavior*, 28(5), 2004, p. 444-455.
21. S. Paterniti, I. Niedhammer, T. Lang *et al.*, « Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study », *British Journal of Psychiatry*, 181, 2002, p. 111-117.
22. J. Phelan, J.E. Schwartz, E.J. Bromet *et al.*, « Work stress, family stress and depression in professional and managerial employees », *Psychological Medicine*, 21(4), 1991, p. 999-1012.
23. S. Roxburgh, « Gender differences in work and well-being: effects of exposure and vulnerability », *Journal of Health and Social Behavior*, 37(3), 1996, p. 265-277.
24. M. Shields, « Stress, santé et bienfaits du soutien social », *Rapports sur la santé*, 15(1), 2004, p. 9-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
25. S.A. Stansfeld, F.M. North, I. White *et al.*, « Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49(1), 1995, p. 48-53.
26. S.A. Stansfeld, R. Fuhrer, J. Head *et al.*, « Work and psychiatric disorder in the Whitehall II Study », *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 1997, p. 73-81.
27. S.A. Stansfeld, R. Fuhrer, M.J. Shipley *et al.*, « Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study », *Occupational and Environmental Medicine*, 56(5), 1999, p. 302-307.
28. K. Wilkins et M.P. Beaudet, « Le stress au travail et la santé », *Rapports sur la santé*, 10(3), 1998, p. 49-66 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
29. R.B. Williams, J.C. Barefoot, J.A. Blumenthal *et al.*, « Psychosocial correlates of job strain in a sample of working women », *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 1997, p. 543-548.
30. L.I. Pearlin, M.A. Lieberman, E.G. Menaghan *et al.*, « The stress process », *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 1981, p. 337-356.
31. Y. Béland, J. Dufour et R. Gravel, « Sample design of the Canadian Mental Health Survey », *Proceedings of the Survey Methods Section, 2001*, Vancouver, Société statistique du Canada, 2001, p. 93-98.

32. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale et bien-être, Cycle 1.2, disponible à: http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle1_2/index.htm, document consulté le 13 septembre 2005.
33. P.L. Schnall, P.A. Landsbergis et D. Baker, « Job strain and cardiovascular disease », *Annual Review of Public Health*, 15, 1994, p. 381-411.
34. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
35. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
36. Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, Volet ménages, Cycle 6, Documentation longitudinale, Division de la statistique de la santé, Ottawa, 2006.
37. T. Theorell et R.A. Karasek, « Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research », *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 1996, p. 9-26.
38. R.C. Kessler et J.D. McLeod, « Social support and mental health in community samples », publié sous la direction de S. Cohen et S.L. Syme, *Social Support and Health*, New York, Academic, 1985, p. 219-240.
39. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 209-217 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
40. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
41. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, Survey Research Methods Section*, American Statistical Association, Baltimore, août 1999.
42. E.M. Hall, « Gender, work control, and stress: a theoretical discussion and an empirical test », *International Journal of Health Services*, 19(4), 1989, p. 725-745.
43. R. Karasek, C. Brisson, N. Kawakami *et al.*, « The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics », *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 1998, p. 322-355.
44. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
45. Statistique Canada, Annexe, *Rapports sur la santé*, 15(supplément), 2004, p. 69-88 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
46. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8-19.
47. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Troisième édition*, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.
48. M.G. Marmot, G.D. Smith, S. Stansfeld *et al.*, « Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study », *The Lancet*, 337(8754), 1991, p. 1387-1393.
49. M.J. Colligan et R.R. Rosa, « Shiftwork effects on social and family life », *Occupational Medicine*, 5(2), 1990, p. 315-322.
50. J.M. Harrington, « Shift work and health—a critical review of the literature on working hours », *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 23(5), 1994, p. 699-705.
51. M. Shields, « Travail par quarts et santé », *Rapports sur la santé*, 13(4), 2002, p. 11-36 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
52. Statistique Canada, Classification type des professions (CTP) de 1991 - Canada, disponible à: http://www.statcan.ca/francais/Subjects/Standard/soc/1991/soc91-menu_f.htm, document consulté le 6 février 2006.
53. W.L. Hellerstedt et R.W. Jeffery, « The association of job strain and health behaviours in men and women », *International Journal of Epidemiology*, 26(3), 1997, p. 575-583.
54. M.P. Beudet, « Dépression », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 11-25 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
55. I. Godin, F. Kittel, Y. Coppieters *et al.*, « A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health », *BMC Public Health*, 5(1), 2005, p. 67.

Annexe

Tableau A

Rapports de cotes reliant les exigences psychologiques et la latitude de décision à la dépression, selon le sexe, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002

	Sans interaction		Avec interaction	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Hommes				
Exigences psychologiques	1,16*	1,09 - 1,24	1,16*	1,09 - 1,24
Latitude de décision	0,81*	0,74 - 0,89	0,81*	0,74 - 0,90
Interaction	...	...	1,00	0,96 - 1,03
Femmes				
Exigences psychologiques	1,08*	1,03 - 1,14	1,08*	1,02 - 1,14
Latitude de décision	0,90*	0,84 - 0,97	0,91*	0,84 - 0,97
Interaction	...	...	0,99	0,97 - 1,02

* Valeur significativement différente de 1,00 ($p < 0,05$).

... n'ayant pas lieu de figurer.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Tableau B

Rapports de cotes reliant les exigences psychologiques et la latitude de décision à l'incidence de la dépression sur deux ans, selon le sexe, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1996-1997 et 2000-2001 à 2002-2003

	Sans interaction		Avec interaction	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Hommes				
Exigences psychologiques	1,19*	1,06 - 1,34	1,19*	1,06 - 1,34
Latitude de décision	0,85*	0,74 - 0,98	0,89	0,76 - 1,04
Interaction	...	...	0,94*	0,88 - 0,99
Femmes				
Exigences psychologiques	1,14*	1,05 - 1,23	1,15*	1,07 - 1,23
Latitude de décision	0,86*	0,76 - 0,97	0,86*	0,75 - 0,97
Interaction	...	...	1,01	0,97 - 1,06

* Valeur significativement différente de 1,00 ($p < 0,05$).

... n'ayant pas lieu de figurer.

Nota : Un nouveau cas de dépression est défini comme étant le fait de ne pas avoir le problème lors d'un cycle de l'ENSP, mais le déclarer au cycle suivant. Les cycles 1 et 2 (1994-1995 à 1996-1997) et 4 et 5 (2000-2001 à 2002-2003) de l'ENSP ont été examinés.

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, cycles de 1994-1995 à 2002-2003, Fichier santé longitudinal (carré)

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



A stylized graphic on the left side of the page. It features a dark grey background with white and light grey outlines. The top part shows a simplified face with a vertical line for a nose and a horizontal line for a mouth. Below the face, there are thick, white, curved lines that resemble a network or a stylized 'e' shape. At the bottom, there is a gear-like shape with a white outline and a dark grey fill.

Santé en bref

De courts articles descriptifs qui
présentent de l'information
récente tirée d'enquêtes sur la
santé ou de bases de données
administratives

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



L'insatisfaction au travail

par Margot Shields

Mots-clés : emploi, satisfaction professionnelle, santé au travail, travail, tolérance à l'horaire de travail

En 2002, la grande majorité des travailleurs canadiens ont déclaré être satisfaits de leur emploi, mais environ 1 personne sur 12 ne l'était pas, ce qui représente 1,3 million de Canadiens. Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être, un peu plus de 6 % des travailleurs n'étaient « pas trop satisfaits » de leur emploi, alors que 2 % étaient « insatisfaits ». Il serait utile, tant pour les employés que pour leurs employeurs, de comprendre les raisons qui expliquent ces opinions négatives, étant donné que beaucoup de personnes passent une grande partie de leur journée au travail.

Profession

Les hommes et les femmes étaient proportionnellement aussi nombreux à être insatisfaits de leur travail, mais les rapports entre l'insatisfaction et les caractéristiques de l'emploi différaient parfois selon le sexe (tableau 1). Une proportion assez élevée d'hommes et de femmes travaillant dans le secteur des ventes ou des services, ou dans ceux de la transformation, de la fabrication ou des services publics étaient insatisfaits de leur travail. Il en était de même chez les hommes occupant un emploi dans les secteurs de l'administration, des finances ou du travail de bureau. En revanche, une proportion relativement faible d'hommes et de femmes faisant partie de la catégorie des professionnels étaient insatisfaits de leur travail. Qui plus est, chez les hommes œuvrant dans le secteur de la gestion ainsi que chez ceux travaillant dans le secteur de l'agriculture, de la foresterie, de la pêche ou de l'extraction minière, l'insatisfaction au travail était particulièrement peu fréquente.

Tableau 1

Pourcentage de travailleurs s'étant dits insatisfaits de leur travail, selon le sexe et certaines caractéristiques, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002

	Total	Hommes	Femmes
	%	%	%
Total	8,6	8,4	8,8
Profession[†]			
Gestion	5,7*	4,2*	8,3
Professionnel	5,3*	5,8*	4,9*
Technologue, technicien	7,4	7,2	7,9 ^E
Administration, finances ou travail de bureau	10,7*	14,5 ^{EE}	9,8
Ventes, services	11,4*	10,9*	11,8*
Métiers, transports, machinerie	8,0	8,1	F
Agriculture, foresterie, pêche, extraction minière	4,4 ^{EE}	4,2 ^{EE}	F
Transformation, fabrication, services publics	16,7*	17,9*	14,7 ^{EE}
Horaire de travail			
Horaire ou quart normal de travail de jour [†]	7,7	7,0	8,5
Quart de soirée	14,9*	15,5 ^{EE}	14,3*
Quart de nuit	18,4*	19,1 ^{EE}	17,3 ^{EE}
Quart rotatif	10,0*	10,5*	9,4
Quart brisé	7,8	9,0	6,3*
Nombre d'heures de travail par semaine			
Temps partiel (1 à 29 heures)	9,5	13,4*	7,9*
Horaire normal (30 à 40 heures) [†]	9,5	9,3	9,7
Longue semaine de travail (plus de 40 heures)	6,8*	6,6*	7,3*
Travail autonome			
Oui	4,2*	4,6 ^{EE}	3,6 ^{EE}
Non [†]	9,4	9,3	9,6
Revenu personnel			
Moins de 20 000 \$	12,0*	15,0*	10,4
De 20 000 \$ à 39 999 \$ [†]	9,2	9,5	8,9
De 40 000 \$ à 59 999 \$	7,4*	6,9*	8,2
60 000 \$ et plus	4,5*	4,6*	4,3 ^{EE}
Niveau de scolarité			
Pas de diplôme d'études secondaires	8,4	9,1	7,3
Diplôme d'études secondaires [†]	8,8	8,6	9,0
Études postsecondaires partielles	10,8	10,6	11,0
Diplôme d'études postsecondaires	8,2	7,7	8,7
Groupe d'âge			
18 à 24 ans	13,6*	13,7*	13,5*
25 à 39 ans [†]	9,5	9,2	9,8
40 à 54 ans	7,2*	6,9*	7,5*
55 ans et plus	5,2*	5,7 ^{EE}	4,4 ^{EE}

[†] La catégorie de référence est le total.

[†] Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

^E Utiliser avec prudence (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

^F Valeur supprimée à cause de la variété d'échantillonnage extrême (coefficient de variation supérieur à 33,3 %).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Travailleurs de quarts insatisfaits

Les hommes et les femmes qui travaillaient par quarts de soirée ou de nuit étaient plus susceptibles de se dire insatisfaits de leur travail que ceux ayant un horaire normal de travail de jour. Il en était de même chez les hommes qui avaient un horaire de quart rotatif. Par contre, les femmes dont l'horaire était irrégulier étaient plus susceptibles d'être satisfaites de leur travail.

Les hommes et les femmes dont la semaine de travail était longue (plus de 40 heures) étaient moins susceptibles de se dire insatisfaits de leur travail que leurs homologues ayant un horaire normal de travail de jour (de 30 à 40 heures par semaine). Les hommes occupant un emploi à temps partiel

étaient plus enclins à être insatisfaits que ceux ayant un horaire normal de travail de jour. Toutefois, les femmes travaillant à temps partiel étaient plus susceptibles d'être satisfaites de leur situation professionnelle. En fait, ce rapport entre le travail à temps partiel et la satisfaction professionnelle chez les femmes est la seule relation avec le nombre d'heures de travail qui persiste lorsque l'on tient compte de l'effet des autres variables liées à l'emploi, à l'âge et au revenu personnel dans l'analyse multivariée (données non présentées). Ce résultat donne à penser que, plutôt que le nombre d'heures de travail, d'autres aspects de l'emploi — comme la profession et le revenu — expliquent la relation observée dans l'analyse bivariée.

Comme il fallait s'y attendre, peu d'hommes et de femmes travaillant à leur propre compte étaient insatisfaits de leur travail.

Source des données

Les estimations sont fondées sur des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être (cycle 1.2). Le cycle 1.2 de l'ESCC porte sur les personnes de 15 ans et plus vivant dans les logements privés des 10 provinces. Sont exclus les résidents des trois territoires, des réserves indiennes, des établissements et de certaines régions éloignées, ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes. La collecte des données a débuté en mai 2002 et s'est poursuivie sur une période de huit mois. La plupart des interviews (86 %) ont été réalisées sur place et les autres, par téléphone. Les personnes sélectionnées pour participer à l'enquête ont dû fournir elles-mêmes les renseignements à leur sujet, car les réponses par personne interposée n'étaient pas acceptées. L'échantillon de répondants comptait 36 984 personnes de 15 ans et plus; le taux de réponse était de 77 %. Une description plus détaillée du plan d'enquête, de l'échantillon et des méthodes d'interview figure dans d'autres rapports ainsi que sur le site Web de Statistique Canada^{1,2}. L'analyse dont il est question dans le présent article est fondée sur la population de 18 à 75 ans qui était occupée au moment de l'enquête; quelque 20 747 personnes réunissaient toutes les conditions.

Afin de tenir compte des effets du plan d'enquête, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés au moyen de la méthode du *bootstrap*^{3,5}.

L'argent importe

Le revenu personnel est lié à la satisfaction professionnelle, mais ce rapport est plus marqué chez les hommes. Comparativement aux hommes gagnant de 20 000 \$ à 39 000 \$ par année, ceux dont le revenu était inférieur à 20 000 \$ étaient plus de deux fois plus susceptibles d'être insatisfaits de leur travail, tandis que ceux ayant un revenu de 40 000 \$ et plus étaient moins susceptibles de l'être. Chez les femmes, on observe un avantage important uniquement chez celles dont le revenu annuel était d'au moins 60 000 \$. Le niveau de

Limites

Comme la présente étude porte sur des données transversales, il est impossible d'établir un rapport de cause à effet entre la satisfaction professionnelle et la santé. L'insatisfaction au travail peut causer un mauvais état de santé, mais il se pourrait aussi que les personnes en mauvaise santé soient plus susceptibles d'être insatisfaites de leur travail.

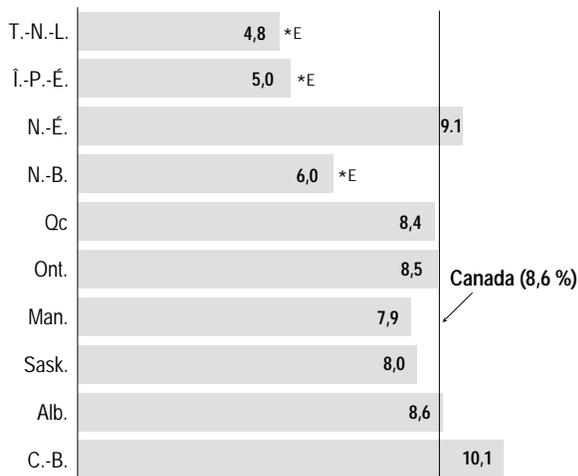
scolarité — un autre indicateur du statut socioéconomique — n'avait pas rapport à la satisfaction professionnelle ni chez les hommes ni chez les femmes.

L'âge est lié à la satisfaction professionnelle. Comparativement aux travailleurs de 25 à 39 ans, les employés plus jeunes étaient plus susceptibles d'être insatisfaits de leur travail, alors que les travailleurs âgés étaient moins susceptibles de l'être. Lorsque l'on tient compte des autres variables liées à l'emploi, la seule association qui persiste est celle indiquant que les femmes de 55 ans et plus éprouvent une plus grande satisfaction professionnelle.

En général, le degré de satisfaction professionnelle ne varie pas selon la province. Toutefois, des proportions relativement faibles de travailleurs de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick ont exprimé une insatisfaction à l'égard de leur emploi (graphique 1).

Graphique 1

Pourcentage de travailleurs s'étant dits insatisfaits de leur travail, selon la province, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002



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

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

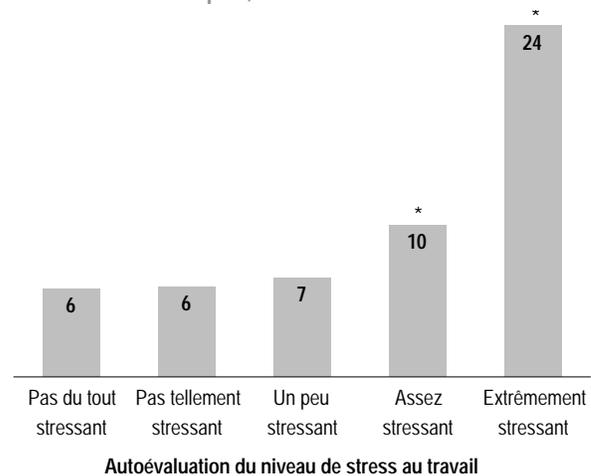
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Liens avec le niveau de stress

On établit des liens évidents entre le niveau de stress au travail perçu par les travailleurs et leur degré de satisfaction professionnelle. Les travailleurs insatisfaits, dans une proportion d'environ 1 sur 15, qualifiaient la plupart de leurs journées de travail de « pas du tout stressantes », « pas tellement stressantes », ou « un peu stressantes ». Chez ceux qui considéraient que la plupart de leurs journées de travail étaient « assez stressantes », la proportion de travailleurs insatisfaits était plus élevée, soit de 1 sur 10. Enfin, chez les travailleurs qui déclaraient que la plupart de leurs journées étaient « extrêmement stressantes », 1 personne sur 4 était insatisfaite de son travail (graphique 2).

Graphique 2

Pourcentage de travailleurs s'étant dits insatisfaits de leur travail, selon l'autoévaluation du niveau de stress au travail, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002



* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour « Un peu stressant » ($p < 0,05$)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Santé physique et mentale

Un examen récent de la littérature permet de conclure que l'insatisfaction au travail est fortement liée aux problèmes de santé mentale, comme

l'épuisement professionnel, la faible estime de soi, la dépression et l'anxiété, et modérément associée à la maladie physique subjective⁶.

Conformément à ces études, les données de l'ESCC indiquent que les travailleurs qui sont insatisfaits de leur travail ont une perception moins bonne que les autres de leur état de santé physique et mentale (graphique 3). Seulement 7 % des travailleurs qui étaient très satisfaits de leur travail ont déclaré que leur état de santé physique était passable ou mauvais. Ce taux passe à 10 % chez ceux qui étaient plutôt satisfaits de leur travail, à 14 % chez ceux qui n'étaient pas trop satisfaits, et à 17 % chez ceux qui étaient insatisfaits. Les différences dans la perception de l'état de santé mentale par rapport au degré de satisfaction professionnelle sont encore plus marquées. Seulement 3 % des travailleurs qui étaient très satisfaits de leur emploi ont déclaré que leur état

de santé mentale était passable ou mauvais, comparativement à 22 % des travailleurs insatisfaits.

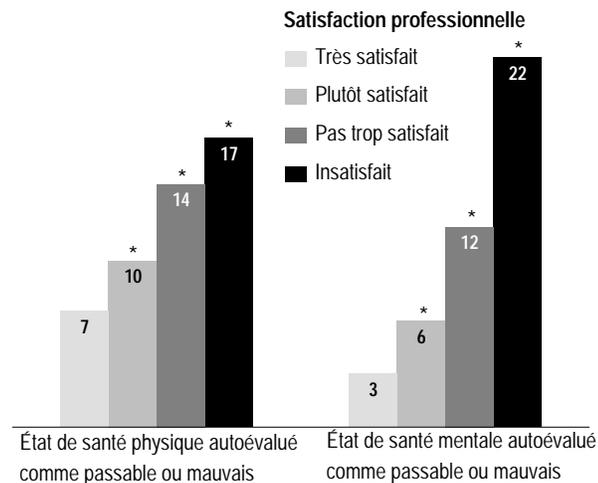
Journées d'incapacité

La satisfaction professionnelle est liée au nombre de journées d'incapacité au cours des deux semaines précédant l'enquête. On considérerait que les répondants avaient pris une journée d'incapacité s'ils avaient gardé le lit ou limité leurs activités habituelles en raison d'une maladie ou d'une blessure. Pour chaque tranche de 100 travailleurs s'étant dits très satisfaits de leur travail, 47 journées d'incapacité avaient été déclarées. Toutefois, pour chaque tranche de 100 travailleurs qui s'étaient dits insatisfaits de leur travail, le nombre était de 129 journées d'incapacité (graphique 4).

D'autres études ont révélé qu'il existe un rapport entre le travail par quarts⁷, le nombre d'heures de

Graphique 3

Pourcentage de travailleurs ayant déclaré que leur état de santé physique et mentale était passable ou mauvais, selon le degré de satisfaction professionnelle, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002

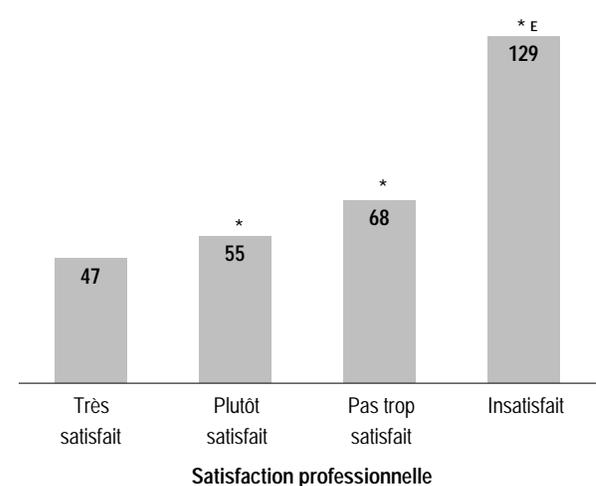


* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour « Très satisfait » ($p < 0,05$).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Graphique 4

Nombre moyen de journées d'incapacité au cours des deux semaines précédant l'enquête pour 100 travailleurs, selon le degré de satisfaction professionnelle, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002



* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour « Très satisfait » ($p < 0,05$).

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

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Les questions

L'estimation de la *satisfaction professionnelle* est fondée sur les réponses à la question : « Dans quelle mesure étiez-vous satisfait de votre travail : très satisfait, plutôt satisfait, pas trop satisfait ou insatisfait? » Les répondants qui ont donné l'une des deux dernières réponses ont été classés dans la catégorie des personnes insatisfaites de leur travail. On a demandé à celles qui occupaient plus d'un emploi de ne tenir compte que de leur emploi principal (celui comportant le plus grand nombre d'heures de travail par semaine).

L'*autoévaluation de l'état de santé physique* a été mesurée d'après la question : « En général, diriez-vous que votre santé physique est : excellente? très bonne? bonne? passable? mauvaise? » On a également posé une question semblable pour mesurer l'*autoévaluation de l'état de santé mentale*.

Le *nombre de journées d'incapacité* a été mesuré en comptant le nombre de journées d'alitement et de journées de « réduction des activités » au cours des deux semaines précédant l'enquête. On a demandé aux répondants d'indiquer le nombre de jours où ils avaient gardé le lit en raison d'une maladie ou d'une blessure (y compris les nuits passées à l'hôpital) ainsi que le nombre de journées où ils avaient limité leurs activités normales à cause d'une maladie ou d'une blessure.

travail⁸ et le stress au travail⁹ et un mauvais état de santé. Par conséquent, dans la présente étude, il est particulièrement pertinent que les liens entre l'insatisfaction au travail et les perceptions d'un état de santé physique et mentale amoindri et l'augmentation du nombre de journées d'incapacité persistent dans les modèles multivariés qui tiennent compte de l'incidence du travail par quarts, du nombre d'heures de travail et du stress au travail, ainsi que d'autres variables confusionnelles possibles (tableau A). D'aucuns pensent que l'insatisfaction au travail est plus fortement liée à l'état de santé mentale et au bien-être d'un employé que toute autre caractéristique de l'emploi⁶, ce qui permet de souligner l'importance de comprendre quels sont les aspects du travail qui sous-tendent l'insatisfaction des travailleurs.

Margot Shields (Margot.Shields@statcan.ca; 613-951-4177) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T8.

Références

1. Y. Béland, J. Dufour et R. Gravel, « Sample design of the Canadian Mental Health Survey ». *Proceedings of the Survey Methods Section, 2001*, Vancouver, Société statistique du Canada, 2001, p. 93-98.
2. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Santé mentale et bien-être – Cycle 1.2, disponible à : http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle1_2/content_f.htm, document consulté le 21 mars 2006.
3. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
4. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
5. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, Survey Research Methods Section, August 1999*, Baltimore, American Statistical Association, 1999.
6. E.B. Faragher, M. Cass et C.L. Cooper, « The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis », *Occupational Health and Medicine*, 62(2), 2005, p. 105-112.
7. M. Shields, « Travail par quarts et santé », *Rapports sur la santé*, 13(4), 2002, p. 11-36 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
8. M. Shields, « Les longues heures de travail et la santé », *Rapports sur la santé*, 11(2), 1999, p. 37-55 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
9. K. Wilkins et M.P. Beaudet, « Le stress au travail et la santé », *Rapports sur la santé*, 10(3), 1998, p. 49-66 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Tableau A

Rapports de cotes corrigés et coefficients de régression reliant la satisfaction au travail à certains résultats, population occupée de 18 à 75 ans, Canada, territoires non compris, 2002

	État de santé physique autoévalué comme passable ou mauvais		État de santé mentale autoévalué comme passable ou mauvais		Nombre de journées d'incapacité au cours des deux semaines précédant l'enquête	
	Rapport de cotes corrigé [‡]	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé [‡]	Intervalle de confiance de 95 %	Coefficient de régression [‡]	Intervalle de confiance de 95 %
Satisfaction professionnelle						
Très satisfait [†]	1,0	...	1,0	...	...	...
Plutôt satisfait	1,3*	1,1 - 1,6	1,8*	1,5 - 2,2	0,05	-0,02 - 0,12
Pas trop satisfait	1,8*	1,4 - 2,4	3,1*	2,2 - 4,3	0,15	-0,02 - 0,33
Insatisfait	2,0*	1,3 - 2,9	5,5*	3,8 - 8,0	0,72*	0,17 - 1,27

[†] Catégorie de référence.

[‡] Tient compte de l'effet de l'âge, du sexe, de la profession, du nombre d'heures de travail, du travail par quart, du travail autonome, de l'autoévaluation du niveau de stress au travail, du revenu personnel, du niveau de scolarité, de la consommation abusive d'alcool calculée pour un mois et du faible soutien émotionnel.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... n'ayant pas lieu de figurer.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement

par Kathryn Wilkins

Mots-clés : activités de la vie quotidienne, services d'aide familiale, aide sociale, service social

En 1994-1995, plus d'un demi-million de personnes, soit 2,5 % de la population de 18 ans et plus, recevait une forme quelconque de soins à domicile subventionnés par le gouvernement (voir *Sources des données* et *Les questions*). En 2003, bien que le nombre estimatif de bénéficiaires ait augmenté d'environ 125 000, la proportion de la population recevant de tels soins (2,7 %) ne différait pas beaucoup de celle de 1994-1995.

À certains égards, les caractéristiques des bénéficiaires de soins à domicile étaient semblables au cours des deux périodes (tableau 1). Par exemple, la répartition selon le sexe est demeurée la même, c'est-à-dire environ les deux tiers de femmes et le tiers d'hommes. Il n'y a également pas eu de changements importants dans la proportion de personnes dont la principale source de revenu était l'aide sociale.

Tableau 1

Bénéficiaires de soins à domicile subventionnés par le gouvernement, selon certaines caractéristiques

	1994-1995	2003
Nombre (% de la population de 18 ans et plus)	522 900 (2,5)	647 800 (2,7)
Âge moyen (années)	64,9	62,0*
Hommes (%)	32,7	34,6
L'aide sociale est la principale source de revenu (%)	38,9	33,8
Nombre moyen de jours d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois	13,4	8,6*

* Valeur significativement différente de l'estimation pour 1994-1995 ($p < 0,05$).

Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Les bénéficiaires sont plus jeunes

Sous certains autres aspects, les caractéristiques des bénéficiaires de soins à domicile subventionnés par le gouvernement ont évolué au cours des huit années. Curieusement, la moyenne d'âge, qui se situait un peu en dessous de 65 ans en 1994-1995, a diminué pour s'établir à 62 ans en 2003. En revanche, la moyenne d'âge de l'ensemble de la population de 18 ans et plus a augmenté, passant de 44,1 à 45,5 ans au cours de la même période.

Le nombre de jours d'hospitalisation des bénéficiaires de soins à domicile au cours des 12 derniers mois a aussi diminué. En effet, entre 1994-1995 et 2003, le nombre moyen de jours d'hospitalisation, qui était de 13,4, a considérablement chuté pour se fixer à 8,6. Cette baisse est probablement attribuable à la réduction de la durée des séjours à l'hôpital dans l'ensemble¹. Bien que nous ne disposions pas de renseignements sur l'état de santé des patients au moment du congé de l'hôpital, les malades qui reviennent à la maison après un séjour de courte durée dans un établissement de santé ont souvent besoin de plus de soins.

Plus de gens ont besoin de soins infirmiers et de soins d'hygiène personnelle

Étant donné la réduction de la durée d'hospitalisation, il n'est pas étonnant qu'en 2003, les personnes ayant été hospitalisées au cours des 12 mois précédant l'enquête étaient de loin celles étant les plus susceptibles de recevoir des soins à domicile subventionnés par le gouvernement (16 %) comparativement à leurs homologues en 1994-1995 (12 %) (tableau 2).

Tableau 2

Pourcentage de bénéficiaires de soins à domicile subventionnés par le gouvernement en 1994-1995 et en 2003, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 18 ans et plus

	1994-1995	2003
Caractéristiques sociodémographiques		
A 80 ans et plus	22,3	19,0
Vit seul(e)	7,5	5,9*
L'aide sociale est la principale source de revenu	9,1	9,4
Dépendance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ)		
A besoin d'aide pour ses soins d'hygiène personnelle	46,3	35,2*
A besoin d'aide pour se déplacer dans la maison	38,6	24,2*
Facteurs liés à la maladie ou à des blessures		
Mauvaise santé	20,5	17,9
Effets d'un ACV	25,6	20,0
Incontinence urinaire	16,9 ^E	14,6
Diabète	11,3	9,0
Cancer	13,5 ^E	16,7
Maladie coronarienne	14,7	11,8
Hypertension artérielle	7,2	6,0
Blessure limitant l'activité subie au cours de la dernière année	3,3	3,4
Hospitalisé(e) au cours de la dernière année	12,1	16,4*
Catégories d'obésité II et III (indice de masse corporelle ≥ 35)	2,3 ^E	5,2*

* Valeur significativement différente de l'estimation pour 1994-1995 ($p < 0,05$).

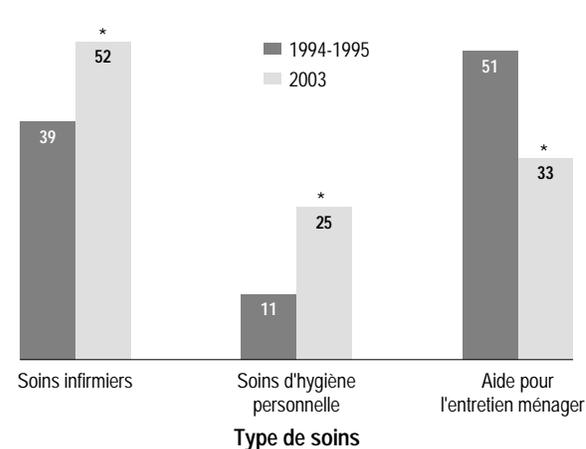
^E Utiliser avec prudence (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Parmi les personnes ayant reçu des soins à domicile, le pourcentage de celles ayant reçu des soins infirmiers ou des soins d'hygiène personnelle a beaucoup augmenté en 2003. Cette année-là, 52 % des bénéficiaires de soins à domicile ont reçu des soins infirmiers, comparativement à 39 % en 1994-1995 (graphique 1). En revanche, le pourcentage de personnes qui ont reçu de l'aide pour l'entretien ménager a chuté, passant de 51 % à 33 %. Manifestement, une évolution vers des services plus spécialisés s'est opérée. L'augmentation du nombre de personnes recevant des soins infirmiers est particulièrement importante compte tenu des préoccupations au sujet de la pénurie d'infirmières qualifiées.

Graphique 1

Pourcentage de personnes recevant des services précis, population à domicile de 18 ans et plus bénéficiant de soins à domicile subventionnés par le gouvernement



* Valeur significativement différente de l'estimation pour 1994-1995 ($p < 0,05$).

Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

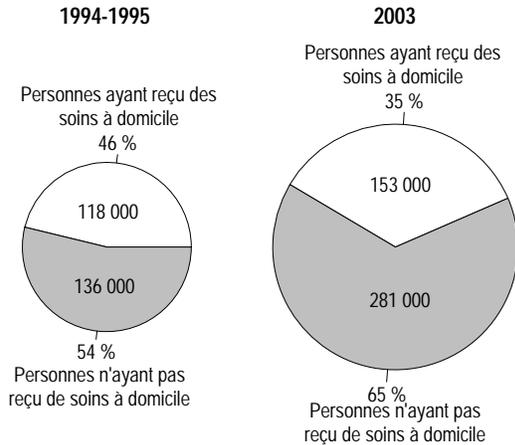
Une plus faible proportion de personnes bénéficiant d'une aide

Encore une fois, peut-être en raison de la tendance à la baisse de la durée d'hospitalisation et du vieillissement de la population, le nombre de ménages qui avaient besoin d'aide pour effectuer leurs activités personnelles de la vie courante ou pour se déplacer à domicile a considérablement augmenté entre 1994-1995 et 2003. Toutefois, même si les services de soins à domicile subventionnés par le gouvernement ont profité à un plus grand nombre de personnes en 2003, une plus faible proportion de gens ayant de tels besoins fondamentaux ont reçu des soins (tableau 2).

En 1994-1995, environ 254 000 personnes ont eu besoin d'aide pour un aspect ou l'autre de leurs activités personnelles (manger, se laver ou s'habiller); près de la moitié d'entre elles ont reçu des soins (graphique 2). En 2003, le nombre de

Graphique 2

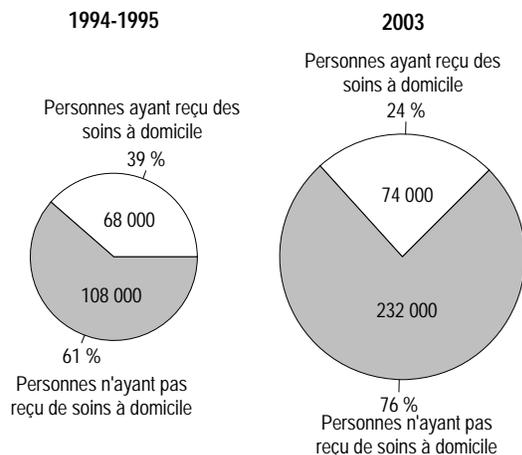
Pourcentage et nombre de bénéficiaires de soins à domicile subventionnés par le gouvernement parmi celles ayant besoin d'aide pour manger, se laver ou s'habiller, population à domicile de 18 ans et plus



Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Graphique 3

Pourcentage et nombre de bénéficiaires de soins à domicile subventionnés par le gouvernement parmi celles ayant besoin d'aide pour se déplacer dans la maison, population à domicile de 18 ans et plus



Sources : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

personnes qui ont eu besoin d'aide pour effectuer ces tâches était de 434 000. Bien que le nombre de bénéficiaires de soins à domicile ait augmenté pour atteindre 153 000, ce chiffre ne représentait qu'un peu plus du tiers (35 %) des personnes ayant besoin d'aide.

De même, en 1994-1995, 39 % des personnes qui ont eu besoin d'aide pour se déplacer à la maison ont reçu des soins à domicile subventionnés

Sources des données

Les estimations sont fondées sur des données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 (cycle 2.1) pour les répondants de 18 ans et plus. L'ENSP porte sur les ménages et les résidents des établissements dans l'ensemble des provinces et des territoires. Sont exclus les résidents des réserves indiennes et de certaines régions éloignées ainsi que les membres des Forces canadiennes vivant dans les bases militaires. En 1994-1995, 17 276 personnes sur 20 095 personnes sélectionnées ont participé à l'ENSP, ce qui représente un taux de réponse de 86,0 %. Une description plus détaillée du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'entrevue de l'ENSP figure dans un rapport paru antérieurement².

L'ESCC porte sur la population à domicile de 12 ans et plus dans l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du personnel de la force régulière des Forces armées, des personnes vivant dans les réserves indiennes et dans certaines régions éloignées, et des résidents civils des bases militaires. Les données pour le cycle 2.1 ont été recueillies entre janvier et décembre 2003. Le taux de réponse global a été de 80,6 %, et l'échantillon comprenait 135 573 personnes. Le plan de sondage de l'ESCC est décrit plus en détail dans un rapport paru antérieurement³.

L'estimation de la variance et des écarts entre les estimations a été calculée par la méthode du *bootstrap*, qui tient compte du plan de sondage à plusieurs degrés de l'enquête⁴⁻⁶. Le niveau de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Les questions

Dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003, on a posé aux répondants de 18 ans et plus la question suivante au sujet des *soins à domicile subventionnés par le gouvernement* et à laquelle il fallait répondre par oui ou par non : « Par services à domicile, on entend des soins de santé ou des services d'aide familiale qui sont dispensés à domicile, dont le coût a été assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement. En voici des exemples : soins infirmiers, aide pour prendre un bain, aide pour l'entretien ménager, services de relève, repas livrés à domicile. Est-ce que vous avez reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois? » Les personnes ayant reçu des soins à domicile devaient indiquer de quel genre de services il s'agissait :

- les soins infirmiers;
- les soins d'hygiène personnelle;
- l'entretien ménager;
- la préparation ou la livraison de repas;
- le magasinage;
- autres services.

Dans les deux enquêtes, pour déterminer la *dépendance relativement aux activités de la vie quotidienne (AVQ)*, on a posé la question suivante : « À cause de votre état ou d'un problème de santé, avez-vous besoin qu'une autre personne vous aide : ... à vous donner des soins personnels comme vous laver, vous habiller ou manger?, ... à vous déplacer dans la maison? »

L'autoévaluation de l'état de santé a été mesurée d'après la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé physique est excellente, très bonne, bonne, passable, ou mauvaise? »

Pour identifier la présence d'un *problème de santé chronique*, on a demandé aux répondants d'indiquer si un problème de santé chronique à long terme durant depuis six mois ou pouvant durer six mois ou plus avait été diagnostiqué chez eux. Dans la liste des problèmes de santé qui ont été mentionnés aux répondants, on trouvait les *effets d'un ACV, l'incontinence urinaire, le diabète, le cancer, les maladies coronariennes et l'hypertension artérielle*.

Pour établir la fréquence d'une *blessure limitant l'activité*, on a demandé aux répondants s'ils avaient été blessés au cours des 12 derniers mois au point que leurs activités normales en étaient limitées. Par exemple, un os fracturé, une coupure profonde ou une brûlure grave, un mal de dos ou une entorse, ou encore un empoisonnement. La question était : « Dans les 12 derniers mois, avez-vous subi une blessure assez grave pour que soient limitées vos activités normales? »

On a classé les répondants selon leur *indice de masse corporelle (IMC)*, une mesure du poids rajustée selon la taille. L'IMC est le poids (en kilogrammes) divisé par le carré de la taille (en mètres). La taille et le poids ont été autodéclarés par les répondants de l'ENSP. L'obésité de classe II et III correspond à un IMC de 35,0 ou plus.

On entend par *modalités de vie* le fait de vivre seul ou avec d'autres.

On a demandé aux répondants quelle était leur *principale source de revenu*; ceux ayant indiqué le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti, l'aide sociale provinciale ou municipale, ont été classés dans la catégorie de personnes ayant « l'aide sociale » comme principale source de revenu.

Pour déterminer s'il y a eu *hospitalisation* au cours de la dernière année, on a demandé aux répondants : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé la nuit comme patient à l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence? »

par le gouvernement; en 2003, ce pourcentage avait chuté (24 %), et ce, même si le nombre absolu de personnes recevant des soins avait augmenté (graphique 3).

Ces conclusions laissent entendre qu'il est possible qu'une partie du fardeau des soins ait été réorientée vers des organismes privés de soins à domicile, ou vers des membres de la famille et des amis.

Le pourcentage de personnes vivant seules qui recevaient des soins à domicile subventionnés par le gouvernement a diminué légèrement, mais de manière significative, passant de 7,5 % en 1994-1995 à 5,9 % en 2003. Cela est quelque peu étonnant, car la probabilité d'être admissible à de tels services est plus élevée chez les personnes qui ne bénéficient pas d'un soutien informel⁷. Cela est peut-être attribuable au fait que les personnes vivant seules sont de plus en plus autonomes ou, inversement, qu'elles comptent davantage sur des amis, des voisins ou des parents pour recevoir du soutien.

Problèmes de santé chroniques

Généralement, la probabilité que les personnes ayant un problème de santé chronique reçoivent des soins à domicile subventionnés par le gouvernement n'a pas beaucoup évolué. En 1994-1995 par exemple, 11 % des personnes souffrant de diabète ont reçu des soins à domicile, comparativement à 9 % en 2003 (tableau 2). Cela était généralement le cas aussi lorsqu'on examinait les soins à domicile selon des modèles multiples de régression logistique, lesquels tiennent compte de l'effet simultané de toutes les variables (données non présentées).

L'importance grandissante de l'incontinence urinaire en tant que facteur déterminant des soins à domicile se manifeste également dans la proportion croissante de bénéficiaires de soins à domicile ayant ce problème de santé. En 1994-1995, 8 % des bénéficiaires de soins à domicile souffraient d'incontinence; en 2003, la proportion avait plus que doublé, passant à 17 % (données

non présentées). Cette situation comporte d'importantes répercussions pour les gestionnaires des cas en soins de santé ainsi que pour les fournisseurs de soins à domicile, car le fardeau des soins s'en trouve alourdi.

Kathryn Wilkins (613-951-1769; Kathryn.Wilkins@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

Références

1. C.I. Neutel, R.-N. Gao, L. Gaudette *et al.*, « Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein », *Rapports sur la santé*, 16(1), 2004, p. 19-32 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
4. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
5. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
6. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association, Survey Research Methods Section*, Baltimore, Maryland, août 1999.
7. J.P. Hirdes, E.Y. Tjam et B.E. Fries, *Eligibility for Community, Hospital and Institutional Services in Canada: A Preliminary Study of Case Managers in Seven Provinces* (Substudy 8 of the National Evaluation of the Cost-effectiveness of Home Care), Ottawa, Santé Canada, 2001.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées

par Gisèle Carrière

Mots-clés : activités de la vie quotidienne, personnes âgées, services d'aide familiale, aide sociale, service social, besoins de soins de santé non satisfaits

Au cours des prochaines années, il faut s'attendre à ce que le besoin de services de soins à domicile augmente au Canada. Au fur et à mesure que les personnes âgées seront plus nombreuses au sein de la population, on verra aussi croître la prévalence des problèmes de santé chroniques liés à l'âge qui peuvent compromettre la capacité d'une personne à vivre de façon autonome dans la collectivité.

En 2003, on a recueilli des renseignements détaillés sur les sources de soins à domicile structurés et non structurés dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Dans le présent article, les soins à domicile structurés englobent les soins de santé ou les services d'aide familiale subventionnés par le gouvernement, ainsi que les soins fournis par le truchement d'organismes privés ou offerts par des bénévoles. Les soins à domicile non structurés sont ceux prodigués par les membres de la famille, les amis ou les voisins (voir *Les questions*).

En 2003, 5 % des Canadiens de 18 ans et plus, soit environ 1,2 million de personnes, ont affirmé avoir reçu une forme ou l'autre de soins à domicile au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête (données non présentées). Bien que plus de la moitié de ces bénéficiaires de soins (648 000 personnes) avaient de 18 à 64 ans, ce groupe ne représentait que 3 % de la population du même groupe d'âge. Un plus petit nombre de bénéficiaires de soins à domicile étaient des personnes âgées, mais ceux-ci représentaient 15 % de la population à domicile de 65 ans et plus. Le présent article porte

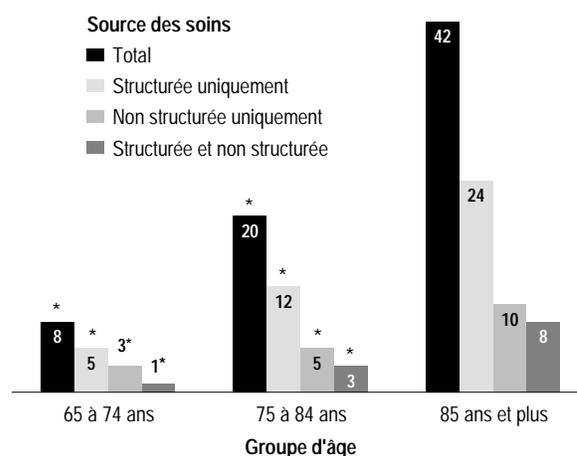
sur l'utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées.

La plupart des personnes âgées ont recours à des soins structurés

Environ 322 000 personnes âgées ont déclaré avoir utilisé uniquement des services de soins à domicile structurés au cours des 12 mois précédant l'enquête (tableau 1). La moitié d'entre elles, soit environ 156 000 personnes âgées, ont reçu seulement des soins non structurés, et 85 000 ont bénéficié d'une combinaison de soins structurés et non structurés.

Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de recevoir des soins à domicile, qu'ils

Graphique 1
Pourcentage de personnes âgées ayant reçu des soins à domicile au cours de l'année précédant l'enquête



* Valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour le groupe d'âge des 85 ans et plus ($p < 0,05$).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

proviennent d'une source structurée, non structurée ou d'une combinaison de soins structurés et non structurés, ce qui pourrait refléter partiellement les proportions plus élevées de femmes aux âges très avancés.

En fait, l'âge était étroitement lié à l'utilisation des services de soins à domicile. Parmi les personnes âgées de 85 ans et plus, 42 % d'entre elles ont déclaré avoir reçu des soins à domicile, comparativement à 20 % de celles de 75 à 84 ans, et à 8 % de celles de 65 à 74 ans (graphique 1). Le profil est semblable pour chaque source de soins.

Modalités de vie

Parmi les personnes âgées vivant uniquement avec leur conjoint, un pourcentage relativement faible (11 %) d'entre elles a reçu des soins à domicile au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. La proportion était de 17 % pour celles qui vivaient

avec d'autres personnes (avec ou sans leur conjoint) et de 21 % pour celles qui vivaient seules (tableau 1). Les personnes âgées vivant seules étaient également plus susceptibles que celles vivant uniquement avec leur conjoint ou celles vivant avec d'autres personnes (y compris ou non leur conjoint) de ne recevoir que des soins structurés (test de signification non présenté). Bien que ce résultat puisse témoigner d'un manque de soutien non structuré, il pourrait aussi refléter la plus forte probabilité que les personnes âgées vivant seules satisfassent aux conditions d'admissibilité aux soins structurés.

Les personnes âgées vivant seules présentaient d'autres caractéristiques associées à l'obtention de services de soins à domicile. En particulier, elles étaient plus susceptibles que celles vivant avec un conjoint d'avoir été hospitalisées au cours de l'année précédant l'enquête et de souffrir d'au

Tableau 1

Nombre et pourcentage de personnes ayant reçu des soins à domicile au cours de l'année précédant l'enquête, selon la source des soins et certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

	Source des soins							
	Total		Structurée uniquement		Non structurée uniquement		Structurée et non structurée	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Total	563	15	322	9	156	4	85	2
Sex								
Hommes	192	12*	114	7*	52	3*	26	2*
Femmes [†]	371	17	208	10	104	5	58	3
Modalités de vie								
Vit seul	222	21*	142	13*	49	5*	31	3*
Vit avec d'autres personnes (avec ou sans son conjoint)	130	17*	55	7	49	7*	26	3*
Vit avec son conjoint uniquement [†]	211	11	125	6	58	3	28	1
Nombre de problèmes de santé chroniques								
Aucun	17	5*	11	3*	6 ^E	2 ^{E*}	F	F
1	51	8*	34	5*	12	2*	5 ^E	1 ^{E*}
2 et plus [†]	495	18	277	10	139	5	79	3
Principale source de revenu								
Aide sociale ou Sécurité de la vieillesse et Supplément de revenu garanti	144	20*	86	12*	38	5*	20	3*
Autre [†]	344	13	193	7	99	4	52	2
Données manquantes	75	17*	43	9*	20	4	12	3

[†] Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

^E Utiliser avec prudence (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

F Valeur supprimée à cause de la très grande variabilité d'échantillonnage (coefficient de variation supérieur à 33,3 %).

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

moins un problème de santé chronique (données non présentées) et, comme prévu, la proportion de personnes âgées recevant des soins à domicile augmentait selon le nombre de problèmes.

Un pourcentage comparativement élevé de personnes âgées dont la principale source de revenu était l'aide sociale avait reçu des soins à domicile, en particulier des soins structurés.

Services fournis

L'aide pour l'entretien ménager était la forme la plus courante de soins à domicile reçus par les personnes âgées (tableau 2). À l'exception de l'entretien ménager, la nature des soins à domicile varie selon la source. Pour les personnes âgées recevant uniquement des soins structurés, les soins infirmiers venaient au deuxième rang et les soins d'hygiène personnelle, au troisième. Pour celles recevant seulement une aide de source non structurée, la préparation ou livraison de repas et le magasinage arrivaient au second rang. Enfin, pour celles bénéficiant de soins de source structurée

Tableau 2

Nombre et pourcentage de personnes ayant reçu des soins à domicile au cours de l'année précédant l'enquête, selon le type de soins, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2003

Type de soins	Structurée uniquement		Non structurée uniquement		Structurée et non structurée	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Entretien ménager ¹	161	53	127	83	73	89
Soins infirmiers	114	38*	17	11*	43	53*
Autres soins de santé	26	9*	7 ^E	4* ^E	15	18*
Soins d'hygiène personnelle	87	29*	47	31*	56	68*
Préparation ou livraison de repas	39	13*	80	53*	55	67*
Magasinage	16	5*	82	53*	56	69*
Service de relèvement	14	5*	9 ^E	6* ^E	15	19*

¹ Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

^E Utiliser avec prudence (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

Nota : Comme les répondants pouvaient recevoir plus d'un type de soins, les totaux de colonne sont supérieurs à 100 %.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Les questions

Dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003, on a lu aux répondants de 18 ans et plus l'énoncé suivant : « Par services à domicile, on entend des soins de santé ou des services d'aide familiale qui sont dispensés à domicile. En voici des exemples : soins infirmiers, aide pour prendre un bain, aide pour l'entretien ménager, services de relèvement, repas livrés à domicile. » Puis, on leur a demandé s'ils avaient « reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois dont le coût a été assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement ». Dans l'affirmative, l'intervieweur a lu une liste de services et coché toutes les réponses pertinentes : soins infirmiers, autres services ou soins de santé, soins d'hygiène personnelle, entretien ménager, préparation ou livraison de repas, magasinage, services de relèvement et autres. Ensuite, on a demandé aux répondants s'ils avaient « reçu [des/d'autres] services à domicile au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête dont le coût n'avait pas été assumé par le gouvernement (p. ex. les soins fournis par le conjoint ou les amis). » (Pour les services d'aide familiale, les intervieweurs avaient reçu la directive d'inclure uniquement les services reçus en raison d'un état ou d'un problème de santé). Les réponses affirmatives ont été suivies de la question : « Qui a offert ces [autres] services à domicile? » L'intervieweur a lu une liste de catégories et coché toutes celles qui étaient pertinentes : infirmière d'une agence privée, entretien ménager effectué par une agence privée, un voisin ou un ami, un membre de la famille, un bénévole ou autre.

Dans le présent article, les *soins à domicile structurés* sont définis comme étant les services dont le coût a été assumé, entièrement ou en partie, par le gouvernement, les organismes privés ou les bénévoles. Les *soins à domicile non structurés* sont les services fournis par la famille, les amis ou les voisins. Les réponses indiquant qu'une « autre » personne avait prodigué des soins non gouvernementaux à domicile n'ont pas été utilisées, car elles ne pouvaient être classées sans équivoque dans la catégorie des soins de source structurée ou non structurée. Trois sources de soins à domicile mutuellement exclusives ont été établies : *structurée uniquement*, *non structurée uniquement* ou *structurée et non structurée* (combinaison des deux). Les réponses « Ne sait pas », les refus ou les non-déclarations à l'une ou l'autre des questions ou pour toute source de soins non subventionnés par le gouvernement ont donné lieu à l'exclusion du répondant de l'analyse (57 répondants; 0,2 % des échantillons pondérés et non pondérés de personnes de 65 ans et plus).

Pour déterminer la dépendance à l'égard d'autrui pour vaquer aux *activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)*, on a posé la question suivante : « À cause d'un état physique ou un état mental ou un problème de santé, avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour : ... préparer les repas?, ... vous rendre à des rendez-vous ou faire des courses comme l'épicerie?, ... accomplir les tâches ménagères quotidiennes?, ... effectuer de gros travaux d'entretien comme faire le ménage du printemps ou travailler dans la cour? » Pour évaluer la dépendance à l'égard d'autrui pour vaquer aux *activités de la vie quotidienne (AVQ)*, on a étoffé la question afin d'y inclure : « Pour vos soins personnels comme vous laver, vous habiller, manger ou prendre des médicaments?, ... vous déplacer dans la maison? »

Les *besoins de soins à domicile non satisfaits autodéclarés* ont été évalués en demandant aux répondants si, au cours des 12 mois précédant l'enquête, il y avait eu un moment où ils avaient cru avoir besoin de soins à domicile, mais ne les ont pas reçus.

Les répondants ayant indiqué que la *principale source de revenu du ménage* était la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti, ou l'aide sociale provinciale ou municipale ont été classés dans la catégorie des personnes dépendant de « l'aide sociale »; ceux dont le revenu provenait d'une autre source ont été regroupés dans la catégorie « Autre ».

et non structurée, les soins d'hygiène personnelle, la préparation ou livraison de repas et le magasinage venaient au second rang.

Source des données

Les données sur les soins à domicile proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 (cycle 2.1)¹. Les enquêtes nationales antérieures sur la santé contenaient uniquement des questions sur les soins à domicile subventionnés par le gouvernement.

L'ESCC couvre la population à domicile de 12 ans et plus de l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception des résidents des établissements, du personnel de la force régulière des Forces armées, des personnes vivant dans les réserves indiennes et dans certaines régions éloignées, et des résidents civils des bases militaires. Le cycle 2.1 a débuté en janvier 2003 et s'est terminé en décembre de cette même année. Le taux de réponse a été de 80,6 %; la taille de l'échantillon était de 135 573 personnes. La plupart des analyses présentées dans cet article portent sur 28 672 personnes de 65 ans et plus, pondérées de façon à représenter une population d'environ 3,8 millions de personnes.

Pour tenir compte des effets du plan de sondage complexe de l'enquête^{2,3}, les estimations de la variance et les écarts entre les estimations ont été estimés selon la méthode du *bootstrap*.

L'ESCC ne fournit pas de renseignements sur la quantité de services de soins à domicile reçus ni sur leur durée.

D'après un autre article déjà paru, les soins de source non structurée représentaient plus de la moitié du nombre « d'heures d'aide » fournies aux personnes âgées et ceux de source structurée, la part la plus faible de ce nombre d'heures⁴. Par conséquent, bien que, selon les résultats de l'ESCC, une proportion plus faible de personnes âgées recevaient uniquement des soins de source non structurée, ces dernières pourraient avoir bénéficié d'un nombre d'heures de soins significativement plus élevé que celles ayant reçu uniquement des soins de source structurée.

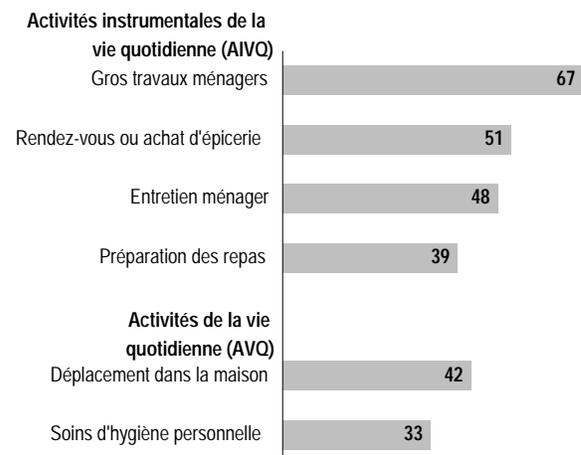
En outre, aucune question n'a été posée en vue de savoir si les soins à domicile étaient nécessaires, suffisants ou appropriés. Les données sur les besoins non satisfaits en matière de soins à domicile reflètent uniquement les perceptions des répondants; les besoins déclarés n'ont fait l'objet d'aucune validation externe ni d'aucune vérification clinique.

Bon nombre de personnes âgées ne reçoivent pas les soins nécessaires

Comme il fallait s'y attendre, les personnes âgées qui avaient besoin d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne (AVQ) ou aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) (voir *Les questions*) étaient plus susceptibles de bénéficier de soins à domicile que celles n'ayant pas de tels besoins (données non présentées). Cependant, une proportion importante de personnes âgées qui avaient besoin d'aide pour accomplir les AVQ ou les AIVQ n'ont reçu aucune forme de soins à domicile (graphique 2). En effet, la majorité de celles qui avaient besoin d'aide pour faire l'entretien ménager, ou pour se rendre à des rendez-vous ou effectuer des achats d'épicerie (des tâches entrant dans la catégorie des AIVQ) n'ont reçu aucun soin à domicile. En outre, une proportion considérable de personnes âgées qui avaient besoin d'aide pour accomplir les AVQ n'ont pas bénéficié de soins à domicile. Le fait que 42 % des personnes âgées qui

Graphique 2

Pourcentage de personnes âgées ayant besoin d'aide pour accomplir les AIVQ ou les AVQ qui n'ont pas reçu de soins à domicile au cours de l'année précédant l'enquête



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

avaient besoin d'aide pour se déplacer dans la maison (53 000 aînés) n'ont pas reçu de soins à domicile, d'aucune source, pas même d'amis ou de membres de la famille, laisse entendre qu'elles constituent un groupe de la population qui pourrait courir un risque accru de blessure.

Autoévaluation des besoins non satisfaits en soins à domicile

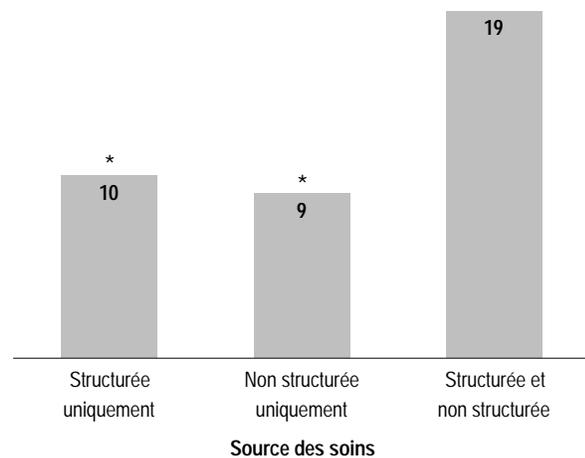
Certaines personnes âgées qui recevaient des soins à domicile ont néanmoins déclaré avoir des besoins de soins à domicile non satisfaits (graphique 3). Parmi celles qui recevaient des soins de source structurée ou de source non structurée uniquement, les proportions de personnes âgées ayant déclaré des besoins non satisfaits étaient de 10 % et 9 %,

respectivement. Environ 1 personne âgée sur 5 (19 %) recevant une combinaison de soins à domicile structurés et non structurés a déclaré avoir des besoins non satisfaits. Le fait de compter sur plus d'une source de soins à domicile pourrait refléter des besoins plus complexes, dont certains demeurent non satisfaits.

Gisèle Carrière travaille à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, au bureau de la région de l'Ouest et des territoires du Nord, à Vancouver, en Colombie-Britannique. Les personnes souhaitant obtenir des renseignements au sujet du présent article sont priées de communiquer avec Kathryn Wilkins (613-951-1769; Kathryn.Wilkins@statcan.ca).

Graphique 3

Pourcentage de personnes âgées bénéficiaires de soins à domicile ayant déclaré avoir eu des besoins de soins à domicile non satisfaits, selon la source des soins reçus



* Valeur significativement différente de l'estimation pour « Structurée et non structurée » ($p < 0,05$).

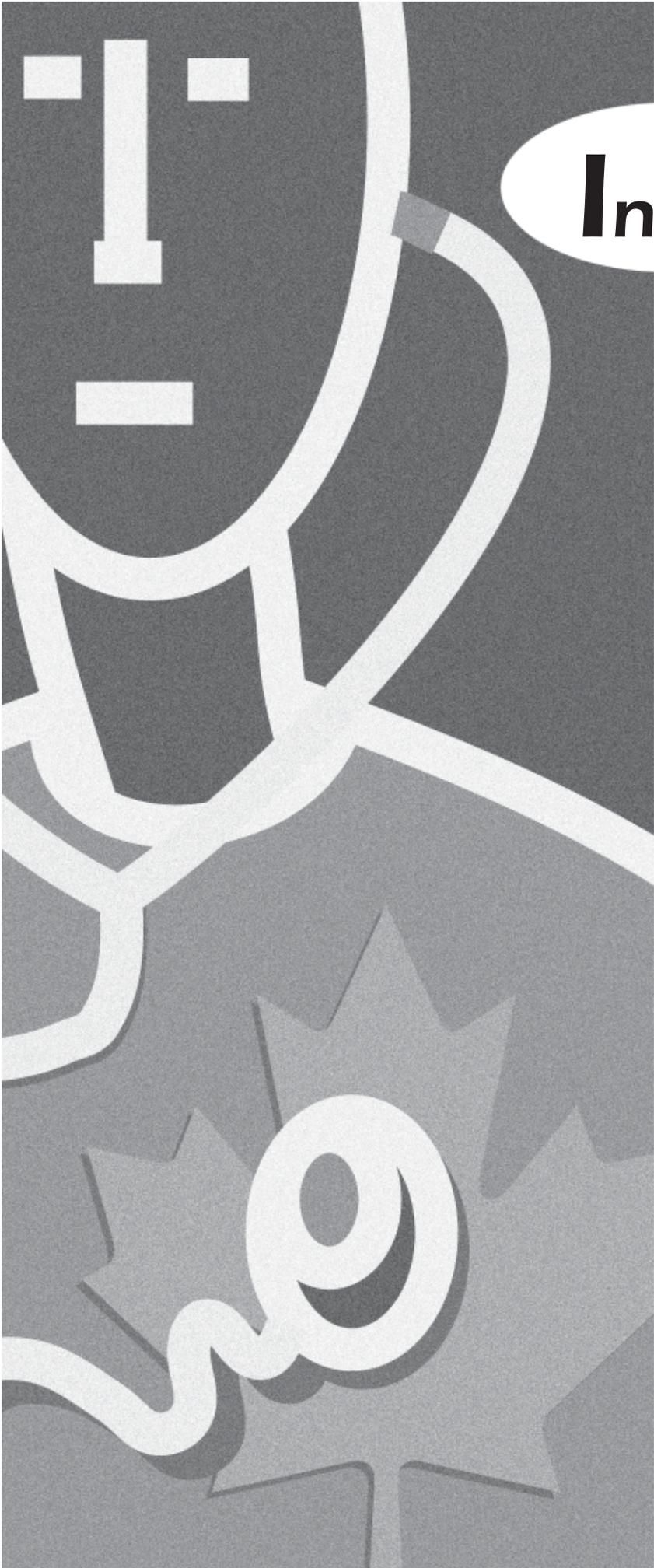
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Références

1. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
3. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
4. S.A. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, « Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide », *Rapports sur la santé*, 14(4), 2003, p. 33-43 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



An abstract graphic design on the left side of the page. It features a dark grey background with white and light grey geometric shapes. At the top left, there's a stylized figure with a vertical line for a nose and two small squares for eyes. Below this, there are several overlapping white and light grey shapes that resemble a stylized face or a complex geometric pattern. The overall style is modern and minimalist.

Index par sujet

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Index par sujet, volumes 13 à 17

A

Accessibilité aux services de santé

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. C. Sanmartin, C. Houle, S. Tremblay *et al.*, 13(3), 2002, p. 17-24.

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Consultation des médecins et des infirmières. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 49-52.

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen *et al.*, 17(2), 2006, p. 35-45.

Hôpitaux de l'Ontario – fusions, séjours abrégés et réhospitalisations. C.E. Pérez, 14(1), 2002, p. 29-41.

Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein. C.I. Neutel, R. Gao, L. Gaudette *et al.*, 16(1), 2004, p. 19-33.

Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation. W.J. Millar, 13(1), 2001, p. 9-24.

Le recours aux soins de santé non traditionnels. J. Park, 16(2), 2005, p. 41-44.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement. K. Wilkins, 17(4), 2006, p. 41-45.

Soins de santé: besoins non satisfaits. J. Chen et F. Hou, 13(2), 2002, p. 27-40.

Utilisation des salles d'urgence. G. Carrière, 16(1), 2004, p. 37-42.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 16(supplément), 2006, p. 35-50.

Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. G. Carrière, 17(4), 2006, p. 47-51.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.*, 15(2), 2004, p. 35-46.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. H. Johansen, C. Sambell, et W. Zhao, 17(2), 2006, p. 49-55.

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments. P. Grootendorst, E.C. Newman et M.A.H. Levine, 14(2), 2003, p. 37-51.

Accidents

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Décès liés aux armes à feu. K. Wilkins, 16(4), 2005, p. 41-47.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Adolescent(e)

Voir Jeunesse

Aînés

Voir aussi Vieillesse

Des aînés en bonne santé. M. Shields et L. Martel, 16(supplément), 2006, p. 7-21.

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen *et al.*, 17(2), 2006, p. 35-45.

Fauteuils roulants et autres appareils d'aide à la mobilité. M. Shields, 15(3), 2004, p. 41-46.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S.A. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, 14(4), 2003, p. 33-43.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

Problèmes d'audition chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(4), 2005, p. 53-56.

Problèmes de vision chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 49-54.

Soutien social et mortalité chez les personnes âgées. K. Wilkins, 14(3), 2003, p. 23-37.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 16(supplément), 2006, p. 35-50.

Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. G. Carrière, 2006, 17(4), p. 47-51.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.*, 15(2), 2004, p. 35-46.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. H. Johansen, C. Sambell, W. Zhao, 17(2), 2006, p. 49-55.

Alcool

Des aînés en bonne santé. M. Shields et L. Martel, 16(supplément), 2006, p. 7-21.

Cheminement vers l'abandon du tabac. M. Shields, 16(3), 2005, p. 23-43.

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

Consommation modérée d'alcool et maladie cardiaque. K. Wilkins, 14(1), 2002, p. 9-28.

Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. M. Tjepkema, 15(supplément), 2004, p. 9-21.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

Heures de travail et santé des élèves à temps plein. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 11-23.

Insomnie. M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.

L'obésité : un enjeu en croissance. C. Le Petit et J.-M. Berthelot, 17(3), 2006, p. 45-53.

Les passagers de conducteurs en état d'ivresse. C.E. Pérez, 16(2), 2005, p. 37-40.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

Relations sexuelles précoces. D. Garriguet, 16(3), 2005, p. 11-21.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13(supplément), 2002, p. 113-124.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Allaitement

L'allaitement maternel. W. Millar et H. Maclean, 16(2), 2005, p. 25-34.

Arthrite

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids. K. Wilkins, 15(1), 2004, p. 43-54.

Assurance-maladie

Problèmes de vision chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 49-54.

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments. P. Grootendorst, E.C. Newman et M.A.H. Levine, 14(2), 2003, p. 37-51.

Visites chez le dentiste. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 43-47.

Asthme

L'asthme. Y. Chen, H. Johansen, S. Thillaiampalam *et al.*, 16(2), 2005, p. 45-49.

B

Blessures

Voir Accidents

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Fauteuils roulants et autres appareils d'aide à la mobilité. M. Shields, 15(3), 2004, p. 41-46.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement. K. Wilkins, 17(4), 2006, p. 41-45.

Utilisation des salles d'urgence. G. Carrière, 16(1), 2004, p. 37-42.

C

Cancer

Cancer de la prostate: dépistage, incidence, chirurgie et mortalité. L. Gibbons et C. Waters, 14(3), 2003, p. 9-21.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein. C.I. Neutel, R.Gao, L. Gaudette *et al.*, 16(1), 2004, p. 19-33.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

Les principaux cancers – évolution de la survie relative à cinq ans. L.F. Ellison et L. Gibbons, 15(2), 2004, p. 19-33.

Survie au cancer – prévisions mises à jour d'après l'analyse par période. L.F. Ellison et L. Gibbons, 17(2), 2006, p. 21-34.

Taux relatifs de survie à cinq ans – cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon. L.F. Ellison, L. Gibbons et le Groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada, 13(1), 2001, p. 25-38.

Causes de décès

Voir aussi Décès

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

Décès liés aux armes à feu. K. Wilkins, 16(4), 2005, p. 41-47.

Maladie de Creutzfeldt-Jakob. P.L. Ramage-Morin, 15(4), 2004, p. 51-54.

Maladies de l'appareil circulatoire – hospitalisation et mortalité. H. Johansen, S. Thillaiampalam, D. Nguyen *et al.*, 17(1), 2005, p. 51-55.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

Le suicide chez les immigrants au Canada. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

Chirurgie

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Cancer de la prostate: dépistage, incidence, chirurgie et mortalité. L. Gibbons et C. Waters, 14(3), 2003, p. 9-21.

Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein. C.I. Neutel, R.Gao, L. Gaudette *et al.*, 16(1), 2004, p. 19-33.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Collecte de données

Voir aussi Enquêtes sur la santé

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie. Y. Béland, 13(3), 2002, p. 9-15.

Information sur la santé : déclaration par procuration. M. Shields, 15(3), 2004, p. 23-37.

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments. P. Grootendorst, E.C. Newman et M.A.H. Levine, 14(2), 2003, p. 37-51.

Comportement de l'adolescent(e)

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. M. Shields, 17(3), 2006, p. 27-43.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

Heures de travail et santé des élèves à temps plein. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 11-23.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

Les passagers de conducteurs en état d'ivresse. C.E. Pérez, 16(2), 2005, p. 37-40.

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes. M. Rotermann, 16(3), 2005, p. 47-53.

Relations sexuelles précoces. D. Garriguet, 16(3), 2005, p. 11-21.

Usage du tabac chez les jeunes. M. Shields, 16(3), 2005, p. 61-66.

Comportement de l'enfant

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. M. Shields, 17(3), 2006, p. 27-43.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14(supplément), 2003, p. 19-32.

Relations sexuelles précoces. D. Garriguet, 16(3), 2005, p. 11-21.

Témoins de violence – l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants. K. Moss, 14(supplément), 2003, p. 59-73.

Usage du tabac chez les jeunes. M. Shields, 16(3), 2005, p. 61-66.

Comportement sexuel

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes. M. Rotermann, 16(3), 2005, p. 47-53.

Relations sexuelles précoces. D. Garriguet, 16(3), 2005, p. 11-21.

Conducteurs

Les passagers de conducteurs en état d'ivresse. C.E. Pérez, 16(2), 2005, p. 37-40.

Consommation de drogues

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. M. Tjepkema, 15(supplément), 2004, p. 9-21.

Insomnie. M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.

Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicites. M. Tjepkema, 15(4), 2004, p. 45-50.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Trouble panique et comportements d'adaptation. P.L. Ramage-Morin, 15(supplément), 2004, p. 35-48.

Consommation de médicaments

Voir Usage de médicaments

Consultation externe

Voir Soins de santé

Couplage de dossiers médicaux

L'asthme. Y. Chen, H. Johansen, S. Thillaiampalam *et al.*, 16(2), 2005, p. 45-49.

Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein. C.I. Neutel, R. Gao, L. Gaudette *et al.*, 16(1), 2004, p. 19-33.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair, L. Mao *et al.*, 13(2), 2002, p. 41-55.

Maladies inflammatoires de l'intestin: hospitalisation. A. Nabalamba, C.N. Bernstein et C. Seko, 15(4), 2004, p. 25-41.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 16(supplément), 2006, p. 35-45.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

D

Décès

Voir aussi Causes de décès

L'Asthme. Y. Chen, H. Johansen, S. Thillaiampalam *et al.*, 16(2), 2005, p. 45-49.

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

Décès liés aux armes à feu. K. Wilkins, 16(4), 2005, p. 41-47.

Espérance de vie. J. St-Arnaud, M.P. Beaudet et P. Tully, 17(1), 2005, p. 45-49.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Maladies de l'appareil circulatoire – hospitalisation et mortalité. H. Johansen, S. Thillaiampalam, D. Nguyen *et al.*, 17(1), 2005, p. 51-55.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

Les principaux cancers – évolution de la survie relative à cinq ans. L.F. Ellison et L. Gibbons, 15(2), 2004, p. 19-33.

Soutien social et mortalité chez les personnes âgées. K. Wilkins, 14(3), 2003, p. 23-37.

Le suicide chez les immigrants au Canada. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13(supplément), 2002, p. 51-79.

Dépendance

Voir aussi Soutien social

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, 14(4), 2003, p. 33-43.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

Dépression

Voir aussi Santé mentale
Stress, psychologique

Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. M. Tjepkema, 15(supplément), 2004, p. 9-21.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13(supplément), 2002, p. 113-124.

Le stress et la dépression au sein de la population occupée. M. Shields, 17(4), 2006, p. 11-31.

Trouble d'anxiété sociale – plus que de la timidité. M. Shields, 15(supplément), 2004, p. 49-67.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Trouble panique et comportements d'adaptation. P.L. Ramage-Morin, 15(supplément), 2004, p. 35-48.

Diabète sucré

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Évolution du diabète: prévalence, incidence et facteurs de risque. W.J. Millar et T.K. Young, 14(3), 2003, p. 39-52.

Obésité chez les adultes. M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 9-26.

Problèmes de vision chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 49-54.

Douleur

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

Insomnie. M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation. W.J. Millar, 13(1), 2001, p. 9-24.

E

Emploi

Heures de travail et santé des élèves à temps plein. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 11-23.

L'insatisfaction au travail. M. Shields, 17(4), 2006, p. 35-40.

Le stress et la dépression au sein de la population occupée. M. Shields, 17(4), 2006, p. 11-31.

Trouble d'anxiété sociale – plus que de la timidité. M. Shields, 15(supplément), 2004, p. 49-67.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Trouble panique et comportements d'adaptation. P.L. Ramage-Morin, 15(supplément), 2004, p. 35-48.

Enfants

Voir aussi Jeunesse

L'allaitement maternel. W.J. Millar et H. Maclean, 16(2), 2005, p. 25-34.

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

Différences régionales en matière d'obésité. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 65-71.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. M. Shields, 17(3), 2006, p. 27-43.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14(supplément), 2003, p. 19-32.

Exposition à la fumée secondaire – qui est à risque? C.E. Pérez, 16(1), 2004, p. 9-18.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

Relations sexuelles précoces. D. Garriguet, 16(3), 2005, p. 11-21.

Témoins de violence – l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants. K. Moss, 14(supplément), 2003, p. 59-73.

Usage du tabac chez les jeunes. M. Shields, 16(3), 2005, p. 61-66.

Enquêtes sur la santé*Voir aussi* Collecte de données*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie.* Y. Béland, 13(3), 2002, p. 9-15.*Information sur la santé: déclaration par procuration.* M. Shields, 15(3), 2004, p. 23-37.*Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments.* P. Grootendorst, E.C. Newman et M.A.H. Levine, 14(2), 2003, p. 37-51.**Espérance de vie***Voir aussi* Indicateurs de l'état de santé*Espérance de vie.* J. St-Arnaud, M.P. Beaudet et P. Tully, 17(1), 2005, p. 45-49.*Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire.* F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot *et al.*, 13(4), 2002, p. 53-66.*Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone.* Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.*La santé dans les collectivités canadiennes.* M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.*Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996.* R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13(supplément), 2002, p. 51-79.**Exercice***Des aînés en bonne santé.* M. Shields et L. Martel, 16(supplément), 2006, p. 7-21.*Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile.* G. Carrière, 14(supplément), 2003, p. 33-44.*Le contexte socioéconomique régional et la santé.* S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13(supplément), 2002, p. 37-50.*L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents.* M. Shields, 17(3), 2006, p. 27-43.*Les enfants qui deviennent actifs.* C.E. Pérez, 14(supplément), 2003, p. 19-32.*État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants.* C.E. Pérez, 13(supplément), 2002, p. 99-111.*Évolution du diabète : prévalence, incidence et facteurs de risque.* W.J. Millar et T.K. Young, 14(3), 2003, p. 39-52.*Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents.* S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.*Heures de travail et santé des élèves à temps plein.* G. Carrière, 16(4), 2005, p. 11-23.*L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte.* J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.*Insomnie.* M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.*Masse corporelle et dépendance.* K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.*L'obésité : un enjeu en croissance.* C. Le Petit et J.-M. Berthelot, 17(3), 2006, p. 45-53.*Obésité chez les adultes.* M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 9-26.*Prédicteurs du décès chez les personnes âgées.* K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.*La santé dans les collectivités canadiennes.* M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.*La santé des Autochtones vivant hors réserve.* M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.**F****Fractures***Blessures.* K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.**G****Grossesse***Voir aussi* Naissances*Consommation de médicaments par les femmes enceintes.* D. Garriguet, 17(2), 2006, p. 9-20.*Grossesse et usage du tabac.* W.J. Millar et G. Hill, 15(4), 2004, p. 55-58.*Supplément d'acide folique.* W.J. Millar, 15(3), 2004, p. 53-56.


H
Hospitalisation

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

L'Asthme. Y. Chen, H. Johansen, S. Thillaiampalam *et al.*, 16(2), 2005, p. 45-49.

Hôpitaux de l'Ontario – fusions, séjours abrégés et réhospitalisations. C.E. Pérez, 14(1), 2002, p. 29-41.

Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein. C.I. Neutel, R.Gao, L. Gaudette *et al.*, 16(1), 2004, p. 19-33.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair, L. Mao *et al.*, 13(2), 2002, p. 41-55.

Maladies de l'appareil circulatoire – hospitalisation et mortalité. H. Johansen, S. Thillaiampalam, D. Nguyen *et al.*, 17(1), 2005, p. 51-55.

Maladies inflammatoires de l'intestin: hospitalisation. A. Nabalamba, C.N. Bernstein et C. Seko, 15(4), 2004, p. 25-41.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 2006, 16(supplément), p. 35-50.


I
Immigrants

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Obésité, embonpoint et origine ethnique. M.S. Tremblay, C.E. Pérez, C.I. Arden *et al.*, 16(4), 2005, p. 25-37.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13(supplément), 2002, p. 113-124.

Le suicide chez les immigrants au Canada. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Indicateurs de l'état de santé

Voir aussi Espérance de vie

Appartenance à la collectivité et santé. N. Ross, 13(3), 2002, p. 35-42.

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13(supplément), 2002, p. 37-50.

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

Déterminants de l'autoévaluation de la santé. M. Shields et S. Shooshtari, 13(1), 2001, p. 39-63.

Effet des problèmes de santé chroniques. S.E. Schultz et J.A. Kopec, 14(4), 2003, p. 45-58.

Espérance de vie. J. St-Arnaud, M.P. Beaudet et P. Tully, 17(1), 2005, p. 45-49.

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto. F. Hou et J. Chen, 14(2), 2003, p. 21-36.

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13(supplément), 2002, p. 51-79.

Infections transmises sexuellement

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes. M. Rotermann, 16(3), 2005, p. 47-53.

J

Jeunesse

Voir aussi Comportement de l'adolescent(e)
Comportement de l'enfant
Enfants

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

Blessures. K. Wilkins et E. Park, 15(3), 2004, p. 47-52.

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. T. Hotton et D. Haans, 15(3), 2004, p. 9-21.

Différences régionales en matière d'obésité. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 65-71.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. M. Shields, 17(3), 2006, p. 27-43.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14(supplément), 2003, p. 19-32.

Exposition à la fumée secondaire – qui est à risque? C.E. Pérez, 16(1), 2004, p. 9-18.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

Heures de travail et santé des élèves à temps plein. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 11-23.

Les passagers de conducteurs en état d'ivresse. C.E. Pérez, 16(2), 2005, p. 37-40.

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes. M. Rotermann, 16(3), 2005, p. 47-53.

Relations sexuelles précoces. D. Garriguet, 16(3), 2005, p. 11-21.

Témoins de violence – l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants. K. Moss, 14(supplément), 2003, p. 59-73.

Usage du tabac chez les jeunes. M. Shields, 16(3), 2005, p. 61-66.

Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicites. M. Tjepkema, 15(4), 2004, p. 45-50.

L

Limitations d'activités

Des aînés en bonne santé. M. Shields et L. Martel, 16(supplément), 2006, p. 7-21.

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot *et al.*, 13(4), 2002, p. 53-66.

Fauteuils roulants et autres appareils d'aide à la mobilité. M. Shields, 15(3), 2004, p. 41-46.

L'insatisfaction au travail. M. Shields, 17(4), 2006, p. 35-39.

Insomnie. M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

L'obésité : un enjeu en croissance. C. Le Petit et J.-M. Berthelot, 17(3), 2006, p. 45-53.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement. K. Wilkins, 17(4), 2006, p. 41-45.

Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. G. Carrière, 17(4), 2006, p. 47-51.

M

Maladie d'Alzheimer

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

Effet des problèmes de santé chroniques. S.E. Schultz et J.A. Kopec, 14(4), 2003, p. 45-58.

Maladies du système circulatoire

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

Consommation modérée d'alcool et maladie cardiaque. K. Wilkins, 14(1), 2002, p. 9-28.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair, L. Mao *et al.*, 13(2), 2002, p. 41-55.

Maladies de l'appareil circulatoire – hospitalisation et mortalité. H. Johansen, S. Thillaiampalam, D. Nguyen *et al.*, 17(1), 2005, p. 51-55.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Obésité chez les adultes. M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 9-26.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

Maladies transmissibles

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen *et al.*, 17(2), 2006, p. 35-45.

Maladie de Creutzfeldt-Jakob. P.L. Ramage-Morin, 15(4), 2004, p. 51-54.

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes. M. Rotermand, 16(3), 2005, p. 47-53.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.*, 15(2), 2004, p. 35-46.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. H. Johansen, C. Sambell, W. Zhao, 17(2), 2006, p. 49-55.

Médecins

Consultation des médecins et des infirmières. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 49-52.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Mortalité

Voir Décès



Naissances

Voir aussi Grossesse

Grossesse et usage du tabac. W.J. Millar et G. Hill, 15(4), 2004, p. 55-58.

Supplément d'acide folique. W.J. Millar, 15(3), 2004, p. 53-56.

Néoplasme

Voir Cancer

Nutrition

Des aînés en bonne santé. M. Shields et L. Martel, 16(supplément), 2006, p. 7-21.

L'allaitement maternel. W.J. Millar et H. Maclean, 16(2), 2005, p. 25-34.

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Consommation de fruits et de légumes. C.E. Pérez, 13(3), 2002, p. 25-34.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. M. Shields, 17(3), 2006, p. 27-43.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

Insécurité alimentaire. I. Ledrou et J. Gervais, 16(3), 2005, p. 55-59.

Obésité chez les adultes. M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 9-26.

Supplément d'acide folique. W.J. Millar, 15(3), 2004, p. 53-56.

O

Obésité

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Cheminement vers l'abandon du tabac. M. Shields, 16(3), 2005, p. 23-43.

Différences régionales en matière d'obésité. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 65-71.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. M. Shields, 17(3), 2006, p. 27-43.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14(supplément), 2003, p. 19-32.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Évolution du diabète: prévalence, incidence et facteurs de risque. W.J. Millar et T.K. Young, 14(3), 2003, p. 39-52.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids. K. Wilkins, 15(1), 2004, p. 43-54.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

Insomnie. M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

Obésité chez les adultes. M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 9-26.

L'obésité : un enjeu en croissance. C. Le Petit et J.-M. Berthelot, 17(3), 2006, p. 45-53.

Obésité, embonpoint et origine ethnique. M.S. Tremblay, C.E. Pérez, C.I. Ardern *et al.*, 16(4), 2005, p. 25-37.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Tendances de l'obésité chez l'adulte. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 57-64.

P

Perte d'audition

Problèmes d'audition chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(4), 2005, p. 53-56.

Peuples autochtones

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Obésité, embonpoint et origine ethnique. M.S. Tremblay, C.E. Pérez, C.I. Ardern *et al.*, 16(4), 2005, p. 25-37.

Obésité chez les adultes. M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 9-26.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Poids

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Cheminement vers l'abandon du tabac. M. Shields, 16(3), 2005, p. 23-43.

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13(supplément), 2002, p. 37-50.

Différences régionales en matière d'obésité. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 65-71.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. M. Shields, 17(3), 2006, p. 27-43.

Les enfants qui deviennent actifs. C.E. Pérez, 14(supplément), 2003, p. 19-32.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Évolution du diabète: prévalence, incidence et facteurs de risque. W.J. Millar et T.K. Young, 14(3), 2003, p. 39-52.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids. K. Wilkins, 15(1), 2004, p. 43-54.

Insomnie. M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

Obésité chez les adultes. M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 9-26.

Obésité, embonpoint et origine ethnique. M.S. Tremblay, C.E. Pérez, C.I. Ardern *et al.*, 16(4), 2005, p. 25-37.

L'obésité : un enjeu en croissance. C. Le Petit et J.-M. Berthelot, 17(3), 2006, p. 45-53.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Tendances de l'obésité chez l'adulte. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 57-64.

Problèmes de santé chroniques

Voir aussi Arthrite

Asthme

Cancer

Dépression

Diabète sucré

Maladie d'Alzheimer

Maladies du système circulatoire

L'asthme. Y. Chen, H. Johansen, S. Thillaiampalam *et al.*, 16(2), 2005, p. 45-49.

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

Des aînés en bonne santé. M. Shields et L. Martel, 16(supplément), 2006, p. 7-21.

Cheminement vers l'abandon du tabac. M. Shields, 16(3), 2005, p. 23-43.

Consommation de médicaments par les femmes enceintes. D. Garriguet, 17(2), 2006, p. 9-20.

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen, *et al.*, 17(2), 2006, p. 35-45.

Effet des problèmes de santé chroniques. S.E. Schultz et J.A. Kopec, 14(4), 2003, p. 45-58.

Espérance de vie. J. St-Arnaud, M.P. Beaudet et P. Tully, 17(1), 2005, p. 45-49.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Évolution du diabète: prévalence, incidence et facteurs de risque. W.J. Millar et T.K. Young, 14(3), 2003, p. 39-52.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto. F. Hou et J. Chen, 14(2), 2003, p. 21-36.

Insomnie. M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair, L. Mao *et al.*, 13(2), 2002, p. 41-55.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Maladies de l'appareil circulatoire – hospitalisation et mortalité. H. Johansen, S. Thillaiampalam, D. Nguyen *et al.*, 17(1), 2005, p. 51-55.

Maladies inflammatoires de l'intestin: hospitalisation. A. Nabalamba, C.N. Bernstein et C. Seko, 15(4), 2004, p. 25-41.

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Obésité chez les adultes. M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 9-26.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

Les principaux cancers – évolution de la survie relative à cinq ans. L.F. Ellison et L. Gibbons, 15(2), 2004, p. 19-33.

Problèmes d'audition chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(4), 2005, p. 53-56.

Problèmes de vision chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 49-54.

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes. M. Rotermann, 16(3), 2005, p. 47-53.

Le recours aux soins de santé non traditionnels. J. Park, 16(2), 2005, p. 41-44.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement. K. Wilkins, 17(4), 2005, p. 41-45.

Stress, santé et bienfaits du soutien social. M. Shields, 15(1), 2004, p. 9-41.

Survie au cancer – prévisions mises à jour d'après l'analyse par période. L.F. Ellison et L. Gibbons, 17(2), 2006, p. 21-34.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 16(supplément), 2006, p. 35-50.

Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. G. Carrière, 17(4), 2006, p. 47-51.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. H. Johansen, C. Sambell, W. Zhao, 17(2), 2006, p. 49-55.

R

Résidents du Grand Nord

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot et al., 13(4), 2002, p. 53-66.

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13(supplément), 2002, p. 37-50.

Insécurité alimentaire. I. Ledrou et J. Gervais, 16(3), 2005, p. 55-59.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

Revenu

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto. F. Hou et J. Chen, 14(2), 2003, p. 21-36.

L'insatisfaction au travail. M. Shields, 17(4), 2006, p. 35-40.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13(supplément), 2002, p. 51-79.

Tendances de l'obésité chez l'adulte. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 57-64.

S

Santé fonctionnelle

Des aînés en bonne santé. M. Shields et L. Martel, 16(supplément), 2006, p. 7-21.

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

Déterminants de l'autoévaluation de la santé. M. Shields et S. Shooshtari, 13(1), 2001, p. 39-63.

Effet des problèmes de santé chroniques. S.E. Schultz et J.A. Kopec, 14(4), 2003, p. 45-58.

Fauteuils roulants et autres appareils d'aide à la mobilité. M. Shields, 15(3), 2004, p. 41-46.

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 2005, 17(1), 2005, p. 29-42.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel et al., 14(4), 2003, p. 33-43.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

Problèmes d'audition chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(4), 2005, p. 53-56.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

Problèmes de vision chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 49-54.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Santé mentale

Voir aussi Dépression
Stress, psychologique

Des aînés en bonne santé. M. Shields et L. Martel, 16(supplément), 2006, p. 7-21.

Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. M. Tjepkema, 15(supplément), 2004, p. 9-21.

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto. F. Hou et J. Chen, 14(2), 2003, p. 21-36.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

L'insatisfaction au travail. M. Shields, 17(4), 2006, p. 35-40.

Insomnie. M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13(supplément), 2002, p. 113-124.

Le stress et la dépression au sein de la population occupée. M. Shields, 17(4), 2006, p. 11-31.

Le suicide chez les immigrants au Canada. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

Travail par quarts et santé. M. Shields, 13(4), 2002, p. 11-36.

Trouble d'anxiété sociale – plus que de la timidité. M. Shields, 15(supplément), 2004, p. 49-67.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Trouble panique et comportements d'adaptation. P.L. Ramage-Morin, 15(supplément), 2004, p. 35-48.

Utilisation des salles d'urgence. G. Carrière, 16(1), 2004, p. 37-42.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 16(supplément), 2006, p. 35-50.

Santé préventive

Consommation de fruits et de légumes. C.E. Pérez, 13(3), 2002, p. 25-34.

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen et al., 17(2), 2006, p. 35-45.

Supplément d'acide folique. W.J. Millar, 15(3), 2004, p. 53-56.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao et al., 15(2), 2004, p. 35-46.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. H. Johansen, C. Sambell, W. Zhao, 17(2), 2006, p. 49-55.

Santé professionnelle

L'insatisfaction au travail. M. Shields, 17(4), 2006, p. 35-40.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Le stress et la dépression au sein de la population occupée. M. Shields, 17(4), 2006, p. 11-31.

Travail par quarts et santé. M. Shields, 13(4), 2002, p. 11-36.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Santé régionale

Voir aussi Soins de santé

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13(supplément), 2002, p. 37-50.

Différences régionales en matière d'obésité. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 65-71.

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen et al., 17(2), 2006, p. 35-45.

Espérance de vie. J. St-Arnaud, M.P. Beaudet et P. Tully, 17(1), 2005, p. 45-49.

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot *et al.*, 13(4), 2002, p. 53-66.

Insécurité alimentaire. I. Ledrou et J. Gervais, 16(3), 2005, p. 55-59.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

Tendances de l'obésité chez l'adulte. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 57-64.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. H. Johansen, C. Sambell, W. Zhao, 17(2), 2006, p. 49-55.

Soins à domicile

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel *et al.*, 14(4), 2003, p. 33-43.

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement. K. Wilkins, 17(4), 2005, p. 41-45.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 16(supplément), 2006, p. 35-50.

Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. G. Carrière, 17(4), 2006, p. 47-51.

Soins de santé

Voir aussi Hospitalisation
Santé régionale
Soins non traditionnels

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

L'Asthme. Y. Chen, H. Johansen, S. Thillaiampalam *et al.*, 16(2), 2005, p. 45-49.

Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. C. Sanmartin, C. Houle, S. Tremblay *et al.*, 13(3), 2002, p. 17-24.

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

Les blessures non mortelles chez les Autochtones. M. Tjepkema, 16(2), 2005, p. 9-24.

Consultation des médecins et des infirmières. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 49-52.

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen *et al.*, 17(2), 2006, p. 35-45.

Hôpitaux de l'Ontario – fusions, séjours abrégés et réhospitalisations. C.E. Pérez, 14(1), 2002, p. 29-41.

Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein. C.I. Neutel, R. Gao, L. Gaudette *et al.*, 16(1), 2004, p. 19-33.

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie. M. Rotermann, 15(4), 2004, p. 11-24.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Maladies inflammatoires de l'intestin: hospitalisation. A. Nabalamba, C.N. Bernstein et C. Seko, 15(4), 2004, p. 25-41.

Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation. W.J. Millar, 13(1), 2001, p. 9-24.

Le recours aux soins de santé non traditionnels. J. Park, 16(2), 2005, p. 41-44.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Soins de santé : besoins non satisfaits. J. Chen et F. Hou, 13(2), 2002, p. 27-40.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Trouble panique et comportements d'adaptation. P.L. Ramage-Morin, 15(supplément), 2004, p. 35-48.

Utilisation des salles d'urgence. G. Carrière, 16(1), 2004, p. 37-42.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 16(supplément), 2006, p. 35-50.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao *et al.*, 15(2), 2004, p. 35-46.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. H. Johansen, C. Sambell et W. Zhao, 17(2), 2006, p. 49-55.

Soins dentaires

Édentement et port de prothèses dentaires. W.J. Millar et D. Locker, 17(1), 2005, p. 57-60.

Visites chez le dentiste. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 43-47.

Soins non traditionnels

Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation. W.J. Millar, 13(1), 2001, p. 9-24.

Le recours aux soins de santé non traditionnels. J. Park, 16(2), 2005, p. 41-44.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 2006, 16(supplément), p. 35-50.

Soutien social

Voir aussi Dépendance

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel et al., 14(4), 2003, p. 33-43.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13(supplément), 2002, p. 113-124.

Soutien social et mortalité chez les personnes âgées. K. Wilkins, 14(3), 2003, p. 23-37.

Stress, santé et bienfaits du soutien social. M. Shields, 15(1), 2004, p. 9-41.

Trouble d'anxiété sociale – plus que de la timidité. M. Shields, 15(supplément), 2004, p. 49-67.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Statistiques de l'état civil

Voir aussi Décès

Espérance de vie

Naissances

Taux de survie

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot et al., 13(4), 2002, p. 53-66.

Maladie de Creutzfeldt-Jakob. P.L. Ramage-Morin, 15(4), 2004, p. 51-54.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

Le suicide chez les immigrants au Canada. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

Survie au cancer – prévisions mises à jour d'après l'analyse par période. L.F. Ellison et L. Gibbons, 17(2), 2006, p. 21-34.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13(supplément), 2002, p. 51-79.

Stress, psychologique

Voir aussi Santé mentale

Des aînés en bonne santé. M. Shields et L. Martel, 16(supplément), 2006, p. 7-21.

Cheminement vers l'abandon du tabac. M. Shields, 16(3), 2005, p. 23-43.

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte. J. Park, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

L'insatisfaction au travail. M. Shields, 17(4), 2006, p. 35-40.

Insomnie. M. Tjepkema, 17(1), 2005, p. 9-27.

Lésions dues aux mouvements répétitifs. M. Tjepkema, 14(4), 2003, p. 11-31.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

Le stress et la dépression au sein de la population occupée. M. Shields, 17(4), 2006, p. 11-31.

Stress, santé et bienfaits du soutien social. M. Shields, 15(1), 2004, p. 9-41.

Travail par quarts et santé. M. Shields, 13(4), 2002, p. 11-36.

Suicide

Décès liés aux armes à feu. K. Wilkins, 16(4), 2005, p. 41-47.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.-M. Berthelot, 15(1), 2004, p. 55-66.

Le suicide chez les immigrants au Canada. E. Caron Malenfant, 15(2), 2004, p. 9-18.

Suicides et tentatives de suicide. S. Langlois et P. Morrison, 13(2), 2002, p. 9-25.

T

Taux de survie

Les principaux cancers – évolution de la survie relative à cinq ans. L.F. Ellison et L. Gibbons, 15(2), 2004, p. 19-33.

Survie au cancer – prévisions mises à jour d'après l'analyse par période. L.F. Ellison et L. Gibbons, 17(2), 2006, p. 21-34.

Taux relatifs de survie à cinq ans – cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon. L.F. Ellison, L. Gibbons et le Groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada, 13(1), 2001, p. 25-38.

U

Usage de médicaments

Consommation de médicaments par les femmes enceintes. D. Garriguet, 17(2), 2006, p. 9-20.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail. K. Wilkins, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 16(supplément), 2006, p. 35-50.

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments. P. Grootendorst, E.C. Newman et M.A.H. Levine, 14(2), 2003, p. 37-51.

Usage du tabac

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. J. Chen, 14(2), 2003, p. 9-20.

Des aînés en bonne santé. M. Shields et L. Martel, 16(supplément), 2006, p. 7-21.

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile. G. Carrière, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Cheminement vers l'abandon du tabac. M. Shields, 16(3), 2005, p. 23-43.

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13(supplément), 2002, p. 37-50.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Exposition à la fumée secondaire – qui est à risque? C.E. Pérez, 16(1), 2004, p. 9-18.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents. S. Tremblay, S. Dahinten et D. Kohen, 14(supplément), 2003, p. 7-17.

Grossesse et usage du tabac. W.J. Millar et G. Hill, 15(4), 2004, p. 55-58.

Heures de travail et santé des élèves à temps plein. G. Carrière, 16(4), 2005, p. 11-23.

Masse corporelle et dépendance. K. Wilkins et M. de Groh, 17(1), 2005, p. 29-42.

L'obésité : un enjeu en croissance. C. Le Petit et J.-M. Berthelot, 17(3), 2006, p. 45-53.

Les passagers de conducteurs en état d'ivresse. C.E. Pérez, 16(2), 2005, p. 37-40.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

Relations sexuelles précoces. D. Garriguet, 16(3), 2005, p. 11-21.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13(supplément), 2002, p. 9-35.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Tendances de l'obésité chez l'adulte. M. Shields et M. Tjepkema, 17(3), 2006, p. 57-64.

Usage du tabac chez les jeunes. M. Shields, 16(3), 2005, p. 61-66.

V

Vieillessement

Voir aussi Aînés

Des aînés en bonne santé. M. Shields et L. Martel, 16(supplément), 2006, p. 7-21.

Arthroplastie de la hanche et du genou. W.J. Millar, 14(1), 2002, p. 43-58.

Bien vieillir en établissement de santé. P.L. Ramage-Morin, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. H. Gilmour et J. Park, 16(supplément), 2006, p. 23-34.

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario. J.C. Kwong, C. Sambell, H. Johansen et al., 17(2), 2006, p. 35-45.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. S. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel et al., 14(4), 2003, p. 33-43.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, 13(4), 2002, p. 37-52.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées. K. Wilkins, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

Problèmes d'audition chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(4), 2005, p. 53-56.

Problèmes de vision chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 49-54.

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement. K. Wilkins, 17(4), 2006, p. 41-45.

Soutien social et mortalité chez les personnes âgées. K. Wilkins, 14(3), 2003, p. 23-37.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées. M. Rotermann, 16(supplément), 2006, p. 47-51.

Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. G. Carrière, 17(4), 2006, p. 47-51.

La vaccination contre la grippe. H. Johansen, K. Nguyen, L. Mao et al., 15(2), 2004, p. 35-46.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales. H. Johansen, C. Sambell, W. Zhao, 17(2), 2006, p. 49-55.

Violence familiale

Témoins de violence – l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants. K. Moss, 14(supplément), 2003, p. 59-73.

Vision

Problèmes de vision chez les personnes âgées. W.J. Millar, 16(1), 2004, p. 49-54.



Index des auteurs

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Index des auteurs

volumes 7 à 17

Ali, Jennifer

La santé mentale des immigrants au Canada, 13(supplément), 2002, p. 113-125.

Allard, Yvon E.

Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone (avec Russell Wilkins et Jean-Marie Berthelot), 15(1), 2004, p. 55-66.

Beaudet, Marie P.

Caractéristiques des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive (avec Wikke Walop et Christel Le Petit), 9(2), 1997, p. 9-19.

Dépression, 7(4), 1996, p. 11-25.

Béland, Yves

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie, 13(3), 2002, p. 9-15.

Bender, Rosemary

Impact des nouvelles estimations de la population sur la statistique de la santé et de l'état civil, 7(1), 1995, p. 7-20.

Burr, K.F.

Les besoins en données interprovinciales pour des indicateurs locaux de la santé : l'expérience de la Colombie-Britannique (avec B. McKee, L.T. Foster and F. Nault), 7(2), 1995, p. 19-27.

Caron Malenfant, Éric

Le suicide chez les immigrants au Canada, 15(2), 2004, p. 9-18.

Carrière, Gisèle

Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile, 14(supplément), 2003, p. 33-44.

Consultation des médecins et des infirmières, 16(4), 2005, p. 49-52.

Heures de travail et santé des élèves à temps plein, 16(4), 2005, p. 11-23.

Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées. G. Carrière, 17(4), 2006, p. 47-51.

Utilisation des salles d'urgence, 16(1), 2004, p. 37-42.

Chaplin, Robin

Dépenses des ménages en soins de santé (avec Louise Earl), 12(1), 2000, p. 61-70.

Che, Janet

L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens (avec Jiajian Chen), 12(4), 2001, p. 11-24.

Chen, Jiajian

Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac, 14(2), 2003, p. 9-20.

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle (avec Russell Wilkins), 10(1), 1998, p. 41-53.

Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune? (avec Wayne J. Millar), 9(4), 1998, 39-48.

Commencer et continuer à faire de l'exercice (avec Wayne J. Millar), 12(4), 2001, p. 35-47.

Les conséquences de l'activité physique sur la santé (avec Wayne J. Millar), 11(1), 1999, p. 21-31.

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991 (avec Russell Wilkins et Edward Ng), 8(3), 1996, p. 31-41.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? (avec Wayne J. Millar), 11(4), 2000, p. 9-26.

Issue de la grossesse, milieu social et santé de l'enfant (avec Wayne J. Millar), 10(4), 1999, p. 59-71.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique (avec Wayne J. Millar), 12(4), 2001, 25-34.

Niveau de scolarité de la mère et mortalité foetale et infantile au Québec (avec Martha Fair, Russell Wilkins, Margaret Cyr et le Groupe d'études de la mortalité foetale et infantile du Système canadien de surveillance périnatale), 10(2), 1998, p. 57-70.

La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 (avec Edward Ng et Russell Wilkins), 7(4), 1996, p. 37-50.

Soins de santé : besoins non satisfaits (avec Feng Hou), 13(2), 2002, p. 27-40.

Chen, Yue

L'asthme (avec Helen Johansen, Satha Thillaiampalam and Christie Sambell), 16(2), 2005, p. 45-49.

Le comité directeur des statistiques canadiennes sur le cancer

Incidence du cancer et mortalité due au cancer, 1997 (John R. McLaughlin, Anthony L.A. Fields, Jane F. Gentleman, Isra Levy, Barbara Whylie, Heather Whittaker, Rod Riley et Judy Lee, avec B. Ann Coombs et Leslie A. Gaudette), 8(4), 1997, p. 43-54.

Connors, Cathy

Changements dans l'hospitalisation des enfants (avec Wayne J. Millar), 11(2), 1999, p. 9-21.

Diverly, Brent

La dépression : un trouble partiellement traité? (avec Marie P. Beaudet), 8(4), 1997, p. 9-19.

La santé des résidents du Nord (avec Claudio Pérez), 9(4), 1998, p. 51-61.

Dryburgh, Heather

Grossesse chez les adolescentes, 12(1), 2000, p. 9-21.

Ellison, Larry F.

Les principaux cancers – évolution de la survie relative à cinq ans (avec Laurie Gibbons), 15(2), 2004, p. 19-33.

Survie au cancer – prévisions mises à jour d'après l'analyse par période (avec Laurie Gibbons), 17(2), 2006, p. 21-34.

Taux relatifs de survie à cinq ans – cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon (avec Laurie Gibbons et le Groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada), 13(1), 2001, p. 25-38.

Ford, David

Changements des tendances de la fécondité, 1974 à 1994 (avec François Nault), 8(3), 1996, p. 43-51.

Galambos, Nancy L.

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes (avec Lauree C. Tilton-Weaver), 10(2), 1998, p. 9-21.

Garriguet, Didier

Consommation de médicaments par les femmes enceintes, 17(2), 2005, p. 9-20.

Relations sexuelles précoces, 16(3), 2005, p. 11-21.

Gaudette, Leslie A.

Évolution des tendances de l'incidence du mélanome et de la mortalité par ce cancer (avec Ru-Nie Gao), 10(2), 1998, p. 33-46.

L'incidence du cancer et de la mortalité par cancer au Canada (avec Christopher A. Altmayer, Marek Wysocki et Ru-Nie Gao), 10(1), 1998, p. 55-72.

Le point sur la mortalité par cancer du sein, 1995 (avec Ru-Nie Gao, Marek Wysocki et François Nault), 9(1), 1997, p. 33-36.

Quels sont les travailleurs qui fument? (avec Anne Richardson et Sara Huang), 10(3), 1998, p. 35-47.

Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer (avec Carol Silberberger, Chris A. Altmayer et Ru-Nie Gao), 8(2), 1996, p. 31-40.

Tendances relatives à l'utilisation de la mammographie, 1981 à 1994 (avec Chris A. Altmayer, Karla M.P. Nobrega et Judy Lee), 8(3), 1996, p. 19-30.

Gentleman, Jane F.

Divorces des années 1990 (avec Evelyn Park), 9(2), 1997, p. 57-62.

Qui ne se fait pas mammographier? (avec Judy Lee), 9(1), 1997, p. 19-29.

Gibbons, Laurie

Cancer de la prostate : dépistage, incidence, chirurgie et mortalité (avec Chris Waters), 14(3), 2003, p. 9-21.

Cancer du côlon et du rectum : incidence et mortalité (avec Chris Waters, Yang Mao et Larry Ellison), 12(2), 2001, p. 47-62.

Gilmour, Heather

Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées (avec Jungwee Park), 16(supplément), 2006, p. 23-34.

Migraine (avec Kathryn Wilkins), 12(2), 2001, p. 25-45.

La mortalité dans les régions métropolitaines (avec Jane F. Gentleman), 11(1), 1999, p. 9-20.

Gilmore, Jason

L'indice de masse corporelle et la santé, 11(1), 1999, p. 33-47.

Grootendorst, Paul

Validité de l'autodéclaration en matière d'assurance-médicaments (avec Edward C. Newman et Mitchell A.H. Levine), 14(2), 2003, p. 37-51.

Hill, Gerry

Démence chez les personnes âgées (avec William Forbes, Jean-Marie Berthelot, Joan Lindsay et Ian McDowell), 8(2), 1996, p. 7-11.

Hood, Sheila C.

La santé : une question d'attitude (avec Marie P. Beaudet et Gary Catlin), 7(4), 1996, p. 27-35.

Hou, Feng

Faible revenu, inégalité du revenu et santé selon les quartiers à Toronto (avec Jiajian Chen), 14(2), 2003, p. 21-36.

Hotton, Tina

Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence (avec Dave Haans), 15(3), 2004, p. 9-21.

James, Robert

La santé des diabétiques au Canada (avec T. Kue Young, Cameron A. Mustard et Jamie Blanchard), 9(3), 1997, p. 53-59.

Johansen, Helen

Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute (avec Mukund Nargundkar, Cyril Nair, Greg Taylor et Susie ElSaadany), 9(4), 1998, p. 19-30.

Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque (avec Cyril Nair, Luling Mao et Michael Wolfson), 13(2), 2002, p. 41-55.

Maladie du cœur et population en âge de travailler, 10(4), 1999, p. 31-45.

Maladies de l'appareil circulatoire – hospitalisation et mortalité (avec Satha Thillaiampalam, Denis Nguyen et Christie Sambell), 17(1), 2005, p. 51-55.

Tendances actuelles et futures en matière d'hospitalisation après une crise cardiaque (avec Cyril Nair et Gregory Taylor), 10(2), 1998, p. 23-31.

La vaccination contre la grippe (avec Kathy Nguyen, Luling Mao, Richard Marcoux, Ru-Nie Gao et Cyril Nair), 15(2), 2004, p. 35-46.

Vaccination contre la grippe – tendances nationales et provinciales ou territoriales (avec Christie Sambell and Wenxia Zhao), 17(2), 2006, p. 49-55.

Variations ayant trait à l'angioplastie et au pontage (avec Cyril Nair et Gregory Taylor), 10(3), 1998, p. 67-81.

Kwong, Jeff C.

Effet de l'immunisation universelle contre la grippe sur les taux de vaccination en Ontario (avec Christie Sambell, Helen Johansen, Thérèse A. Stukel et Douglas G. Manuel), 17(2), 2006, p. 35-45.

Lafrenière, Sylvie A.

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide (avec Yves Carrière, Laurent Martel et Alain Bélanger), 14(4), 2003, p. 33-43.

Langlois, Stéphanie

Suicides et tentatives de suicide (avec Peter Morrison), 13(2), 2002, p. 9-25.

Le Petit

L'obésité : un enjeu en croissance (avec Jean-Marie Berthelot), 17(3), 2006, p. 45-53.

Ledrou, Ingrid

Insécurité alimentaire (avec Jean Gervais), 16(3), 2005, p. 55-59.

Lee, Judy

Le non-respect des lignes directrices quant au test de Papanicolaou (avec Greg F. Parsons et Jane F. Gentleman), 10(1), 1998, p. 9-21.

MacNab, Ying C.

Risques de la maternité à un âge avancé (avec Julie Macdonald et Terry A. Tuk), 9(2), 1997, p. 43-53.

Martel, Laurent

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées (avec Alain Bélanger et Jean-Marie Berthelot), 13(4), 2002, p. 37-52.

Mayer, Francine

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire (avec Nancy Ross, Jean-Marie Berthelot et Russell Wilkins), 13(4), 2002, p. 53-66.

Millar, Wayne J.

Les accidents au Canada, 1988 et 1993, 7(2), 1995, p. 7-17.

L'allaitement maternel (avec Heather Maclean), 16(2), 2005, p. 25-34.

Arthroplastie de la hanche et du genou, 14(1), 2002, p. 43-58.

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaires (avec David Locker), 11(1), 1999, p. 59-72.

L'asthme chez l'enfant (avec Gerry B. Hill), 10(3), 1998, p. 9-22.

Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité, 8(2), 1996, p. 13-22.

Les conducteurs âgés – un dossier de santé publique compliqué, 11(2), 1999, p. 67-82.

Diminution du taux de césariennes : la tendance va-t-elle se poursuivre ? (avec Cyril Nair et Surinder Wadhwa), 8(1), 1996, p. 17-24.

Disparités des régimes d'assurance-médicaments, 10(4), 1999, p. 9-30.

La douleur chronique, 7(4), 1996, p. 51-58.

Édentement et port de prothèses dentaires (avec David Locker), 17(1), 2005, p. 57-60.

L'éradication de la maladie : pas toujours une bénédiction (avec Gerry B. Hill), 7(3), 1995, p. 7-14.

L'espérance de vie des Canadiens, 7(3), 1995, p. 23-26.

Évolution du diabète : prévalence, incidence et facteurs de risque (avec T. Kue Young), 14(3), 2003, p. 39-52.

Facteurs liés au port du casque à vélo (avec Ivan B. Pless), 9(2), 1997, p. 33-42.

Grossesse et usage du tabac (avec Gerry Hill), 15(4), 2004, p. 55-58.

Hystérectomie, 1981-1982 à 1996-1997, 12(2), 2001, p. 9-24.

Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin (avec Jiajian Chen), 10(2), 1998, p. 47-56.

La polymédication chez les personnes âgées, 9(4), 1998, p. 11-18.

Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation, 13(1), 2001, p. 9-24.

Problèmes d'audition chez les personnes âgées, 16(4), 2005, p. 53-56.

Problèmes de vision chez les personnes âgées, 16(1), 2004, p. 49-54.

Supplément d'acide folique, 15(3), 2004, p. 53-56.

Tendances de la mortalité et de la morbidité hospitalière dues à des anévrismes de l'aorte abdominale (avec C.W. Cole and G.B. Hill), 7(1), 1995, p. 21-30.

Visites chez le dentiste, 16(1), 2004, p. 43-47.

Moss, Kathleen

Témoins de violence – l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants, 14(supplément), 2003, p. 59-73.

Nabalamba, Alice

Maladies inflammatoires de l'intestin : hospitalisation (avec Charles N. Bernstein et Craig Seko), 15(4), 2004, p. 25-41.

Nault, François

Décès 1993 (avec Kathryn Wilkins), 7(1), 1995, p. 55-64.

Diminution des écarts de mortalité, de 1978 à 1995, 9(1), 1997, p. 37-43.

Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995, 9(3), 1997, p. 43-51.

Vingt ans de mariages, 8(2), 1996, p. 41-50.

Neutel, C. Ineke

Hospitalisations plus courtes pour le cancer du sein (avec Ru-Nie Gao, Leslie Gaudette et Helen Johansen), 16(1), 2004, p. 19-33.

Ng, Edward

À quelle distance se trouve le plus proche médecin? (avec Russell Wilkins, Jason Pole et Owen B. Adams), 8(4), 1997, p. 21-34.

L'incapacité chez les autochtones du Canada en 1991, 8(1), 1996, p. 25-33.

Incidence de la méthode d'estimation et de la correction de la population sur les estimations tirées des tables de mortalité canadiennes (avec Jane F. Gentleman), 7(3), 1995, p. 15-22.

Park, Jungwee

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte, 14(supplément), 2003, p. 45-57.

Le recours aux soins de santé non traditionnels, 16(2), 2005, p. 41-44.

Parsons, Greg F.

Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différences selon le sexe (avec Jane F. Gentleman et K. Wayne Johnston), 9(1), 1997, p. 9-18.

Pérez, Claudio E.

Consommation de fruits et de légumes, 13(3), 2002, p. 25-34.

Les enfants qui deviennent actifs, 14(supplément), 2003, p. 19-32.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants, 13(supplément), 2002, p. 99-111.

Exposition à la fumée secondaire – qui est à risque ? 16(1), 2004, p. 9-18.

Hôpitaux de l'Ontario – fusions, séjours abrégés et réhospitalisations, 14(1), 2002, p. 29-41.

Les passagers de conducteurs en état d'ivresse, 16(2), 2005, p. 37-40.

La santé des mères seules (avec Marie P. Beaudet), 11(2), 1999, p. 23-36.

Travailleurs et maux de dos chroniques, 12(1), 2000, p. 45-60.

Ramage-Morin, Pamela L.

Bien vieillir en établissement de santé, 16(supplément), 2006, p. 51-61.

Maladie de Creutzfeldt-Jakob, 15(4), 2004, p. 51-54.

Trouble panique et comportements d'adaptation, 15(supplément), 2004, p. 35-48.

Randhawa, Jean

Statistiques sur la santé mentale de 1982-1983 à 1993-1994 (avec Rod Riley), 7(4), 1996, p. 59-65.

Tendances en matière d'hospitalisation, de 1982-1983 à 1992-1993 (avec Rod Riley), 7(1), 1995, p. 45-53.

Roberge, Roger

Indice de l'état de santé : mesurer les écarts dans l'état de santé en Ontario, selon la situation socioéconomique (avec Jean-Marie Berthelot et Michael Wolfson), 7(4), 1996, p. 59-65.

Ross, Nancy

Appartenance à la collectivité et santé, 13(3), 2002, p. 35-42.

Attitudes à l'égard du tabac (avec Claudio Pérez), 10(3), 1998, p. 23-34.

Rotermann, Michelle

Infection après une cholécystectomie, une hystérectomie ou une appendicectomie, 15(4), 2004, p. 11-24.

Relations sexuelles, condoms et MTS chez les jeunes, 16(3), 2005, p. 47-53.

Utilisation des services de santé par les personnes âgées, 16(supplément), 2006, p. 35-50.

Sanmartin, Claudia

Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution (avec Christian Houle, Stéphane Tremblay et Jean-Marie Berthelot), 13(3), 2002, p. 17-24.

Schultz, Susan E.

Effet des problèmes de santé chroniques (avec Jacek A. Kopec), 14(4), 2003, p. 45-58.

Shields, Margot

Des aînés en bonne santé (avec Laurent Martel), 16(supplément), 2006, p. 7-21.

Cheminement vers l'abandon du tabac, 16(3), 2005, p. 23-43.

Déterminants de l'autoévaluation de la santé (avec Shahin Shooshtari), 13(1), 2001, p. 39-63.

Différences régionales en matière d'obésité (avec Michael Tjepkema), 17(3), 2006, p. 65-71.

L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents, 17(3), 2006, p. 27-43.

Enquête nationale sur la santé de la population – Déclaration par procuration, 12(1), 2000, p. 23-44.

Fauteuils roulants et autres appareils d'aide à la mobilité, 15(3), 2004, p. 41-46.

Information sur la santé : déclaration par procuration, 15(3), 2004, p. 23-37.

L'insatisfaction au travail, 17(4), 2006, p. 35-40.

Les longues heures de travail et la santé, 11(2), 1999, p. 37-55.

La santé dans les collectivités canadiennes (avec Stéphane Tremblay), 13(supplément), 2002, p. 9-35.

Le stress et la dépression au sein de la population occupée. M. Shields, 17(4), 2006, p. 11-31.

Stress, santé et bienfaits du soutien social, 15(1), 2004, p. 9-41.

Tendances de l'obésité chez l'adulte (avec Michael Tjepkema), 17(3), 2006, p. 57-64.

Travail par quarts et santé, 13(4), 2002, p. 11-36.

Trouble d'anxiété sociale – plus que de la timidité, 15(supplément), 2004, p. 49-67.

Usage du tabac chez les jeunes, 16(3), 2005, p. 61-66.

St-Arnaud, Julie

Espérance de vie (avec Marie P. Beaudet et Patricia Tully), 17(1), 2005, p. 45-49.

Stephens, Megan

L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire (avec Jason Siroonian), 9(4), 1998, p. 31-38.

Swain, Larry

Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale (avec Gary Catlin et Marie P. Beaudet), 10(4), 1999, p. 73-89.

Tambay, Jean-Louis

Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population (avec Gary Catlin), 7(1), 1995, p. 31-42.

Tjepkema, Michael

Les blessures non mortelles chez les Autochtones, 16(2), 2005, p. 9-24.

Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites, 15(supplément), 2004, p. 9-21.

Insomnie, 17(1), 2005, p. 9-27.

Lésions dues aux mouvements répétitifs, 14(4), 2003, p. 11-31.

Obésité chez les adultes, 17(3), 2006, p. 9-26.

La santé des Autochtones vivant hors réserve, 13(supplément), 2002, p. 81-97.

Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicites, 15(4), 2004, p. 45-50.

Tremblay, Mark S.

Obésité, embonpoint et origine ethnique (avec Claudio E. Pérez, Chris I. Ardern, Shirley N. Bryan et Peter T. Katzmarzyk), 16(4), 2005, p. 25-37.

Tremblay, Stéphane

Le contexte socioéconomique régional et la santé (avec Nancy A. Ross et Jean-Marie Berthelot), 13(supplément), 2002, p. 37-50.

Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents (avec Susan Dahinten et Dafna Kohen), 14(supplément), 2003, p. 7-17.

Trottier, Helen

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? (avec Laurent Martel, Christian Houle, Jean-Marie Berthelot et Jacques Légaré), 11(4), 2000, p. 55-68.

Trudeau, Richard

Infirmiers autorisés, 1995, 8(2), 1996, p. 23-30.

Maisons d'hébergement pour femmes violentées, 7(3), 1995, p. 31-35.

Profils mensuels et quotidiens des décès, 9(1), 1997, p. 45-53.

Tully, Patricia

La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995 (avec Étienne Saint-Pierre), 8(4), 1997, p. 35-42.

Résidents âgés des établissements de santé (avec Chris Mohl), 7(3), 1995, p. 27-30.

Wadhera, Surinder

État matrimonial et avortement (avec Wayne J. Millar), 9(3), 1997, p. 19-27.

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994 (avec Wayne J. Millar), 9(3), 1997, p. 9-18.

Issues des grossesses (avec Wayne J. Millar), 8(1), 1996, p. 7-16.

Werschler, Timothy

L'utilisation des services hospitaliers et la grossesse, 10(1), 1998, p. 23-30.

Wilkins, Kathryn

Blessures (avec Evelyn Park), 15(3), 2004, p. 47-52.

Caractéristiques des utilisateurs des services hospitaliers (avec Evelyn Park), 9(3), 1997, p. 29-39.

Causes de décès : différences entre les sexes, 7(2), 1995, p. 39-50.

Causes multiples de décès (avec Marek Wysocki, Carole Morin et Patricia Wood), 9(2), 1997, p. 21-32.

Chutes, gens âgés et recours aux services de santé, 10(4), 1999, p. 47-57.

Consommation modérée d'alcool et maladie cardiaque, 14(1), 2002, p. 9-28.

Décès liés aux armes à feu, 16(4), 2005, p. 41-47.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite, 11(2), 1999, p. 57-66.

Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids, 15(1), 2004, p. 43-54.

Masse corporelle et dépendance (avec Margaret de Groh), 17(1), 2005, p. 29-42.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées, 11(1), 1999, p. 49-58.

Prédicteurs du décès chez les personnes âgées, 16(supplément), 2006, p. 63-74.

Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité (avec Evelyn Park), 8(3), 1996, p. 7-17.

Les soins à domicile au Canada (avec Evelyn Park), 10(1), 1998, p. 31-40.

Les soins à domicile subventionnés par le gouvernement, 17(4), 2006, p. 41-45.

Soutien social aux aînés et soins à domicile (avec Marie P. Beaudet), 11(4), 2000, p. 43-53.

Soutien social et mortalité chez les personnes âgées, 14(3), 2003, p. 23-37.

Le stress au travail et la santé (avec Marie P. Beaudet), 10(3), 1998, p. 49-66.

Trouble bipolaire 1, soutien social et travail, 15(supplément), 2004, p. 23-34.

La tuberculose, 1994, 8(1), 1996, p. 35-41.

L'utilisation des contraceptifs oraux (avec Helen Johansen, Marie P. Beaudet et C. Ineke Neutel), 11(4), 2000, p. 27-41.

Wilkins, Russell

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996 (avec Jean-Marie Berthelot et Edward Ng), 13(supplément), 2002, p. 51-79.

Wolfson, Michael C.

Espérance de vie ajustée sur la santé, 8(1), 1996, p. 43-49.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca





Pour commander les publications

Un inventaire des produits et services d'information de la Division de la statistique de la santé comprenant les publications (sur papier, disquette, microfiche ou dans Internet), les fichiers de microdonnées et les totalisations spéciales

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca





Pour obtenir les produits ci-dessous, veuillez communiquer avec :

Division des finances
 Statistique Canada
 Immeuble R.-H.-Coats, 6^e étage
 120, avenue Parkdale
 Ottawa (Ontario), K1A 0T6
 Téléphone (Canada et États-Unis) : 1 800 267-6677
 Télécopieur (Canada et États-Unis) : 1 877 287-4369
 Courriel : infostats@statcan.ca

Ou visiter notre site Web : www.statcan.ca

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) ^{†‡}
Guide de la statistique sur la santé			
L'information sur la santé en direct de Statistique Canada <i>(Ce guide vous permet d'accéder rapidement à de l'information reliée à la santé dans le site Web de Statistique Canada. Disponible en format html et ne peut être téléchargé.)</i>	82-573-GIF	Internet	Gratuit
Avortements provoqués			
Statistiques sur les avortements provoqués	82-223-XIF	Internet	Gratuit
Cancer			
Statistiques sur le cancer (Incidence du cancer au Canada; Statistiques sur la survie au cancer; Manuels du Registre canadien du cancer; La filière du cancer, bulletin des registres du cancer au Canada)	84-601-XIF	Internet	Gratuit
Enquête nationale sur la santé de la population			
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995	82-567-XPB 82-567-XIB	Papier Internet	10 \$ 8 \$
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997	82-567-XPB 82-567-XIB	Papier Internet	35 \$ 26 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$
Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$
Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – établissements de soins de santé	82M0010GPF	Papier	50 \$
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes			
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être	82-617-XIF	Internet	Gratuit
Contenu optionnel et autres tableaux connexes, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	82-577-XIF	Internet	Gratuit
Profiles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	82-576-XIF	Internet	Gratuit
Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001	82-575-XIF	Internet	Gratuit
Espérance de vie			
Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 1995-1997	84-537-XIF	Internet	15 \$
Établissements de soins			
Établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1998-1999 <i>(Disponible sous forme de totalisations spéciales en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle.)</i>			

[†] Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) [†]
État civil			
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001XPB	Papier	22 \$
Causes de décès	84-208-XIF	Internet	Gratuit
Mortalité, liste sommaire des causes	84F0209XPB	Papier	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes, 1997	84F0209XIB	Internet	Gratuit
Naissances	84F0210XPB	Papier	20 \$
Décès	84F0211XIF	Internet	Gratuit
Mariages	84F0212XPB	Papier	22 \$
Divorces	84F0213XPB	Papier	20 \$
Causes principales de décès	84F0503XPB	Papier	20 \$
Recueil de statistiques de l'état civil, 1996	84-214-XPF	Papier	45 \$
	84-214-XIF	Internet	33 \$
Autre			
Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada	84F0013XIF	Internet	Gratuit
Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) (Pour obtenir le FCCP+, les clients doivent d'abord acheter le FCCP.)	82F0086XDB	Disquette	Gratuit
Hospitalisation			
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562-XPB	Papier	40 \$
Indicateurs de la santé			
Indicateurs de la santé	82-221-XIF	Internet	Gratuit
Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires	82-401-XIF	Internet	Gratuit
Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement	82-402-XIF	Internet	Gratuit
Maladies cardiovasculaires			
Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada	82F0076XIF	Internet	Gratuit
Maladies et lésions professionnelles			
Dépistage des maladies et lésions professionnelles au Canada : mortalité par cause chez les travailleurs, 1965-1991	84-546-XCB	CD-ROM	500 \$
Rapports analytiques			
Rapports sur la santé			
· par année	82-003-XPF	Papier	63 \$
· l'exemplaire			22 \$
· par année	82-003-XIF	Internet	48 \$
· l'exemplaire			17 \$
La santé de la population canadienne - Rapport annuel 2004	82-003-SIF	Internet	Gratuit
	82-003-SPF	Papier	22 \$
Rapport statistique sur la santé de la population canadienne	82-570-XIF	Internet	Gratuit
Usage du tabac			
Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 2001	82F0077XIF	Internet	Gratuit

[†] Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



La Division de la statistique de la santé offre un service de totalisations spéciales pour répondre à des besoins particuliers, ainsi que des données publiées tirées d'enquêtes supplémentaires, payables en fonction du service demandé. Il est possible de créer des tableaux personnalisés à partir des nombreuses sources de données sur la santé et l'état civil dont s'occupe la Division.

Les demandes de totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division de la statistique de la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792
Courriel : HD-DS@statcan.ca

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

‡ Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



Fichiers de microdonnées

Les demandes de produits tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division de la statistique de la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792
Courriel : HD-DS@statcan.ca

Enquête nationale sur la santé de la population

Cycle 4, 2000-2001

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
------------------------	---------	---------	--	--

Cycle 3, 1998-1999

Composante des ménages	Fichiers transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaire de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	2 000 \$
------------------------	--	------------	--------	----------

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Cycle 2, 1996-1997

Composante des ménages	Données transversales, fichier texte ASCII, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	500 \$
------------------------	---	------------	--------	--------

Composante des établissements de soins de santé	Données transversales, fichier texte ASCII	82M0010XCB	CD-ROM	250 \$
				Les clients qui achètent la composante des ménages des fichiers de microdonnées 1996-1997 recevront gratuitement la composante des établissements de soins de santé

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Cycle 1, 1994-1995

Composante des ménages	Données, fureteur Beyond 20/20 – fichier texte ASCII, Guide de l'utilisateur	82F0001XCB	CD-ROM	300 \$
------------------------	--	------------	--------	--------

Composante des établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	75 \$
---	---------------------	------------	-----------	-------

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Numéro du produit

Version

Prix (\$CAN)[†]

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 Cycle 1.1 fichier de microdonnées à grande diffusion	82M0013XCB	CD-ROM	2 000 \$
Fichiers de données transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaire de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé.			Gratuit pour le secteur de la santé

[†] Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



ENQUÊTES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS)

Cette enquête fournit des renseignements détaillés sur l'accès aux services de soins de santé (services de premier contact 24 heures sur 24, sept jours sur sept (24/7) et services spécialisés. Ces données sont disponibles au niveau national.

Enquête conjointe Canada-États-Unis sur la santé (ECES)

Cette enquête a recueilli de l'information, à la fois des résidents du Canada et des États-Unis, concernant la santé, l'utilisation des soins de santé et les restrictions fonctionnelles.

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

Ménages - La composante des ménages vise les résidents des ménages de toutes les provinces, à l'exclusion de la population des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées du Québec et de l'Ontario.

Établissements - La composante des établissements vise les résidents à long terme (devant y séjourner plus de six mois) des établissements de soins comportant quatre lits ou plus dans toutes les provinces, à l'exclusion du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

Nord - La composante du Nord vise les résidents des ménages du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, à l'exclusion de la population des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines des régions les plus au nord.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Cycle 1.1 : Cette enquête fournit des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 133 régions sociosanitaires réparties partout au Canada et dans les territoires.

Cycle 1.2 : Santé mentale et bien-être : cette enquête fournit des estimations transversales des déterminants de la santé mentale, de l'état de santé mentale et de l'utilisation des services de santé mentale, au niveau provincial.

Cycle 2.1 : Le deuxième cycle de l'ESCC fournit des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 134 régions sociosanitaires réparties partout au Canada.

Pour plus de renseignements sur ces enquêtes, veuillez visiter notre site Web
http://www.statcan.ca/francais/concepts/hs/index_f.htm

Le Canada en statistiques

Obtenez des tableaux de données gratuits sur divers aspects de l'économie, du territoire, de la société et du gouvernement du Canada.

Pour plus de renseignements sur ces tableaux, veuillez visiter notre site Web
http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/health_f.htm

Le programme des centres de données de recherche

Le programme des centres de données de recherche (CDR) s'inscrit dans une initiative de Statistique Canada, du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et de consortiums d'universités visant à renforcer la capacité de recherche sociale du Canada et à soutenir le milieu de la recherche sur les politiques.

Les CDR permettent aux chercheurs d'accéder aux microdonnées d'enquêtes sur les ménages et sur la population. Les centres comptent des employés de Statistique Canada. Ils sont exploités en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique et sont administrés conformément à toutes les règles de confidentialité. Ils ne sont accessibles qu'aux chercheurs dont les propositions ont été approuvées et qui ont prêté serment en qualité de personnes réputées être employées de Statistique Canada.

On trouve des CDR à travers le pays. Ainsi, les chercheurs n'ont pas à se déplacer vers Ottawa pour avoir accès aux microdonnées de Statistique Canada. Pour plus de renseignements, communiquez avec Gustave Goldmann au (613) 951-1472, Directeur du programme des centres de données de recherche.

Pour plus de renseignements sur ce programme, veuillez visiter notre site Web

http://www.statcan.ca/francais/rdc/index_f.htm