



N° 82-003-XIF au catalogue

Rapports sur la santé

Vol. 12, n° 4

- Insécurité alimentaire
- Activité physique
- Maladie cardiaque



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.

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 bibliothèques de dépôt	1 800 700-1033
Télécopieur pour le Programme des bibliothèques de dépôt	1 800 889-9734
Renseignements par courriel	infostats@statcan.ca
Site Web	www.statcan.ca

Renseignements sur les commandes et les abonnements

Le produit n° 82-003-XPF au catalogue est publié trimestriellement en version imprimée standard et est offert au prix de 20 \$ CA l'exemplaire et de 58 \$ CA 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 \$ CA	24 \$ CA
Autres pays	10 \$ CA	40 \$ CA

Ce produit est aussi disponible sous forme électronique dans le site Web de Statistique Canada, sous le n° 82-003-XIF au catalogue, et est offert au prix de 15 \$ CA l'exemplaire et de 44 \$ CA pour un abonnement annuel. Les utilisateurs peuvent obtenir des exemplaires ou s'abonner en visitant notre site Web à www.statcan.ca et en choisissant la rubrique « Produits et services ».

Les prix ne comprennent pas les taxes de vente.

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 **order@statcan.ca**
- Poste
Statistique Canada
Division de la diffusion
Gestion de la circulation
120, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario) K1A 0T6
- En personne au bureau régional de Statistique Canada le plus près de votre localité ou auprès des agents et libraires autorisés.

Lorsque vous faites part d'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.



Statistique Canada
Division de la statistique de la santé

Rapports sur la santé

Volume 12, numéro 4

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2001

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6.

Août 2001

N° 82-003-XPF au catalogue, vol. 12, n° 4
ISSN 1492-7128

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 12, 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 :

- .. nombres non disponibles
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- néant ou zéro
- nombres infimes
- ^p nombres provisoires
- ^r nombres corrigés
- x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique* relatives au secret

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

Marie P. Beaudet

Rédactrice principale

Mary Sue Devereaux

Rédactrices

Barbara Riggs

Kathryn Wilkins

Rédacteur adjoint

Marc Saint-Laurent

Chargée de production

Renée Bourbonnais

Production et composition

Agnes Jones

Robert Pellarin

Micheline Pilon

Vérification des données

Dan Lucas

Administration

Donna Eastman

Rédacteurs associés

Owen Adams

Gary Catlin

Arun Chockalingham

Gerry Hill

Elizabeth Lin

Nazeem Muhajarine

Yves Péron

Georgia Roberts

Eugene Vayda

**Comité directeur de la Division
de la statistique de la santé
pour la recherche et l'analyse**

Gary Catlin, président

Lorna Bailie

Larry Swain

Marie P. Beaudet

Martha Fair

Peter Morrison

Cyril Nair

Ghislaine Villeneuve

Rapports 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 contient des *Travaux de recherche* et des *Données disponibles*. Les *Travaux de recherche* présentent des analyses approfondies et sont soumis à un examen anonyme par des pairs. Ils sont répertoriés dans Index Medicus et MEDLINE. Les *Données disponibles* sont des résumés de données récentes sur la santé produites par la Division de la statistique de la santé.

Vous trouverez des renseignements sur les commandes ou abonnements sous la rubrique *Pour commander les publications*. D'autres renseignements peuvent être obtenus auprès des rédacteurs, *Rapports sur la santé*, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, 18^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-7025. Courrier électronique : healthreports@statcan.ca. Télécopieur : (613) 951-0792.

Revue par les pairs

Les personnes suivantes, spécialistes cliniques, méthodologistes et spécialistes de domaines particuliers, ont revu les articles destinés aux quatre numéros du volume 12 de *Rapports sur la santé*. Les rédacteurs désirent les remercier de leurs précieux conseils et du temps qu'elles ont consacré à ce travail.

Alyne M. Adams	John McLaughlin
Kenneth R. Allison	Elizabeth Mutran
Michel Beaupré	Jean Parboosingh
Charlyn Black	William Pryse-Phillips
Monica Boyd	Michael Rachlis
Gwen Chapman	Kim Raine
Marsha Cohen	Bruno Rainville
Philip W. Connelly	Debra Reid
Cora Craig	Karen Reynolds
Joan Crook	Georgia Roberts
Dagney E. Dryer	I.D. Rusen
John Edmeads	Reginald Sauve
David Feeny	Alexander Segall
Gilles Fortin	Judy Sheeshka
Jennifer Frost	Maureen J. Simmonds
Robert J. Gatchel	Paul Stang
Jack Goodman	Thomas Stephens
Carla A. Green	Heather Stuart
Paul Grootendorst	Larry Svenson
Juanita Hatcher	Jean-Louis Tambay
Eric L. Hurwitz	George Torrance
Linda Jacobs Starkey	Donna Turner
Patricia Kaufert	Eugene Vayda
George Kephart	Evelyn Vingilis
David R. MacLean	Terrance J. Wade
Eleanor Maticka-Tyndale	Jennifer Zelmer
Mary McBride	

Demandes de réimpression

Il est interdit de reproduire cette publication, en tout ou en partie, sans avoir reçu au préalable le consentement écrit de Statistique Canada. Pour obtenir ce consentement, on doit soumettre le formulaire *Demande d'autorisation de reproduction*. On peut se procurer ce formulaire auprès de l'agent de permission de la reproduction, Division du marketing, Statistique Canada, par télécopieur au (613) 951-1134.

Version électronique

Rapports sur la santé est une publication offerte aussi sous forme électronique, fichiers PDF. Il est possible de commander des numéros à l'unité, en utilisant une carte Visa ou MasterCard, à partir du site Web de Statistique Canada, de les télécharger et de les consulter avec l'aide d'Adobe Acrobat Reader. Pour commander un numéro récent de *Rapports sur la santé*, visitez notre site à l'adresse www.statcan.ca. Choisissez « Français » à la page d'accueil, puis « Nos produits et services » à la page suivante. Choisissez ensuite « Publications payantes (\$) »; 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-XPF dans le cas de la version sur papier et 82-003-XIF dans le cas de la version électronique française. Ce numéro 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

L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens 11

En 1998-1999, environ 1 Canadien sur 10 – l'équivalent de trois millions de personnes – vivait dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire. La précarité de l'alimentation touchait plus particulièrement les ménages à faible revenu, les ménages qui dépendent de l'aide sociale, les mères monoparentales, les Autochtones vivant en dehors des réserves indiennes et les enfants. L'insécurité alimentaire est en outre associée à des problèmes de santé d'ordre physique et psychique.

Janet Che et Jiajian Chen

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique 25

Les personnes qui ont des antécédents familiaux de maladie cardiaque ont une cote exprimant le risque qu'elles soient atteintes d'une telle maladie plus élevée que celles qui en sont exemptes. L'activité physique agit notamment comme facteur de protection contre le risque que des troubles cardiaques se manifestent, et ce, même en présence d'antécédents familiaux.

Jiajian Chen et Wayne J. Millar

Commencer et continuer à faire de l'exercice 35

Une large part des personnes qui se sont dites sédentaires en 1994-1995 avaient commencé à pratiquer une activité physique d'intensité au moins moyenne en 1996-1997 ou en 1998-1999. Toutefois, un grand nombre de personnes auparavant actives n'ont su maintenir un tel niveau d'activité physique. Qui plus est, les femmes semblent devoir surmonter plus d'obstacles que les hommes pour arriver à commencer et à continuer à faire de l'exercice.

Jiajian Chen et Wayne J. Millar



Données disponibles

Décès, 1998 51
Soins de santé au Canada, 2001 51
Indicateurs de la santé, 2001 51
Mortinaissances, 1998 52
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2000 52
Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000 53
Statistiques sur la santé mentale, 1996-1997 et 1997-1998 53

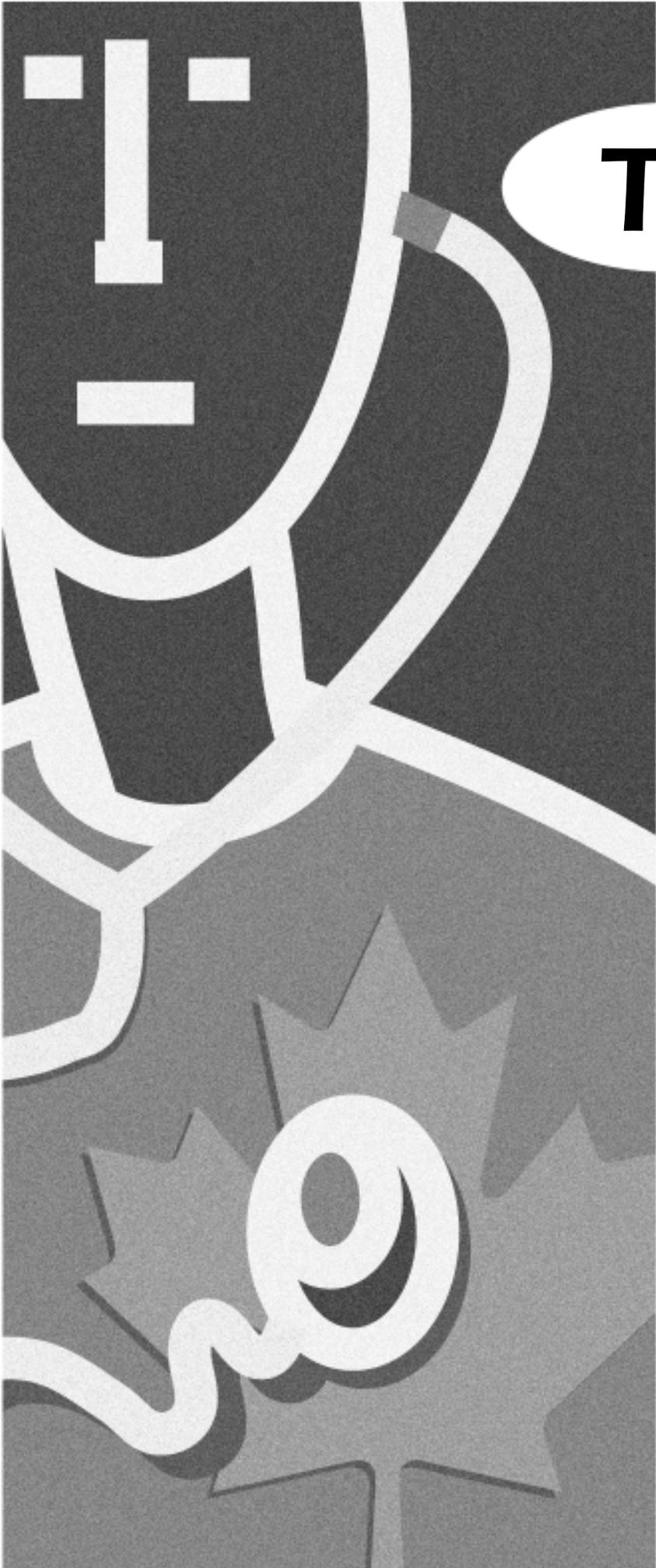
Index

..... 57

Pour commander les publications

..... 71

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

The graphic features a dark grey background with white and light grey stylized elements. On the left, there are two human-like figures. The upper one is a head and neck profile with a vertical line for a nose and two small squares for eyes. The lower one is a more detailed profile with a large, circular, stylized eye. To the right of these figures is a large, light grey gear with a white circular cutout at its top. The overall style is modern and minimalist.

Travaux de recherche

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

L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit la prévalence de l'insécurité alimentaire au Canada, les caractéristiques des personnes les plus susceptibles de vivre dans un ménage ne disposant pas de suffisamment d'argent pour se nourrir, ainsi que plusieurs problèmes de santé connexes.

Source des données

Les données proviennent de la composante transversale des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999 menée par Statistique Canada et de son Supplément sur la précarité alimentaire.

Techniques d'analyse

La proportion de personnes vivant une insécurité alimentaire a été estimée par totalisations croisées. Ces dernières ont aussi servi à mesurer la prévalence de cinq caractéristiques particulières de la santé chez les personnes aux prises et non aux prises avec l'insécurité alimentaire. La régression logistique multiple a permis d'évaluer le lien entre cette dernière et, d'une part, plusieurs facteurs sociodémographiques et économiques et, d'autre part, certains problèmes de santé.

Principaux résultats

En 1998-1999, environ trois millions de Canadiens vivaient dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire. Les ménages à faible revenu, ceux qui dépendent de l'aide sociale, les familles monoparentales dirigées par une femme, les locataires, les enfants et les Autochtones ont une cote exprimant le risque de vivre l'insécurité alimentaire nettement plus élevée que les autres groupes. Une telle insécurité est liée de façon significative à un état de santé passable ou mauvais, à l'existence de problèmes de santé chroniques multiples, à l'obésité, au sentiment de détresse et à la dépression.

Mots-clés

Nutrition, privation de nourriture, régime alimentaire.

Auteurs

Janet Che (613-952-2544); cheajan@statcan.ca) et Jiajian Chen (613-951-5059; chenjia@statcan.ca) travaillent à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Janet Che et Jiajian Chen

En Amérique du Nord, la faim atteint rarement les niveaux graves de privation que l'on observe dans les régions plus pauvres du monde. Par conséquent, pour s'adapter au contexte nord-américain, les chercheurs s'appuient sur le concept plus général d'insécurité alimentaire, qui dépasse le cadre de la faim¹. En général, l'insécurité alimentaire évolue progressivement. Un ménage peut ainsi passer de l'incertitude et de l'anxiété concernant l'approvisionnement en nourriture à l'épuisement de cet approvisionnement, puis à la modification des habitudes alimentaires des adultes. Enfin, quand l'approvisionnement en nourriture et les ressources sont épuisés, la faim chez les enfants peut survenir (voir *Insécurité alimentaire*)²⁻⁴.

Plusieurs auteurs ont étudié l'effet de l'insécurité alimentaire sur l'apport en éléments nutritifs et sur la santé⁵⁻¹¹. Une mauvaise alimentation peut avoir des répercussions sur la santé physique et mentale et sur la qualité de la vie. Sur le plan communautaire, l'effet de la malnutrition se répercute sur le système de santé. Habituellement, les personnes mal nourries résistent moins bien aux infections, mettent plus de temps à guérir, contractent plus de maladies, séjournent plus longtemps à l'hôpital et entraînent plus de dépenses en soins de santé^{12,13}.

Méthodologie

Source des données

L'analyse se fonde sur les données transversales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada. Les données ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives des membres des ménages des 10 provinces. Lancée en 1994-1995, l'ENSP est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre la population à domicile et les personnes vivant dans les établissements de santé dans les provinces et les territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP comprend une composante longitudinale et une composante transversale. Les analyses présentées ici se fondent sur les données transversales de la composante des ménages du troisième cycle (1998-1999) de l'enquête dont l'échantillon comprend principalement les membres du panel longitudinal et leurs cohabitants.

Le Fichier général de l'ENSP comprend les données sociodémographiques et certaines données sur la santé obtenues pour tous les membres des ménages participants. Le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé recueillis auprès d'une personne sélectionnée au hasard dans chaque ménage participant, ainsi que les renseignements sur la santé de cette personne qui figurent dans le Fichier général.

En 1998-1999, les personnes faisant partie de l'échantillon longitudinal ont généralement fourni les renseignements sur tous les membres de leur ménage pour le Fichier général, ainsi que des renseignements détaillés sur leur propre santé pour le Fichier santé. Pour le troisième cycle, le taux de réponse global, au niveau des ménages, a été de 88,2 %.

Pour le troisième cycle, Statistique Canada a ajouté trois questions sur l'insécurité alimentaire au questionnaire général de l'ENSP, à la demande de Développement des ressources humaines Canada¹⁴, en vue de sélectionner des personnes pour participer au Supplément sur la précarité alimentaire.

Dans le présent article, l'analyse des caractéristiques sociodémographiques et démographiques associées à l'insécurité alimentaire se fonde sur les données du Fichier général. Les estimations calculées d'après les données de ce fichier ont l'avantage de porter sur un échantillon de grande taille, puisqu'elles sont basées sur les renseignements recueillis pour tous les membres des ménages sélectionnés. L'échantillon visé par la présente analyse comprend 48 952 personnes qui ont répondu aux questions sur l'insécurité alimentaire (tableau A en annexe).

En se servant des données du Fichier santé, on a comparé cinq caractéristiques de l'état de santé chez les personnes vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire et chez celles vivant dans un ménage n'étant pas dans cette situation. Cette analyse porte sur un échantillon de 17 226 personnes qui ont répondu aux questions sur l'insécurité alimentaire (tableau B en annexe).

Le présent article contient aussi des données provenant du Supplément sur la précarité alimentaire. Des questions supplémentaires sur des sujets tels que l'utilisation des banques d'alimentation et les difficultés à nourrir les enfants ont été posées aux personnes qui, selon les questions filtres, vivaient dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire. L'échantillon provenant du fichier du supplément utilisé pour cette analyse comprenait 1 265 personnes (tableau C en annexe).

Les proportions estimatives de personnes vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire calculées d'après les trois fichiers de données de l'ENSP sont semblables, soit 10,4 % pour le Fichier général, 10,2 % pour le Fichier santé et 10,1 % pour le Fichier du Supplément sur la précarité alimentaire.

Des renseignements plus détaillés sur le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP figurent dans des rapports déjà publiés au sujet de l'enquête¹⁵⁻¹⁷.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont permis de calculer la proportion de personnes qui vivaient dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire. De telles totalisations ont en outre présidé au calcul de la prévalence de cinq caractéristiques de la santé des personnes qui étaient en situation d'insécurité alimentaire et de celles qui ne l'étaient pas : état de santé mauvais ou passable (autoévalué), problèmes de santé chroniques multiples, obésité, forte détresse et dépression. Une régression logistique multiple a ensuite été faite pour évaluer les liens entre certains facteurs et l'insécurité alimentaire. Les variables incluses dans le modèle de régression, à savoir l'âge, le sexe, le revenu du ménage, la source principale de revenu, la catégorie de ménage, la propriété du logement, l'état matrimonial, le statut d'immigrant et le statut d'Autochtone, ont été sélectionnées d'après une revue des articles publiés sur le sujet et les données que fournit l'ENSP. Les modèles de régression établis pour déterminer les associations entre les cinq caractéristiques de la santé et « toute » insécurité alimentaire tenaient compte de l'effet de l'âge, du sexe et du revenu du ménage. Les écarts-types des estimations de la prévalence de l'insécurité alimentaire et des rapports de cotes ont été calculés selon la méthode *bootstrap*, qui tient pleinement compte des effets du plan de sondage de l'ENSP¹⁸⁻²⁰.

Le manque de nourriture n'est généralement pas un problème associé à l'image du Canada. Les Canadiens et Canadiennes jouissent d'un niveau de vie élevé²¹ et, en principe, courent peu de risques de souffrir de la faim. Pourtant, les banques

Insécurité alimentaire

De nombreux efforts ont été faits pour définir et mesurer l'insécurité alimentaire²²⁻²⁵. Une définition largement acceptée est celle du *Life Sciences Research Office of the Federation of American Societies for Experimental Biology*²⁶. Cette définition précise qu'il y a *insécurité alimentaire* dans toute situation où l'approvisionnement en aliments nutritionnellement appropriés et sûrs pour la santé est déficient ou lorsque la capacité d'acheter des aliments acceptables par des moyens socialement acceptables est limitée ou incertaine. Par contre, la *sécurité alimentaire* correspond à l'accès assuré en tout temps à suffisamment de nourriture pour mener une vie active et être en bonne santé.

On a considéré comme vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire les personnes qui ont répondu affirmativement à au moins une des trois questions suivantes tirées du questionnaire général de l'Enquête nationale sur la santé de la population.

Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que vous, ou quelqu'un d'autre de votre ménage :

- 1) vous soyez inquiet du fait qu'il n'y aurait pas suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent?
- 2) n'avez pas mangé des aliments de la qualité ou de la variété désirée à cause d'un manque d'argent?
- 3) n'avez pas suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent?

Le profil des réponses aux questions sur l'insécurité alimentaire suit généralement cette progression. Autrement dit, les personnes qui répondent affirmativement à une question ayant trait à un niveau particulier d'insécurité alimentaire répondent aussi par l'affirmative aux questions ayant trait à des niveaux moins graves d'insécurité alimentaire²⁷.

Dans le présent article, les personnes qui ont déclaré uniquement qu'elles s'inquiétaient de ne pas avoir suffisamment à manger à cause d'un manque d'argent (question 1) ont été considérées comme éprouvant une « inquiétude ». Celles qui ont répondu « oui » aux questions (2) ou (3) ont été considérées comme des personnes dont l'« apport alimentaire était compromis », qu'il s'agisse d'une réduction de la qualité ou de la quantité des aliments consommés.

d'alimentation ne cessent de se multiplier dans les diverses régions du pays²⁸ et leur nombre important laisse entendre que l'insécurité alimentaire non seulement existe, mais persiste au Canada²⁹⁻³¹.

Jusqu'à récemment, un manque de données, particulièrement à l'échelle nationale, a limité l'estimation de la prévalence de l'insécurité alimentaire au Canada. Plusieurs études se sont appuyées sur des échantillons assez petits^{12,32-34}, comme les bénéficiaires des banques d'alimentation, et, par conséquent, leurs résultats ne peuvent être généralisés pour décrire l'insécurité alimentaire à l'échelle du pays.

En 1998-1999, à la demande de Développement des ressources humaines Canada, Statistique Canada a ajouté des questions sur l'insécurité alimentaire à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) afin de sélectionner des personnes pour participer au Supplément sur la précarité alimentaire. Par conséquent, les réponses ont été recueillies auprès d'un échantillon national représentatif (voir *Méthodologie et Définitions*). Le présent article s'appuie sur ces données pour décrire l'importance et les déterminants éventuels de l'insécurité alimentaire, plusieurs problèmes de santé connexes et l'utilisation des banques d'alimentation, des soupes populaires et d'autres organismes de bienfaisance par les personnes en situation d'insécurité alimentaire.

Une personne sur dix est touchée

En général, le scénario de l'insécurité alimentaire est prévisible. Les personnes touchées commencent par s'inquiéter de ne pas avoir assez d'argent pour acheter de la nourriture, puis réduisent la qualité et ensuite la quantité des aliments qu'elles consomment³⁵.

Selon l'ENSP de 1998-1999, plus de 10 % de Canadiens et Canadiennes, soit environ trois millions de personnes, vivaient dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire (tableau 1). Autrement dit, à cause d'un manque d'argent, ces personnes ont craint au moins une fois au cours des 12 derniers mois de ne pas avoir suffisamment de nourriture, et(ou) n'ont pas mangé des aliments de la qualité ou de la variété désirée, et(ou) n'ont pas eu suffisamment de nourriture.

Définitions

Au moment de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998-1999, on a recueilli des renseignements sur l'âge de tous les membres des ménages participants. Aux fins de la présente analyse, on a créé quatre *groupes d'âge* : 0 à 17 ans, 18 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus.

La définition des catégories de *revenu du ménage* se fonde sur la taille du ménage et sur le revenu total de celui-ci provenant de toutes les sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue. Les catégories définies sont les suivantes.

Catégorie de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieure	1 ou 2	Moins de 14 999 \$
	3 ou 4	Moins de 19 999 \$
	5 et plus	Moins de 29 999 \$
Moyenne	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 et plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyenne-supérieure/ supérieure	1 ou 2	30 000 \$ et plus
	3 ou 4	40 000 \$ et plus
	5 et plus	60 000 \$ et plus

La *source principale de revenu* a été subdivisée en cinq catégories : salaires, traitements, travail autonome; assurance-emploi (AE), indemnisation des accidents du travail, prestation fiscale pour enfants, pension alimentaire pour enfants ou pour conjoint, aucune; aide sociale, bien-être; Régime de pensions du Canada ou Régime de rentes du Québec (RPC ou RRQ), Sécurité de la vieillesse (SV), Supplément de revenu garanti (SRG); et autre (par exemple, dividendes et intérêts, revenus locatifs, bourses d'études).

D'après le lien qui unit chaque répondant aux autres membres du ménage, on a défini six *catégories de ménages* : couples avec enfant(s) de moins de 25 ans; couples sans enfant de moins de 25 ans; mères seules avec enfant(s) de moins de 25 ans; pères seuls avec enfant(s) de moins de 25 ans; personnes seules; autre.

La *propriété du logement* précise si, au moment de l'enquête, la personne interrogée était propriétaire occupant ou locataire du logement.

On a demandé aux participants à l'enquête d'indiquer leur *état matrimonial* courant. Cinq groupes ont été définis : marié(e), union de fait (y compris les personnes qui vivent avec un(e) partenaire), célibataire (jamais marié), veuf ou veuve et divorcé(e) ou séparé(e).

Le *statut d'immigrant* a été établi d'après le lieu de naissance. Pour la présente analyse, les immigrants arrivés au Canada il y a moins de 10 ans ont été considérés comme des immigrants arrivés récemment.

Le *statut d'Autochtone* se fonde sur les réponses aux questions sur la race (ou couleur) et le groupe ethnique (ou culturel) auxquels s'identifie la personne interrogée. Les personnes qui ont indiqué faire partie des peuples autochtones de l'Amérique du Nord, comme les Amérindiens, les Métis et les Inuits, ont été regroupées dans la catégorie des Autochtones. Le champ d'observation de l'ENSP n'inclut que les Autochtones qui vivent hors des réserves.

Les personnes qui ont participé à l'enquête ont indiqué si elles jugeaient leur état de santé excellent, très bon, bon, passable ou mauvais. Pour la présente analyse, on a défini deux catégories d'*état de santé* : mauvais/ passable et bon/très bon/excellent.

On a demandé aux participants à l'enquête si un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez eux un problème de santé chronique qui avait duré, ou qui était censé durer, six mois ou plus. Les problèmes

de santé énumérés étaient : allergies alimentaires, autres allergies, asthme, arthrite ou rhumatisme, maux de dos, hypertension, migraine, bronchite chronique ou emphysème, sinusite, diabète, épilepsie, maladie cardiaque, cancer, ulcères à l'estomac ou à l'intestin, troubles dus à un accident vasculaire cérébral, incontinence urinaire, troubles intestinaux, maladie d'Alzheimer ou autre démence, cataracte, glaucome, trouble thyroïdien, et tout autre problème de santé de longue durée. Ici, on a considéré que toute personne ayant mentionné au moins trois problèmes de santé souffrait de *problèmes de santé chroniques multiples*.

L'Indice de masse corporelle (IMC), que l'on calcule en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres, a donné lieu à deux catégories : *obèse* (IMC \geq 30) et *non-obèse*. La valeur de l'IMC a été calculée pour les personnes de tous les groupes d'âge, sauf les femmes enceintes.

L'indice de détresse se fonde sur six questions. On a demandé aux participants à l'enquête : « Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) : si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire? Nerveux(se)? Agité(e) ou ne tenant pas en place? Désespéré(e)? Bon(ne) à rien? Combien de fois avez-vous senti que tout était un effort? » On a attribué aux réponses possibles — tout le temps, la plupart du temps, parfois, pas souvent, jamais — les poids de 5, 4, 3, 2 et 1, respectivement. L'indice correspond à la somme des poids attribués aux réponses aux six questions. Les personnes qui ont obtenu une cote égale ou supérieure à 7 ont été considérées comme éprouvant un sentiment de *détresse*. Cette catégorie représente environ 12 % des personnes qui ont répondu aux questions sur l'insécurité alimentaire.

Conformément à la méthode de Kessler *et al.*³⁶, l'Enquête nationale sur la santé de la population s'appuie sur un sous-ensemble de questions de la *Composite International Diagnostic Interview* pour déterminer si une personne a vécu un épisode dépressif majeur (EDM). Ces questions couvrent un groupe de symptômes du trouble dépressif qui sont énumérés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSMIII-R)*³⁷. Pour chaque personne, on attribue une cote aux réponses aux diverses questions, puis on transforme la cote globale en une probabilité estimative de diagnostic d'EDM. On considère ici qu'une personne a fait une *dépression* au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue si l'estimation est égale à 0,9, autrement dit si la probabilité de poser le diagnostic d'EDM est égale à 90 %.

Le Supplément sur la précarité alimentaire à l'ENSP de 1998-1999, réalisé auprès des personnes en situation d'insécurité alimentaire, contenait la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que vous ou une autre personne de votre ménage avez reçu de la nourriture d'une banque d'alimentation, d'une soupe populaire ou d'une autre œuvre de charité à cause d'un manque d'argent pour la nourriture? » Le choix de réponses était : souvent, parfois ou jamais. Aux personnes qui ont dû recourir à une *aide alimentaire*, on a demandé si cela se produisait principalement à la fin du mois.

Le supplément contenait aussi des questions sur les enfants de moins de 16 ans vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire. On a demandé à l'adulte qui avait la charge de ces enfants si, à cause d'un manque d'argent, l'année précédente : il/elle avait craint de ne pas pouvoir nourrir son (ses) enfant(s); si il/elle était incapable de donner des repas équilibrés à son (ses) enfant(s); si il/elle avait dû réduire les portions données à son (ses) enfant(s); si son (ses) enfant(s) avait(en)t sauté des repas ou si son (ses) enfant(s) avait(en)t eu faim. Pour la présente analyse, on a utilisé une classification à trois niveaux pour déterminer l'*état de sécurité alimentaire des enfants* : sécurité alimentaire; inquiétude uniquement; apport alimentaire compromis.

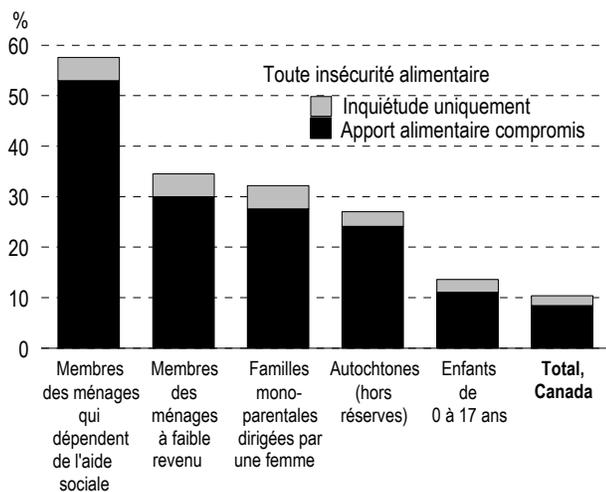
Si l'on exclut les personnes qui s'inquiétaient de ne pas avoir suffisamment d'argent pour acheter de la nourriture mais qui n'avaient pas réduit la qualité ni la quantité des aliments qu'elles mangeaient, la prévalence de l'insécurité alimentaire diminue pour s'établir à 8 %.

Association au revenu du ménage

Puisque l'insécurité alimentaire est définie comme découlant d'un manque d'argent, elle est fortement associée au revenu du ménage. En 1998-1999, près de 35 % de personnes vivant dans un ménage à faible revenu ont éprouvé une certaine forme d'insécurité alimentaire (30 % ont dit que leur apport alimentaire était compromis) (graphique 1, tableau 1). Cependant, comme on l'a observé aux États-Unis^{38,39}, l'insécurité alimentaire n'est pas uniquement le fait des ménages appartenant à la catégorie inférieure de revenu. Au cours de l'année précédente, environ 14 % de ménages à revenu moyen ont été, dans une certaine mesure, au moins une fois en situation d'insécurité alimentaire (presque 12 % ont dit que leur apport alimentaire avait été compromis).

Naturellement, de nombreux autres facteurs peuvent être liés à l'insécurité alimentaire, ainsi qu'au revenu du ménage, comme le sexe, l'âge, la source

Graphique 1
Prévalence de l'insécurité alimentaire, selon le niveau et certaines caractéristiques, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier général, 1998-1999

Tableau 1
Prévalence de l'insécurité alimentaire, selon le niveau et certaines caractéristiques, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Population estimative en milliers	Niveau d'insécurité alimentaire	
		Toute forme	Apport alimentaire compromis %
Total	29 439	10,4	8,4
Sexe			
Hommes	14 587	9,9*	8,0*
Femmes†	14 852	10,8	8,8
Groupe d'âge			
0 à 17 ans	7 091	13,6*	11,1*
18 à 44 ans	12 200	11,9*	9,7*
45 à 64 ans	6 666	7,5*	6,0*
65 ans et plus†	3 481	3,9	3,2
Revenu du ménage			
Inférieur	3 886	34,5*	30,1*
Moyen	7 361	14,3*	11,5*
Moyen-supérieur/supérieur†	16 202	3,3	2,3
Données manquantes	1 990	5,7*	4,6*
Source principale de revenu			
Salaires, traitements, travail autonome†	22 628	8,1	6,2
AE, indemnisation des accidents du travail, prestation fiscale pour enfants, pension alimentaire pour enfants ou pour conjoint, aucune	497	27,7*	23,3*
Aide sociale, bien-être	1 270	57,6*	53,0*
RPC, RRQ, SV, SRG	4 008	5,8*	4,8*
Autre	1 034	10,3	8,7
Catégorie de ménage			
Couple avec enfant(s) < 25 ans†	15 564	8,5	6,6
Couple sans enfant < 25 ans	6 602	5,5*	4,3*
Mère seule avec enfant(s) < 25 ans	2 185	32,2*	27,6*
Père seul avec enfant(s) < 25 ans	397	16,9*	13,2*
Personne seule	4 096	13,0*	11,3*
Autre	595	9,9	7,8
Propriété du logement			
Propriétaire†	21 099	5,8	4,5
Locataire	8 315	21,9*	18,4*
Données manquantes	25	--	--
État matrimonial			
Marié(e)†	12 539	6,5	5,1
Union de fait/vit avec un(e) partenaire	1 531	11,7*	9,1*
Célibataire (jamais marié(e))	12 111	12,9*	10,6*
Veuf ou veuve	1 383	7,1	5,9
Divorcé(e)/séparé(e)	1 874	21,3*	18,2*
Données manquantes	--	--	--
Statut d'immigrant			
Né(e) au Canada†	24 110	10,5	8,6
A immigré il y a 0 à 9 ans	1 621	13,0	11,1
A immigré il y a 10 ans ou plus	3 660	8,2*	6,4*
Données manquantes	47	--	--
Statut d'Autochtone			
Oui	789	27,0*	24,1*
Non†	28 650	9,9	8,0

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier général, 1998-1999

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† Catégorie de référence.

* Écart significatif par rapport à la catégorie de référence (p ≤ 0,05).

-- Échantillon trop petit pour produire une estimation fiable.

Tableau 2

Rapports corrigés de cotes pour l'insécurité alimentaire, selon le niveau et certaines caractéristiques, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Toute insécurité alimentaire		Apport alimentaire compromis	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe				
Hommes	1,06	0,99 - 1,15	1,07	0,98 - 1,17
Femmes [†]	1,00	...	1,00	...
Groupe d'âge				
0 à 17 ans	4,82*	3,32 - 7,00	4,86*	3,18 - 7,42
18 à 44 ans	4,22*	3,07 - 5,81	4,32*	2,98 - 6,25
45 à 64 ans	2,71*	2,04 - 3,60	2,75*	2,00 - 3,79
65 ans et plus [†]	1,00	...	1,00	...
Revenu du ménage				
Inférieur	7,96*	6,21 - 10,20	8,79*	6,51 - 11,87
Moyen	4,31*	3,50 - 5,30	4,86*	3,78 - 6,25
Moyen-supérieur/supérieur [†]	1,00	...	1,00	...
Source principale de revenu				
Salaires, traitements, travail autonome [†]	1,00	...	1,00	...
AE, indemnisation des accidents du travail, prestation fiscale pour enfants, pension alimentaire pour enfants ou pour conjoint, aucune	1,71*	1,15 - 2,56	1,79*	1,12 - 2,84
Aide sociale, bien-être	3,06*	2,32 - 4,03	3,43*	2,60 - 4,52
RPC, RRQ, SV, SRG	0,93	0,71 - 1,22	1,02	0,76 - 1,37
Autre	1,02	0,71 - 1,46	1,08	0,73 - 1,57
Catégorie de ménage				
Couple avec enfant(s) < 25 ans [†]	1,00	...	1,00	...
Couple sans enfant < 25 ans	0,98	0,78 - 1,23	1,01	0,78 - 1,31
Mère seule avec enfant(s) < 25 ans	1,41*	1,10 - 1,81	1,39*	1,07 - 1,80
Père seul avec enfant(s) < 25 ans	1,02	0,59 - 1,78	0,92	0,50 - 1,70
Personne seule	0,95	0,74 - 1,24	1,08	0,81 - 1,43
Autre	0,99	0,58 - 1,71	0,99	0,55 - 1,77
Propriété du logement				
Propriétaire [†]	1,00	...	1,00	...
Locataire	2,01*	1,67 - 2,41	1,91*	1,56 - 2,33
État matrimonial				
Marié(e) [†]	1,00	...	1,00	...
Union de fait/vit avec un(e) partenaire	1,06	0,80 - 1,41	1,02	0,76 - 1,38
Célibataire (jamais mari(e))	0,79*	0,66 - 0,93	0,80*	0,66 - 0,95
Veuf ou veuve	1,04	0,75 - 1,44	0,98	0,70 - 1,38
Divorcé(e)/séparé(e)	1,45*	1,20 - 1,75	1,41*	1,15 - 1,73
Statut d'immigrant				
Né(e) au Canada [†]	1,00	...	1,00	...
A immigré il y a 0 à 9 ans	0,66*	0,49 - 0,88	0,71*	0,52 - 0,98
A immigré il y a 10 ans ou plus	1,05	0,87 - 1,28	1,02	0,81 - 1,27
Statut d'Autochtone				
Oui	1,48*	1,08 - 2,05	1,62*	1,16 - 2,26
Non [†]	1,00	...	1,00	...

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier général, 1998-1999

Nota : L'analyse se fonde sur l'échantillon de 48 872 personnes qui ont répondu aux questions sur l'insécurité alimentaire et les autres covariables. La catégorie « données manquantes » a été incluse dans le modèle pour la variable de revenu du ménage pour maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés pour cette catégorie.

† Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.

... N'ayant pas lieu de figurer.

* $p \leq 0,05$.

principale de revenu, la catégorie de ménage, la situation ayant trait à la propriété du logement (propriétaire ou locataire), l'état matrimonial, le statut d'immigrant et le statut d'Autochtone. Toutefois, même en tenant compte de l'effet de ces facteurs, le revenu du ménage reste fortement associé à l'insécurité alimentaire (tableau 2). La cote exprimant le risque d'avoir connu l'insécurité alimentaire au moins une fois au cours de l'année précédente est environ huit fois plus élevée pour les personnes appartenant à un ménage de la catégorie inférieure de revenu que pour celles appartenant à un ménage de la catégorie de revenu moyenne-supérieure ou supérieure. En fait, même pour les membres des ménages à revenu moyen, la cote exprimant le risque d'être en situation d'insécurité alimentaire est environ quatre fois plus élevée que pour les membres des ménages mieux nantis.

L'insécurité alimentaire observée pour certains ménages à revenu élevé pourrait tenir au fait que le revenu annuel est une mesure statique qui n'est pas nécessairement sensible aux changements imprévus de circonstances économiques qui entraînent des périodes temporaires d'insécurité alimentaire³⁸. Par exemple, le revenu déclaré ne reflétera pas la perte soudaine d'un emploi ou le décès du seul soutien économique survenant à peu près au moment de l'entrevue de l'ENSP, puisqu'il se rapporte aux 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

Variation selon la source du revenu

Les membres des ménages dont la source principale de revenu est l'aide sociale courent un risque beaucoup plus grand de se trouver en situation d'insécurité alimentaire que ceux des ménages qui dépendent d'autres sources de revenu (tableau 1). La prévalence d'au moins un épisode d'insécurité alimentaire est de 58 % pour les membres des ménages dont la source principale de revenu est l'aide sociale. L'insécurité alimentaire est également assez répandue chez les membres des ménages qui dépendent de l'assurance-emploi, de l'indemnisation des accidents du travail, de la prestation fiscale pour enfants ou d'une pension alimentaire pour enfants ou pour conjoint, ou qui n'ont aucune source de

revenu (28 %). Même si l'on tient compte de l'effet d'autres facteurs, comme l'âge et le revenu du ménage, la cote exprimant le risque d'être en situation d'insécurité alimentaire est nettement plus élevée pour les membres des ménages qui dépendent de l'aide sociale, de l'assurance-emploi, de l'indemnisation des accidents du travail, de la prestation fiscale pour enfants, ou d'une pension alimentaire pour enfants ou pour conjoint, ou qui n'ont aucun revenu que pour ceux qui dépendent d'un revenu d'emploi (tableau 2).

Un faible pourcentage de personnes appartenant à un ménage dont le revenu provenait d'un emploi (salaire, traitement ou revenu d'un travail autonome) ou d'une pension gouvernementale (Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec, Sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti) ont déclaré avoir connu l'insécurité alimentaire au cours de l'année précédente.

Les ménages monoparentaux courent un grand risque

La variation de la prévalence de l'insécurité alimentaire selon le revenu du ménage et la source du revenu donnent une idée des groupes qui courent un risque. Nombre de ménages monoparentaux, particulièrement ceux dirigés par une femme, ont un faible revenu et dépendent de l'aide sociale. Par conséquent, il n'est pas surprenant d'observer que 32 % de ménages dirigés par une mère seule ont été, dans une certaine mesure, en situation d'insécurité alimentaire au cours de l'année précédente et que 28 % avaient réduit la qualité et (ou) la quantité de leur apport alimentaire (tableau 1). Bien que les taux correspondants soient environ deux fois plus faibles pour les ménages dirigés par un père seul (17 % et 13 %), ils restent nettement supérieurs à la moyenne nationale. Si l'on tient compte de l'effet du revenu du ménage, de la source du revenu et des autres facteurs, la cote exprimant le risque qu'un ménage dirigé par une mère seule soit en situation d'insécurité alimentaire est environ une fois et demie plus élevée que pour les ménages formés d'un couple avec enfants (tableau 2).

L'insécurité alimentaire est également assez courante chez les personnes seules (13 %).

Cependant, cette forte proportion reflète le fait que les personnes seules présentent souvent d'autres caractéristiques associées à l'insécurité alimentaire. Si l'on tient compte de l'effet de ces caractéristiques, la cote exprimant le risque que des personnes seules soient en situation d'insécurité alimentaire n'est pas supérieure à celle calculée pour les couples avec enfants.

Vulnérabilité des personnes divorcées ou séparées

Dans une certaine mesure, la prévalence de l'insécurité alimentaire selon la catégorie de ménage reflète l'état matrimonial. Plus d'une personne divorcée ou séparée sur cinq (21 %), souvent des parents seuls, vivaient dans un ménage ayant connu l'insécurité alimentaire au moins une fois l'année précédente, et 18 % ont dit que leur apport alimentaire avait été compromis (tableau 1). L'insécurité alimentaire est également assez courante chez les célibataires (13 %). En revanche, seulement 7 % de personnes mariées vivaient dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire.

Si l'on tient compte de l'effet du revenu du ménage, de la catégorie de ménage et des autres facteurs, la cote exprimant le risque qu'une personne divorcée ou séparée soit en situation d'insécurité alimentaire est environ une fois et demie plus élevée que la cote calculée pour les personnes mariées, mais la cote obtenue pour les personnes seules est, en fait, significativement plus faible.

Prévalence plus forte chez les enfants

Les enfants représentent le groupe d'âge le plus susceptible de vivre dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire, tandis que les personnes âgées sont les moins susceptibles d'être dans cette situation. En 1998-1999, environ 14 % d'enfants de moins de 18 ans vivaient dans un ménage ayant connu l'insécurité alimentaire au moins une fois l'année précédente, et 11 % vivaient dans un ménage dont l'apport alimentaire était compromis (tableau 1). Pour le groupe des 18 à 44 ans, les chiffres sont à peine plus faibles : 12 % et 10 %, respectivement. Par contre, à peine 4 % de personnes âgées vivaient dans un ménage en

situation d'insécurité alimentaire et 3 % seulement dans un ménage dont l'apport alimentaire était compromis (voir *Limites*).

Même si l'on tient compte de l'effet d'autres facteurs confusionnels éventuels, comme la catégorie de ménage et le revenu du ménage, la cote exprimant le risque de vivre dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire reste cinq fois plus élevée pour les enfants que pour les personnes âgées (tableau 2). Toutefois, les enfants qui vivent dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire ne sont pas nécessairement mal nourris. Les adultes qui s'occupent d'eux ont tendance à sacrifier leur propre alimentation pour que leurs enfants ne souffrent pas de la faim³⁵. En fait, les données du Supplément sur la précarité alimentaire à l'ENSP de 1998-1999 montrent qu'une bonne moitié des enfants de moins de 16 ans vivant dans un ménage

Limites

Le nombre de personnes qui éprouvent une insécurité alimentaire est vraisemblablement sous-estimé dans une certaine mesure, car l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) est axée sur les ménages, donc ne couvre pas les sans abris chez lesquels l'insécurité alimentaire est très répandue. De surcroît, l'étude pourrait sous-estimer la proportion de personnes âgées qui connaissent l'insécurité alimentaire, car cette dernière a été définie dans le contexte du manque d'argent pour l'achat de nourriture. Or, les personnes âgées peuvent présenter d'autres facteurs de risque susceptibles de contribuer à l'insécurité alimentaire, dont les problèmes de santé, les incapacités et les déficits fonctionnels qui limitent la capacité d'acheter ou de préparer des aliments.

Par ailleurs, les membres d'un ménage en situation d'insécurité alimentaire ne sont pas nécessairement tous dans cette situation. La personne sélectionnée pour répondre au questionnaire de l'ENSP a fourni des renseignements au nom de tous les membres du ménage. Par conséquent, le degré d'insécurité alimentaire déclaré par cette personne a été appliqué à tous les membres du ménage, qu'ils aient été ou non effectivement dans cette situation.

Comme elle se fonde sur des données transversales, l'analyse permet de décrire les liens entre variables, mais ne permet pas de déduire les relations de cause à effet. En outre, la nature transversale des données ne permet pas d'évaluer les conséquences à long terme de l'insécurité alimentaire.

Les trois questions filtres se concentrent sur le fait « qu'il n'y ait pas suffisamment de nourriture dans le ménage à cause d'un manque d'argent ». Les autres dimensions de l'insécurité alimentaire, comme la durée de la privation ou sa périodicité, ne sont pas couvertes.

en situation d'insécurité alimentaire étaient en état de sécurité alimentaire, tandis que le cinquième d'entre eux craignaient uniquement d'être en situation d'insécurité alimentaire. Cependant, l'apport alimentaire des 29 % restant était compromis (données non présentées).

Dans une certaine mesure, la faible prévalence de l'insécurité alimentaire chez les personnes âgées pourrait tenir au fait que les besoins énergétiques et la consommation d'aliments diminuent habituellement quand l'âge augmente⁴⁰. Néanmoins, il se pourrait que les personnes âgées visées par la présente analyse aient été moins disposées que les personnes plus jeunes à admettre qu'elles n'avaient pas suffisamment à manger, ce qui contribuerait au taux plus faible d'insécurité alimentaire observé pour ce groupe d'âge⁴¹.

Risque moins grand pour les propriétaires d'un logement

Puisque l'insécurité alimentaire est définie ici dans le contexte du manque d'argent, il n'est pas étonnant qu'elle soit peu fréquente chez les personnes propriétaires d'un logement. À peine 6 % de personnes propriétaires ont fait état d'au moins un épisode d'insécurité alimentaire au cours de l'année précédente, et environ 5 % ont dit que leur apport alimentaire était compromis (tableau 1). En revanche, 22 % de personnes occupant un logement locatif éprouvaient au moins un certain degré d'insécurité alimentaire et 18 % voyaient leur apport alimentaire compromis. Même si l'on tient compte de facteurs comme le revenu du ménage et l'âge, la cote exprimant le risque d'éprouver une insécurité alimentaire est deux fois plus élevée pour les personnes qui sont locataires de leur logement que pour celles qui en sont propriétaires. Ces résultats concordent avec ceux d'études américaines montrant que les propriétaires d'un logement sont moins susceptibles que les locataires de manquer de nourriture^{38,42}.

Faible chez les immigrants, forte chez les Autochtones

En principe, on s'attendrait à ce que les immigrants de fraîche date (ceux qui sont arrivés au Canada ces

10 dernières années) soient plus susceptibles que les personnes nées au Canada d'éprouver des difficultés financières pendant qu'ils s'adaptent à une nouvelle culture. Par conséquent, ils pourraient courir un plus grand risque d'être en situation d'insécurité alimentaire. Cependant, la proportion d'immigrants arrivés récemment qui ont dit avoir connu au moins un épisode d'insécurité alimentaire au cours de l'année précédente n'est pas significativement plus forte que la proportion de personnes nées au Canada dans la même situation (13 % contre 11 %) (tableau 1). En fait, si l'on tient compte de l'effet des autres facteurs, la cote exprimant le risque de vivre dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire est plus faible pour les immigrants arrivés au cours des 10 dernières années que pour les personnes nées au Canada (tableau 2).

Par contre, la prévalence de l'insécurité alimentaire est très élevée chez les Autochtones qui vivent hors des réserves. Plus du quart d'entre eux (27 %) ont dit éprouver au moins une certaine forme d'insécurité alimentaire et 24 %, que leur apport alimentaire était compromis (tableau 1). Même si l'on tient compte de l'effet des autres facteurs, la cote exprimant le risque de vivre dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire est environ une fois et demie plus élevée pour les Autochtones que pour les non-Autochtones.

Insécurité alimentaire et santé

Une nutrition inadéquate est liée de façon significative à l'insécurité alimentaire^{5,6,11,43}. De même, la nutrition inadéquate prolongée qu'entraîne l'insécurité alimentaire peut avoir des conséquences graves pour la santé. Par exemple, chez l'enfant, la mauvaise nutrition peut affecter le développement des aptitudes intellectuelles, sociales et émotionnelles nécessaires pour fonctionner dans une société^{44,45}. Durant la prime enfance et l'enfance, la mauvaise nutrition entraîne un retard de croissance et nuit au développement psychomoteur⁴⁶. La nutrition inadéquate a également été associée à une diminution du pouvoir de concentration et au mauvais rendement scolaire⁴⁷.

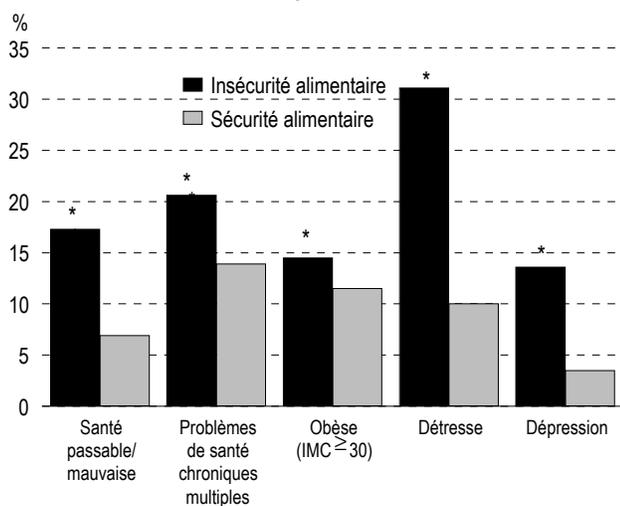
Quel que soit l'âge, la consommation d'une quantité insuffisante de fruits et de légumes peut

augmenter le risque de souffrir de maladies chroniques, comme le cancer et la maladie cardiovasculaire⁴⁸. Une carence en nutriments, comme le zinc, le cuivre, le sélénium et les vitamines A, C et D, peut affaiblir le système immunitaire et augmenter la susceptibilité aux infections^{49,50}.

Le risque est particulièrement prononcé chez les personnes âgées. Chez ces dernières, la malnutrition cause une diminution de la masse musculaire et de la force qui, à son tour, peut entraîner une incapacité et la perte de l'autonomie⁵¹. L'affaiblissement du système immunitaire rend aussi les personnes âgées plus susceptibles de contracter une pneumonie ou d'autres infections qui pourraient mettre leur vie en danger⁵¹.

Selon l'ENSP de 1998-1999, la prévalence de certains problèmes de santé était plus forte chez les personnes vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire que chez celles vivant dans un ménage où l'on ne se préoccupait pas d'avoir suffisamment d'argent pour se nourrir (graphique 2). Les personnes appartenant aux ménages en situation d'insécurité alimentaire étaient nettement plus susceptibles de juger leur santé « passable » ou « mauvaise » : 17 % contre 7 %. Cet écart s'observe

Graphique 2
Prévalence de certaines caractéristiques de la santé, selon la situation de sécurité alimentaire, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

* Valeur significativement plus élevée que pour la sécurité alimentaire ($p \leq 0,05$)

même si l'on tient compte de l'effet de l'âge, du sexe et du revenu du ménage (tableau 3).

Une proportion relativement forte (21 %) de personnes vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire ont dit souffrir d'au moins trois problèmes de santé chroniques. Le chiffre est nettement plus faible (14 %) pour les personnes vivant dans un ménage en situation de sécurité alimentaire, même si l'on tient compte de l'effet de l'âge, du sexe et du revenu du ménage.

Paradoxalement, il existe un lien entre l'insécurité alimentaire et l'obésité. Certaines études montrent que les personnes en situation d'insécurité alimentaire sont plus susceptibles d'avoir des accès de consommation de nourriture ou de choisir des aliments à forte teneur calorique lorsqu'elles disposent de nourriture^{43,52,53}. Selon d'autres études,

Tableau 3
Rapports corrigés† de cotes pour certaines caractéristiques de la santé, selon la situation de sécurité alimentaire, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Santé passable/mauvaise		
Sécurité alimentaire‡	1,0	...
Insécurité alimentaire	3,2*	2,6 - 4,0
Problèmes de santé chroniques multiples		
Sécurité alimentaire‡	1,0	...
Insécurité alimentaire	2,2*	1,8 - 2,7
Obèse (IMC ≥ 30)		
Sécurité alimentaire‡	1,0	...
Insécurité alimentaire	1,5*	1,2 - 1,8
Forte détresse		
Sécurité alimentaire‡	1,0	...
Insécurité alimentaire	3,2*	2,7 - 3,8
Dépression		
Sécurité alimentaire‡	1,0	...
Insécurité alimentaire	3,7*	2,9 - 4,7

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

Nota : L'analyse se fonde sur l'échantillon de 17 226 personnes qui ont répondu aux questions sur l'insécurité alimentaire, la santé et les autres covariables.

† Corrigés pour tenir compte de l'effet de l'âge, du sexe et du revenu du ménage.

‡ Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.

... N'ayant pas lieu de figurer.

* $p \leq 0,05$.

l'indice de masse corporelle (IMC) des femmes vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire est, en moyenne, supérieur à celui des femmes qui vivent dans un ménage en situation de sécurité alimentaire^{54,55}. Les données de l'ENSP montrent, elles aussi, que 15 % de personnes appartenant à un ménage en situation d'insécurité alimentaire sont obèses (IMC égal ou supérieur à 30), proportion nettement plus élevée que celle observée pour les personnes vivant dans un ménage en situation de sécurité alimentaire (12 %). Si l'on tient compte de l'effet de l'âge, du sexe et du revenu du ménage, la cote exprimant le risque d'être obèse demeure nettement plus élevée pour les personnes en situation d'insécurité alimentaire.

S'inquiéter de tomber à court de nourriture peut causer des troubles émotionnels^{10,56,57}. En 1998-1999, 31 % de personnes vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire, mais 10 % seulement de personnes vivant dans un ménage en situation de sécurité alimentaire, ont dit éprouver un sentiment de détresse. En outre, 14 % de personnes vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire ont mentionné des symptômes donnant à penser qu'il était fort probable qu'elles aient vécu un épisode dépressif majeur l'année précédente; comparativement, la proportion était à peine de 4 % pour les personnes vivant dans un ménage en situation de sécurité alimentaire. Même si l'on tient compte de l'effet de l'âge, du sexe et du revenu du ménage, la cote exprimant le risque qu'une personne en situation d'insécurité alimentaire éprouve un sentiment de détresse ou ait vécu un épisode dépressif majeur demeure au moins trois fois plus forte que pour les personnes en situation de sécurité alimentaire.

Banques d'alimentation, soupes populaires

Des études antérieures montrent qu'environ 20 % de personnes en situation d'insécurité alimentaire ou économiquement défavorisées recourent aux services des banques d'alimentation^{56,58}. De même, le Supplément sur la précarité alimentaire à l'ENSP de 1998-1999 indique que 22 % de personnes vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire

s'étaient adressées à des banques d'alimentation, des soupes populaires ou d'autres organismes de bienfaisance l'année précédente (19 % ont dit le faire à l'occasion; 3 % demandaient fréquemment une aide alimentaire) (données non présentées). Naturellement, le recours à l'aide alimentaire est lié à l'accès à cette aide. Certaines municipalités n'offrent pas ce genre de services et, dans celles qui le font, nombre de personnes en situation d'insécurité alimentaire sont éloignées du lieu où les services sont offerts.

Chez les personnes dont le budget est limité, le manque d'argent se fait le plus souvent sentir à la fin du mois. En fait, la majorité des personnes qui faisaient appel à une aide alimentaire (60 %) ont dit recourir à cette aide principalement à la fin du mois (données non présentées).

Mot de la fin

Les estimations de l'importance de l'insécurité alimentaire au Canada produites d'après les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999 constituent des données de référence pour les futurs suivis. Dans l'ensemble, en 1998-1999, environ 1 Canadien sur 10 vivait dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire et 8 % ont déclaré que leur apport alimentaire était compromis.

Les facteurs qui, selon la présente analyse, sont associés à l'insécurité alimentaire concordent avec ceux relevés lors d'études menées antérieurement aux États-Unis^{38,42}. La réduction de l'apport alimentaire est particulièrement fréquente chez certains groupes, à savoir les ménages qui dépendent de l'aide sociale, les ménages à faible revenu, les familles dirigées par une mère seule, les Autochtones vivant hors des réserves et les enfants.

La proportion d'enfants qui vivent dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire est une question particulièrement préoccupante, car, plus que les adultes, les enfants ont besoin d'un bon apport d'énergie et de nutriments. Or, si les données de l'ENSP montrent que la majorité des enfants vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire ne sont pas mal nourris, le quart d'entre eux ont toutefois un apport alimentaire inadéquat.

Une analyse transversale telle que celle-ci ne permet pas d'établir les relations de cause à effet, mais elle permet de préciser les corrélats économiques de l'insécurité alimentaire — information indispensable pour planifier les stratégies préventives et prendre des mesures qui atteindront la population à risque. En outre, on a montré que l'insécurité alimentaire est associée à des problèmes de santé d'ordre physique et psychique. Par conséquent, les efforts en vue de réduire l'insécurité alimentaire pourraient, en dernière analyse, contribuer à la réduction des dépenses occasionnées par le traitement des problèmes médicaux qui y sont associés. ●

Références

1. S.J. Carlson, M.S. Andrews et G.W. Bickel, « Measuring food insecurity and hunger in the United States: Development of a national benchmark measure and prevalence estimates », *Journal of Nutrition*, 129(supplément), 1999, p. S510-S516.
2. C.M. Olson, « Food insecurity and hunger: Poverty policy issues for the 1990s and beyond », *Focus*, 18(2), 1996-1997, p. 61-64.
3. A. Kendall, C.M. Olson et E.A. Frongillo Jr, « Validation of the Radimer/Cornell measure of hunger and food insecurity », *Journal of Nutrition*, 125, 1995, p. 2793-2801.
4. M. Nord, K. Jemison et G. Bickel, « *Measuring Food Security in the United States: Prevalence of Food Insecurity and Hunger, by State, 1996-1998* », Food Assistance and Nutrition Research Report No. 2, Washington, DC, US Department of Agriculture, 1999.
5. S.P. Cristofar et P.P. Basiotis, « Dietary intakes and selected characteristics of women ages 19-50 years and their children ages 1-5 years by reported perception of food sufficiency », *Journal of Nutrition Education*, 24, 1992, p. 53-58.
6. D. Rose et V. Oliveira, « Nutrient intakes of individuals from food-insufficient households in the United States », *American Journal of Public Health*, 87(12), 1997, p. 1956-1961.
7. J.M. Murphy, C.A. Wehler, M.E. Pagano *et al.*, « Relationship between hunger and psychosocial functioning in low-income American children », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1998, p. 163-170.
8. L.I. Vailas, S.A. Nitzke, M. Becker *et al.*, « Risk indicators for malnutrition are associated inversely with quality of life for participants in meal programs for older adults », *Journal of the American Dietetic Association*, 98(5), 1998, p. 548-553.
9. M.O. Seipel, « Social consequences of malnutrition », *Social Work*, 44(5), 1999, p. 416-425.
10. A.-M. Hamelin, J.-P. Habicht et M. Beaudry, « Food insecurity: Consequences for the household and broader social implications », *Journal of Nutrition*, 129(supplément), 1999, p. S525-S528.
11. V.S. Tarasuk et G.H. Beaton, « Women's dietary intakes in the context of household food insecurity », *Journal of Nutrition*, 129(supplément), 1999, p. S672-S679.
12. N.S. Wellman, D.O. Weddle, S. Kranz *et al.*, « Elder insecurities: Poverty, hunger, and malnutrition », *Journal of the American Dietetic Association*, 97(supplément 2), 1997, p. S120-S122.
13. University of Southern Mississippi News, *U.S. Hunger*, document paru le 10 novembre 1998, disponible à : http://www.pr.usm.edu/prnews/nov_98/LIFELECT.HTM/, site consulté le 3 février 2000.
14. Applied Research Branch, Human Resources Development Canada, *Lack of Food Security: A Research Framework for Human Resources Development Canada*, Ottawa, Human Resources Development Canada, 1997.
15. 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).
16. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « 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).
17. Statistique Canada, *ENSP de 1998-1999 — Supplément sur la précarité alimentaire*, document non publié, Ottawa, Statistique Canada, 2000.
18. J.N.K. Rao, G.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).
19. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 283-310.
20. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
21. World notes, « UN gives Canada top spot », *Macleans*, 30, July 12, 1999.
22. E.A. Frongillo Jr, « Validation of measures of food insecurity and hunger », *Journal of Nutrition*, 129(supplément), 1999, p. S506-S509.
23. R.R. Briefel et C.E. Woteki, « Development of food sufficiency questions for the Third National Health and Nutrition Examination Survey », *Journal of Nutrition Education*, 24(1), 1992, p. S24-S28.
24. C.A. Wehler, R.I. Scott et J.J. Anderson, « The Community Childhood Hunger Identification Project: A model of domestic hunger—demonstration projects in Seattle, Washington », *Journal of Nutrition Education*, 24(1), 1992, p. S29-S35.
25. K.L. Radimer, C.M. Olson et C.C. Campbell, « Development of indicators to assess hunger », *Journal of Nutrition*, 120, 1990, p. 1544-1548.

26. S.A. Anderson (publié sous la direction de), « Core indicators of nutritional state for difficult-to-sample populations », *Journal of Nutrition*, 120(supplément), 1990, p. S1557-S1660.
27. W.L. Hamilton, J.T. Cook, W.W. Thompson *et al.*, *Household Food Security in the United States in 1995: Summary Report of the Food Security Measurement Project*, Alexandria, Virginia, USDA Food and Consumer Service, 1997.
28. B. Wilson et C. Steinman, *Hunger Count 2000. A Surplus of Hunger*, Toronto, Association canadienne des banques alimentaires, 2000.
29. G. Riches, « Responding to hunger in a wealthy society: Issues and options », *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 50(3), 1989, p. 150-154.
30. V.S. Tarasuk et H. MacLean, « The institutionalization of food banks in Canada: A public health concern », *Revue canadienne de santé publique*, 81, 1990, p. 331-332.
31. V.S. Tarasuk et B. Davis, « Responses to food insecurity in the changing Canadian welfare state », *Journal of Nutrition Education*, 28(2), 1996, p. 71-75.
32. V.S. Tarasuk et G.H. Beaton, « Household food insecurity and hunger among families using food banks », *Revue canadienne de santé publique*, 90(2), 1999, p.109-113.
33. L.J. Starkey, H.V. Kuhnlein et K. Gray-Donald, « Food bank users: Sociodemographic and nutritional characteristics », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 581(9), 1998, p. 1143-1149.
34. M. Antoniadis et V. Tarasuk, « A survey of food problems experienced by Toronto street youth », *Revue canadienne de santé publique*, 89(6), 1998, p. 371-375.
35. K.L. Radimer, C.M. Olson, J.C. Greene *et al.*, « Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children », *Journal of Nutrition Education*, 24(1), 1992, p. S36-S44.
36. K.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.
37. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3^e édition révisée, Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1989.
38. D. Rose, « Economic determinants and dietary consequences of food insecurity in the United States », *Journal of Nutrition*, 129(supplément), 1999, p. S517-S520.
39. K. Alaimo, R.R. Brietel et E.A. Frongillo, « Food insufficiency exists in the United States: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) », *American Journal of Public Health*, 88(3), 1998, p. 419-426.
40. United States Department of Agriculture, Nutrient intakes: Individuals in 48 states, year 1977-78, dans : Human Nutrition Information Service, Consumer Nutrition Division, *National Food Consumption Survey, 1977-78* (Report 1-2), Hyattsville, Maryland, US Department of Agriculture, 1984.
41. W.S. Wolfe, C.M. Olson, A. Kendall *et al.*, « Understanding food insecurity in the elderly: a conceptual framework », *Journal of Nutrition Education*, 28, 1996, p. 92-100.
42. D. Rose, C. Gundersen et V. Oliveira, « *Socio-economic Determinants of Food Insecurity in the United States: Evidence from the SIPP and CSFII Datasets* » (Technical Bulletin No. 1869), Washington, DC, USDA Economic Research Service, 1998.
43. A. Kendall, C.M. Olson et E.A. Frongillo, « Relationship of hunger and food insecurity to food availability and consumption », *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 1996, p. 1019-1024.
44. J.L. Brown et E. Pollitt, « Malnutrition, poverty and intellectual development », *Scientific American*, February 1996, p. 38-43.
45. R.E. Kleinman, J.M. Murphy, M. Little *et al.*, « Hunger in children in the United States: Potential behavioural and emotional correlates », *Pediatrics*, 101, 1998, p. 1-6.
46. D.A. Levitsky et B.S. Strupp, « *The Enduring Effects of Early Malnutrition: A History and a Perspective* », Ithaca, New York, Division of Nutritional Sciences, Cornell University, 1997.
47. T.D. Wachs, « Relation of mild-to-moderate malnutrition to human development: correlational studies », *Journal of Nutrition*, 125(supplément), 1995, p. S2245-S2254.
48. American Dietetic Association, Domestic food and nutrition security—Position of ADA, *Journal of the American Dietetic Association*, 98, 1998, p. 337-342.
49. K.S. Kubena et D.N. McMurray, « Nutrition and the immune system: a review of nutrient-nutrient interactions », *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 1996, p. 1156-1164.
50. M.R. Mainous et E.A. Deitch, « Nutrition and infection », *Surgical Clinics of North America*, 74, 1994, p. 659-676.
51. C.L. Codispoti et B.J. Bartlett, *Food and Nutrition for Life: Malnutrition and Older Americans* (publication n° NAIC-12), Washington, DC, National Aging Information Center, 1994.
52. W.H. Dietz, « Does hunger cause obesity? », *Pediatrics*, 85, 1995, p. 776-777.
53. Cornell University Science News, « Cornell studies find women in food-insecure homes engage in more binge eating and eat fewer fruits and vegetables », document paru le 18 juin 1997, disponible à : <http://www.news.cornell.edu/releases/June97/consequences.ssl.html>, site consulté le 6 février 2001.
54. C.M. Olson, « Food insecurity, a new measure of nutritional well-being », Cornell University Ask the Nutrition Expert Site, site mis à jour le 1^{er} juillet 1999, disponible à : <http://www.cce.cornell.edu/food/expfiles/topics/olson/olsonoverview.html>, site consulté le 6 février 2001.
55. C.M. Olson, « Nutrition and health outcomes associated with food insecurity », *Journal of Nutrition*, 129(supplément), 1999, p. S521-S524.
56. C.C. Campbell et E. Desjardins, « A model and research approach for studying the management of limited food resources by low income families », *Journal of Nutrition Education*, 21, 1989, p. 162-171.
57. S. Leather, « Food poverty: the making of modern malnutrition », *Health Visitor*, 70(1), 1997, p. 21-24.
58. C. Badun, S. Evers et M. Hooper, « Food security and nutritional concerns of parents in an economically disadvantaged community », *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 56(2), 1995, p. 75-80.

Annexe

Tableau A

Répartition de certaines caractéristiques, population à domicile, échantillon transversal, Fichier général, Enquête nationale sur la santé de la population, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Taille de l'échantillon	Population estimative	
		en milliers	%
Total	48 952	29 439	100,0
Sexe			
Hommes	23 902	14 587	49,6
Femmes	25 050	14 852	50,5
Groupe d'âge			
0 à 17 ans	14 472	7 091	24,1
18 à 44 ans	19 868	12 200	41,4
45 à 64 ans	9 891	6 666	22,6
65 ans et plus	4 721	3 481	11,8
Revenu du ménage			
Inférieur	6 569	3 886	13,2
Moyen	13 343	7 361	25,0
Moyen-supérieur/supérieur	25 874	16 202	55,0
Données manquantes	3 166	1 990	6,8
Source principale de revenu			
Salaires, traitements, travail autonome	38 968	22 628	76,9
AE, indemnisation des accidents du travail, prestation fiscale pour enfants, pension alimentaire pour enfants ou pour conjoint, aucune	823	4 971	1,7
Aide sociale, bien-être	2 123	1 270	4,3
RPC, RRQ, SV, SRG	5 621	4 008	13,6
Autre	1 417	1 034	3,5
Catégorie de ménage			
Couple avec enfant(s) <25 ans	30 565	15 564	52,9
Couple sans enfant <25 ans	9 172	6 602	22,4
Mère seule avec enfant(s) <25 ans	3 727	2 185	7,4
Père seul avec enfant(s) <25 ans	518	397	1,4
Personne seule	4 100	4 096	13,9
Autre	870	595	2,0
Propriété du logement			
Propriétaire	37 471	21 099	71,7
Locataire	11 460	8 315	28,3
Données manquantes	21	25	0,1
État matrimonial			
Marié(e)	20 910	12 539	42,6
Union de fait/vit avec un(e) partenaire	2 489	1 531	5,2
Célibataire (jamais marié(e))	21 435	12 111	41,1
Veuf ou veuve	1 817	1 383	4,7
Divorcé(e)/séparé(e)	2 300	1 874	6,4
Données manquantes	1	--	--
Statut d'immigrant			
Né(e) au Canada	42 382	24 110	81,9
A immigré il y a 0 à 9 ans	2 135	1 621	5,5
A immigré il y a 10 ans ou plus	4 377	3 660	12,4
Données manquantes	58	47	0,2
Statut d'Autochtone			
Oui	1 635	789	2,7
Non	47 317	28 650	97,3

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. À cause de la variabilité d'échantillonnage, les estimations calculées d'après les données du Fichier général, du Fichier santé et du Supplément sur la précarité alimentaire ne sont pas identiques.

-- Échantillon trop petit pour produire une estimation fiable.

Tableau B

Répartition de certaines caractéristiques, population à domicile, échantillon transversal, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Taille de l'échantillon	Population estimative	
		en milliers	%
Total	17 226	29 469	100,0
Sexe			
Hommes	8 015	14 585	49,5
Femmes	9 211	14 884	50,5
Groupe d'âge			
0 à 17 ans	3 087	6 927	23,5
18 à 44 ans	7 194	12 383	42,0
45 à 64 ans	4 096	6 675	22,7
65 ans et plus	2 489	3 484	11,8
Revenu du ménage			
Faible	2 781	3 870	13,1
Moyen	4 625	7 375	25,0
Moyen-supérieur/supérieur	8 730	16 202	55,0
Données manquantes	1 090	2 022	6,9
Insécurité alimentaire			
Oui	1 837	2 992	10,2
Non	15 389	26 477	89,8

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. À cause de la variabilité d'échantillonnage, les estimations calculées d'après les données du Fichier général, du Fichier santé et du Supplément sur la précarité alimentaire ne sont pas identiques.

Tableau C

Répartition, selon l'âge, des membres des ménages en situation d'insécurité alimentaire, échantillon transversal, Supplément sur la précarité alimentaire, Enquête nationale sur la santé de la population, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Taille de l'échantillon	Population estimative	
		en milliers	%
Total	1 265	3 015	100,0
Groupe d'âge			
0 à 15 ans	296	853	28,3
16 à 64 ans	906	2 038	67,6
65 ans et plus	63	123	4,1

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. À cause de la variabilité d'échantillonnage, les estimations calculées d'après les données du Fichier général, du Fichier santé et du Supplément sur la précarité alimentaire ne sont pas identiques.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique

Jiajian Chen et Wayne J. Millar

Résumé

Objectifs

L'article décrit le lien entre l'incidence de la maladie cardiaque, les antécédents familiaux d'une telle maladie et la pratique d'une activité physique durant les loisirs.

Source des données

Les données proviennent des cycles de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 de la composante longitudinale des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée par Statistique Canada. L'analyse se fonde sur des renseignements recueillis auprès de 9 255 personnes de 20 ans et plus qui ont déclaré en 1994-1995 qu'elles étaient en bonne santé et chez lesquelles aucun diagnostic de maladie cardiaque n'avait été posé.

Techniques d'analyse

La régression logistique multiple a servi à évaluer l'association entre l'incidence de la maladie cardiaque, les antécédents familiaux de cette maladie et l'activité physique. L'analyse tient compte de l'effet de l'âge, du sexe, de la scolarité, de l'usage du tabac, de l'hypertension, du diabète et de l'indice de masse corporelle.

Principaux résultats

Après avoir pris en compte les antécédents familiaux et les autres facteurs de risque, la cote exprimant le risque de recevoir un diagnostic de maladie cardiaque est plus faible pour les personnes qui, en 1994-1995, s'adonnaient régulièrement à des activités physiques de niveau au moins modéré que pour celles qui ne faisaient pas d'exercice. Parmi les personnes ayant des antécédents familiaux de maladie cardiaque, la cote exprimant le risque de devenir cardiaque est plus faible pour celles qui s'adonnaient régulièrement à des activités physiques d'intensité au moins modérée que pour celles qui étaient inactives.

Mots-clés

Exercice, santé familiale, études longitudinales.

Auteurs

Jiajian Chen (613-951-5059; chenjia@statcan.ca) et Wayne J. Millar (613-951-1631; millway@statcan.ca) travaillent à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

À l'instar de nombreux autres pays développés, le Canada connaît depuis plusieurs décennies une régression constante de la mortalité due à la maladie cardiaque. Une meilleure alimentation, davantage d'activité physique, des comportements liés à la santé plus rationnels et la façon de soigner les malades seraient à l'origine de ce recul¹⁻³. Cependant, malgré la baisse des taux de mortalité qu'on y associe, la maladie cardiaque demeure l'une des causes principales de décès¹⁻³. De fait, en 1997, elle était la deuxième cause principale de décès chez l'homme et chez la femme au Canada, juste après le cancer⁴.

Pour prévenir ou retarder la manifestation de la maladie cardiaque, les programmes de promotion de la santé recommandent d'augmenter le niveau d'activité physique^{5,6}. Selon plusieurs études, l'exercice régulier est très bon pour le cœur et l'inactivité représente un important facteur de risque de maladie cardiaque⁷⁻¹⁷.

Les chercheurs étudient depuis des années le rôle que jouent les antécédents familiaux dans la manifestation de la

maladie cardiaque (voir *Antécédents familiaux*). Les résultats observés jusqu'ici témoignent d'un lien entre de tels antécédents et l'augmentation du risque de maladie cardiaque. Ce lien persiste nonobstant la prise en compte de l'effet d'autres facteurs de

risque, comme la lipidémie, la tension artérielle, le diabète, l'obésité et la classe sociale. Il en va de même si l'on tient compte de comportements partagés avec l'entourage, notamment l'usage du tabac, la consommation d'alcool et le régime alimentaire¹⁹⁻²¹.

Méthodologie

Source de données

L'analyse se fonde sur les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. Celles-ci ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population à domicile des 10 provinces en 1994. Lancée en 1994-1995, l'ENSP est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre les personnes vivant à domicile et celles vivant en établissement de santé dans les provinces et territoires, sauf les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. L'ENSP comprend une composante longitudinale ainsi qu'une composante transversale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

Les données sur lesquelles porte la présente analyse proviennent des trois premiers cycles de l'ENSP : 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999. Des 17 626 personnes sélectionnées au hasard pour participer à l'enquête en 1994-1995, 14 786 répondaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal. En outre, 468 personnes pour lesquelles seuls des renseignements généraux ont été recueillis en 1994-1995, et 2 022 des 2 383 personnes de moins de 12 ans sélectionnées au hasard, étaient également admissibles. Donc, 17 276 personnes répondaient aux critères pour être interviewées de nouveau en 1996-1997, et 16 677 étaient encore en vie en 1998-1999. En 1996-1997, le taux de réponse du panel longitudinal était de 93,6 % et en 1998-1999, calculé d'après l'effectif initial du panel, il était de 88,9 %¹⁸.

La présente étude se fonde sur des renseignements recueillis auprès de 9 255 personnes de 20 ans et plus. Toutes ont déclaré en 1994-1995 qu'elles étaient en bonne, très bonne ou excellente santé et qu'aucun professionnel de la santé n'avait posé chez elles le diagnostic de maladie cardiaque (tableau A en annexe). Les personnes de moins de 20 ans ont été exclues compte tenu de la faible incidence de la maladie cardiaque dans ce groupe d'âge. Les personnes dont la santé était passable ou mauvaise en 1994-1995 ont également été exclues afin de réduire au minimum le biais susceptible de résulter de la sélection de personnes dont

le faible niveau d'activité physique est dû à une maladie cardiaque au stade préclinique, non diagnostiquée.

D'autres analyses portent sur les 3 936 personnes comprises dans l'échantillon susmentionné qui ont dit qu'un de leurs parents biologiques ou les deux et(ou) un ou des frères ou sœurs biologiques avaient déjà souffert d'une maladie cardiaque (tableau A en annexe).

Techniques d'analyse

Le taux d'incidence de la maladie cardiaque a été calculé en divisant le nombre total de nouveaux cas déclarés par le nombre d'unités de temps-personne de suivi contribuées par les participants à l'enquête²²⁻²⁴. L'analyse repose sur le calcul du temps-personne de suivi cumulé depuis l'entrevue de 1994-1995 jusqu'au diagnostic d'un nouveau problème cardiaque en 1996-1997 ou en 1998-1999, ou jusqu'à la fin de la période de suivi en 1998-1999. Or, une personne ayant déclaré en 1996-1997 avoir reçu un diagnostic de maladie cardiaque était réputée avoir contribué une unité de temps-personne. Comme les renseignements ont été recueillis tous les deux ans, l'unité de temps-personne correspond ici à un intervalle de deux ans, et, de ce fait, le taux correspond à une incidence sur deux ans. En l'absence de renseignements sur leurs antécédents familiaux, les personnes qui, au moment du suivi, étaient décédées ou vivaient en établissement de soins ont été exclues de l'analyse.

L'effet d'autres facteurs de risque connus a en outre été pris en compte en procédant à une régression logistique multiple groupée. Cette technique a permis d'étudier les liens entre le diagnostic d'une nouvelle maladie cardiaque, les antécédents d'une telle maladie et l'activité physique^{15,24}. Les variables de contrôle sont le sexe, l'âge, la scolarité, la catégorie d'usage du tabac, l'hypertension, le diabète et l'indice de masse corporelle.

Toutes les variables indépendantes, sauf les antécédents familiaux de maladie cardiaque, reposent sur les données recueillies lors de l'entrevue de 1994-1995. Les renseignements sur les antécédents ont été recueillis en 1998-1999 uniquement (voir *Limites*).

Les écarts-types et les coefficients de variation ont été calculés par la méthode de rééchantillonnage *bootstrap* afin de tenir compte des effets du plan de sondage²⁵.

Néanmoins, plusieurs études donnent à penser que l'on est loin de tout savoir sur la susceptibilité génétique à la maladie cardiaque et sur son interaction avec le mode de vie, le comportement et l'exposition aux facteurs environnementaux^{3,19-21,26-33}.

Le présent article porte sur l'association entre un nouveau diagnostic de maladie cardiaque, les antécédents familiaux de maladie cardiaque (existence du problème chez au moins un parent au premier degré) et l'activité physique durant les loisirs (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*). L'analyse se concentre sur les membres adultes de la population à domicile qui étaient en bonne santé et chez lesquels

aucun diagnostic de maladie cardiaque n'avait été posé en 1994-1995. Les résultats tiennent compte des effets du sexe, de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, de la catégorie d'usage du tabac, de l'hypertension, du diabète et de l'indice de masse corporelle, ainsi que des antécédents familiaux de maladie cardiaque ou de l'inactivité physique. L'analyse est en outre approfondie afin d'étudier, en particulier, le lien entre l'activité physique et la manifestation de la maladie cardiaque chez les personnes ayant des antécédents familiaux d'une telle maladie.

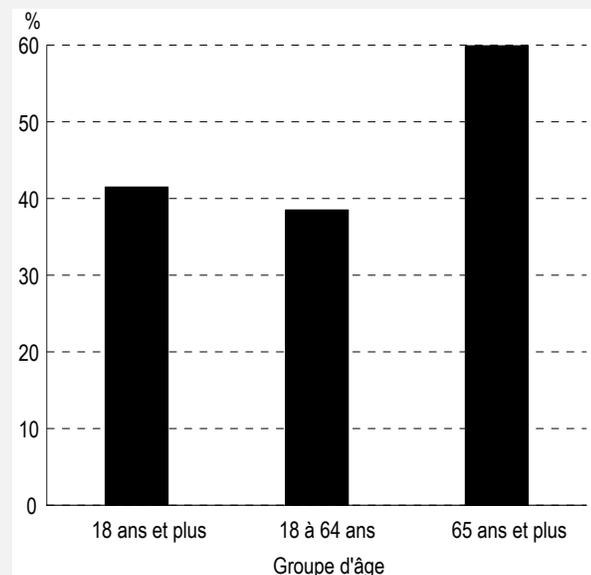
Les antécédents familiaux et l'inactivité augmentent la probabilité d'être cardiaque

Les personnes de 20 ans et plus ayant des antécédents familiaux de maladie cardiaque sont plus susceptibles que les autres d'avoir reçu un diagnostic de maladie cardiaque entre 1994-1995 et 1998-1999. Le taux comparatif d'incidence sur deux ans de la maladie cardiaque est de l'ordre de 4 cas pour

Antécédents familiaux

La proportion de personnes ayant des antécédents familiaux de maladie cardiaque est appréciable. C'est ce que révèlent les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) qui sont représentatives de l'ensemble de la population à domicile. Ainsi, en 1998-1999, environ 42 % des personnes de 18 ans et plus ont dit avoir des antécédents familiaux de maladie cardiaque. L'ENSP ne fournit pas de renseignements sur l'âge auquel la maladie cardiaque s'est manifestée ni sur le nombre de personnes apparentées au premier degré qui ont été touchées.

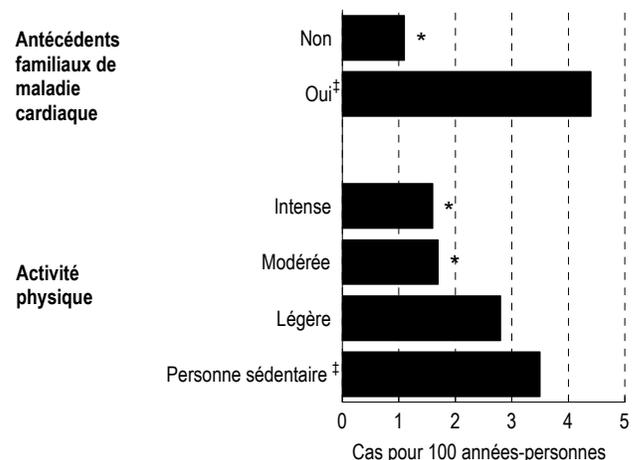
Proportion de la population à domicile ayant des antécédents familiaux de maladie cardiaque, selon le groupe d'âge, Canada, territoires non compris, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1998-1999

Graphique 1

Taux comparatif d'incidence sur deux ans de la maladie cardiaque, selon les antécédents familiaux de maladie cardiaque et l'activité physique, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999
 † Personnes en bonne santé chez lesquelles aucun diagnostic de maladie cardiaque n'avait été posé en 1994-1995.

‡ Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

100 années-personnes chez les personnes ayant des antécédents familiaux de maladie cardiaque, mais de 1 cas pour 100 années-personnes chez celles qui n'en ont pas (graphique 1).

Le risque de maladie cardiaque diminue aussi lorsque le niveau d'activité physique augmente. Ainsi, l'incidence sur deux ans de la maladie cardiaque est presque deux fois plus forte chez les

Définitions

Lors des cycles de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), on a demandé aux personnes qui participaient à l'enquête si elles avaient souffert « d'un problème de santé de longue durée qui a persisté ou devrait persister six mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé ». L'intervieweur a lu une liste de problèmes de santé sur laquelle figurait la maladie cardiaque, l'hypertension et le diabète.

Le taux d'incidence de la maladie cardiaque est défini comme étant le nombre de nouveaux cas de maladie cardiaque déclarés par les personnes chez lesquelles, en 1994-1995, aucun diagnostic de maladie cardiaque n'avait été posé par un professionnel de la santé. Le numérateur du taux est le nombre de nouveaux cas accumulés dans l'intervalle de quatre ans entre 1994-1995 et 1998-1999, et le dénominateur est le nombre d'années-personnes contribuées par la population qui était à risque durant la période de suivi de quatre ans. Les taux sont exprimés en nombre de cas pour 100 années-personnes pour chaque intervalle de deux ans.

En 1998-1999, les participants à l'ENSP ont été invités à répondre à des questions sur les antécédents médicaux de leurs parents proches. Dans la présente analyse, on considère qu'il existe des antécédents familiaux de maladie cardiaque si la personne a déclaré qu'au moins une personne apparentée au premier degré (parent(s) et (ou) frère(s) et sœur(s) biologique(s) avaient déjà souffert d'une maladie cardiaque.

Le niveau (ou quantité) d'activité physique est déterminé d'après la dépense d'énergie (DE) totale durant les loisirs. On ne dispose d'aucun renseignement sur la dépense d'énergie au travail. Pour chaque personne observée, la valeur de la dépense d'énergie a été calculée d'après la fréquence et la durée de ses activités physiques durant les loisirs au cours des trois mois précédents, ainsi que d'après la demande d'énergie métabolique (DEM) de chacune de ces activités. La valeur de la DEM correspond à la dépense d'énergie métabolique (consommation d'oxygène) causée par l'activité physique en question. Les personnes qui ont participé à l'ENSP n'avaient pas à préciser l'intensité de leurs activités, car, en général, les gens ont tendance à surestimer cet aspect de l'activité physique. Les valeurs de la DEM, qui correspondent, pour chaque catégorie d'activité déclarée, à la dépense d'énergie métabolique pour une activité de faible intensité, ont été calculées

indépendamment par l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie³⁴.

$$DE = \sum (N_i * D_i * MET_i / 365 \text{ jours}), \text{ où}$$

N_i = nombre de fois qu'a eu lieu l'activité i en une année,

D_i = durée moyenne, en heure, de l'activité i

DEM_i = une valeur constante de la dépense d'énergie métabolique entraînée par l'activité i .

La DE est exprimée en nombre total de kilocalories dépensées par kilo de poids corporel par jour (kcal/kg/jour ou KKJ).

La fréquence de l'activité physique correspond au nombre de fois que la personne s'est livrée à une activité physique pendant au moins 15 minutes au cours des trois mois précédents. On distingue l'activité physique régulière (au moins 12 fois par mois) ou irrégulière (11 fois ou moins par mois).

Quatre catégories d'activité physique ont été définies³⁴ :

- Intense : dépense d'au moins 3 KKJ durant une activité physique régulière.
- Modérée : dépense de 1,5 à 2,9 KKJ durant une activité physique régulière.
- Légère : dépense de moins de 1,5 KKJ durant une activité physique régulière.
- Personne sédentaire : activité physique irrégulière indépendamment de la dépense d'énergie.

L'âge (exprimé en années) a été défini comme une variable continue dans tous les modèles analytiques. L'analyse descriptive considère deux groupes d'âge : 20 à 64 ans et 65 ans et plus (tableau 1; tableau A en annexe).

Le niveau de scolarité a été subdivisé en trois catégories : pas de diplôme d'études secondaires; diplôme d'études secondaires/études postsecondaires partielles; diplôme d'études postsecondaires.

La catégorie d'usage du tabac a été déterminée en demandant aux participants à l'enquête s'ils fumaient des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais. Les participants ont ainsi été répartis en trois catégories : fumeurs (tous les jours ou à l'occasion), anciens fumeurs et personnes n'ayant jamais fumé.

L'indice de masse corporelle (IMC), calculé en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres, a été ventilé en deux catégories : embonpoint (IMC supérieur à 27) et sans embonpoint (IMC égal ou inférieur à 27)³⁵.

personnes sédentaires durant leurs loisirs que chez celles qui sont au moins modérément actives.

Naturellement, l'incidence de la maladie cardiaque varie aussi selon l'âge, le niveau de scolarité, la

Tableau 1
Incidence sur deux ans de la maladie cardiaque, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1998-1999

	Incidence	Intervalle de confiance de 95 %
	Nombre de cas pour 100 années-personnes	
Total	2,60	2,17 - 3,03
Sexe		
Hommes	2,80	2,08 - 3,51
Femmes [†]	2,41	1,88 - 2,94
Groupe d'âge		
20 à 64 ans [‡]	1,81	1,39 - 2,23
65 ans et plus	9,22*	7,13 - 11,32
Antécédents familiaux		
Parent(s), frère(s) ou soeur(s) cardiaques [‡]	4,69	3,73 - 5,66
Parent(s), frère(s) ou soeur(s) non cardiaques	0,94*	0,65 - 1,23
Données manquantes	2,72*	1,53 - 3,90
Activité physique		
Intense	1,68*	1,09 - 2,27
Modérée	1,69*	1,10 - 2,28
Légère	2,83	1,81 - 3,85
Personne sédentaire [‡]	3,36	2,49 - 4,23
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires	4,69*	3,50 - 5,87
Diplôme d'études secondaires/études postsecondaires partielles	2,16	1,49 - 2,84
Diplôme d'études postsecondaires [‡]	1,94	1,43 - 2,45
Usage du tabac		
Fumeur (tous les jours/à l'occasion)	2,40	1,55 - 3,26
Ancien fumeur	3,31*	2,54 - 4,09
Personne n'ayant jamais fumé [‡]	2,13	1,51 - 2,74
Hypertension		
Oui	6,87*	4,80 - 8,95
Non [‡]	2,26	1,82 - 2,70
Diabète		
Oui	9,63*	4,40 - 14,86
Non [‡]	2,46	2,03 - 2,88
Indice de masse corporelle (IMC)		
Embonpoint (IMC > 27)	3,92*	2,69 - 5,15
Sans embonpoint (IMC ≤ 27) [‡]	2,06	1,68 - 2,43

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

[†] Personnes en bonne santé chez lesquelles aucun diagnostic de maladie cardiaque n'avait été posé en 1994-1995.

[‡] Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.

[§] Traitée comme une variable continue.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

catégorie d'usage du tabac, la présence d'hypertension ou de diabète, et l'indice de masse corporelle (tableau 1). Nombre de ces facteurs sont, bien entendu, interdépendants. Cependant, la prise en compte de l'effet de ces facteurs de risque n'élimine aucunement l'association entre le diagnostic d'une maladie cardiaque durant la période

Tableau 2
Rapports corrigés de cotes pour le diagnostic d'une nouvelle maladie cardiaque, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 20 ans et plus[†], Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1998-1999

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe		
Hommes	1,29	0,87 - 1,91
Femmes [†]	1,00	...
Âge (en années)[§]	1,05*	1,04 - 1,07
Antécédents familiaux		
Parent(s), frère(s) ou soeur(s) cardiaques [‡]	1,00	...
Parent(s), frère(s) ou soeur(s) non cardiaques	0,28*	0,18 - 0,43
Activité physique		
Intense	0,44*	0,26 - 0,73
Modérée	0,52*	0,32 - 0,84
Légère	0,78	0,46 - 1,30
Personne sédentaire [‡]	1,00	...
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires	1,23	0,82 - 1,86
Diplôme d'études secondaires/études postsecondaires partielles	0,95	0,59 - 1,51
Diplôme d'études postsecondaires [‡]	1,00	...
Usage du tabac		
Fumeur (tous les jours/à l'occasion)	1,34	0,81 - 2,20
Ancien fumeur	1,22	0,83 - 1,79
Personne n'ayant jamais fumé [‡]	1,00	...
Hypertension		
Oui	1,15	0,71 - 1,84
Non [‡]	1,00	...
Diabète		
Oui	1,71	0,75 - 3,92
Non [‡]	1,00	...
Indice de masse corporelle (IMC)		
Embonpoint (IMC > 27)	1,62*	1,06 - 2,49
Sans embonpoint (IMC ≤ 27) [‡]	1,00	...

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

[†] Personnes en bonne santé chez lesquelles aucun diagnostic de maladie cardiaque n'avait été posé en 1994-1995.

[‡] Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.

[§] Traitée comme une variable continue.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

observée et les antécédents familiaux d'une telle maladie. Autrement dit, en l'absence d'antécédents familiaux de maladie cardiaque, la cote exprimant le risque de devenir cardiaque n'est que d'environ le quart de ce qu'elle est en présence de tels antécédents (tableau 2).

De surcroît, l'effet de l'activité physique sur l'incidence de la maladie cardiaque subsiste hormis la présence d'antécédents familiaux. Ainsi, les personnes actives ou modérément actives durant leurs loisirs ont une cote exprimant le risque de devenir cardiaques nettement plus faible que les

personnes sédentaires. Ces résultats concordent avec ceux d'études antérieures selon lesquels l'exercice régulier est bon pour le cœur même si la dépense énergétique est modérée⁷⁻¹⁵.

Bien sûr, la cote exprimant le risque de devenir cardiaque augmente avec l'âge. En outre, la cote exprimant le risque de diagnostiquer une maladie cardiaque durant la période observée est plus élevée pour les personnes qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses que pour celles qui ne sont pas dans cette situation.

Limites

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) sont recueillies par autodéclaration ou par personne interposée. Or, nul ne sait la mesure dans laquelle celles-ci peuvent être inexactes en raison d'une erreur de déclaration. Qui plus est, aucune source indépendante n'a confirmé les dires des personnes qui ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez elles une maladie cardiaque ou d'autres problèmes de santé. Aucun examen des dossiers médicaux n'a par ailleurs été fait pour confirmer les antécédents familiaux déclarés de maladie cardiaque.

Les antécédents familiaux de maladie cardiaque s'entendent ici, comme cela se fait ordinairement, de l'existence d'une maladie cardiaque chez toute personne apparentée au premier degré, autrement dit un parent biologique ou un frère ou une sœur biologique. Il aurait été utile d'inclure dans cette définition l'âge auquel la maladie s'est manifestée et le nombre de parents atteints au premier degré³⁶⁻³⁹, mais l'ENSP ne fournit pas ces renseignements. L'étude de l'association entre les antécédents familiaux et la manifestation précoce d'une maladie cardiaque a nécessité des analyses supplémentaires dans lesquelles l'échantillon a été limité aux personnes de 20 à 64 ans. Les associations indépendantes entre le diagnostic d'une maladie cardiaque et les antécédents familiaux, d'une part, et l'activité physique, d'autre part, ont persisté (tableau B en annexe). Pour ce groupe, les facteurs liés à l'augmentation du risque de devenir prématurément cardiaque sont l'âge, l'usage courant du tabac, le diabète et l'embonpoint.

Un nombre important (707) de membres de l'échantillon ont dit ne pas savoir si leurs parents ou leurs frères et sœurs avaient des antécédents de maladie cardiaque. Ces personnes, chez lesquelles l'incidence de la maladie cardiaque avait tendance à être plus forte que chez celles n'ayant pas d'antécédents familiaux

de maladie cardiaque (tableau A en annexe), ont été exclues de la première analyse (tableau 2). Cependant, selon une analyse supplémentaire, les associations indépendantes entre les antécédents familiaux, l'activité physique et l'incidence de la maladie cardiaque persistent même après inclusion des 707 personnes qui n'ont pas donné de renseignements sur les antécédents familiaux, lesquelles ont ainsi été classées dans la catégorie des personnes n'ayant pas d'antécédents familiaux de maladie cardiaque (tableau C en annexe).

L'évaluation directe de la condition physique pourrait, selon certains travaux de recherche, produire une mesure plus exacte du niveau d'activité que les renseignements autodéclarés⁴⁰. L'autodéclaration concernant l'activité physique pourrait mener à une classification erronée qui, en général, produirait une sous-estimation de l'association réelle entre l'activité physique et la maladie cardiaque^{12,17,41}. Toutefois, malgré cette atténuation éventuelle, le lien persiste entre le niveau autodéclaré d'activité physique et la réduction du risque de devenir cardiaque, lorsque l'on tient compte de l'effet des antécédents familiaux et d'autres variables confusionnelles éventuelles.

En outre, certaines personnes dépensent une quantité considérable d'énergie au travail ou en accomplissant des tâches ménagères, mais l'ENSP ne fournit pas de renseignements sur l'activité physique en dehors des loisirs. Or, selon une étude récente, l'association inverse entre l'activité physique et la mortalité liée à la maladie cardiovasculaire est encore plus forte chez la femme si le calcul de la dépense énergétique totale se fonde sur les activités durant les loisirs et en dehors de ceux-ci⁴². Enfin, l'indice de masse corporelle, calculé d'après les renseignements autodéclarés sur le poids et la taille, n'est parfois pas tout à fait exact, surtout pour les personnes de 65 ans et plus.

Bienfaits de l'exercice malgré les antécédents familiaux

D'après les données de l'ENSP, l'activité physique semble améliorer la santé cardiaque des personnes qui ont des antécédents familiaux de maladie cardiaque. Or, parmi ces personnes, celles qui s'adonnent à des activités physiques d'intensité forte ou modérée ont, par rapport aux personnes sédentaires, une plus faible cote exprimant le risque

Tableau 3
Rapports corrigés de cotes pour le diagnostic d'une nouvelle maladie cardiaque, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 20 ans et plus ayant des antécédents familiaux de maladie cardiaque, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1998-1999

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe		
Hommes	1,46	0,96 - 2,23
Femmes†	1,00	...
Âge (en années)§		
	1,06 *	1,04 - 1,08
Activité physique		
Intense	0,44 *	0,24 - 0,81
Modérée	0,46 *	0,27 - 0,80
Légère	0,66	0,35 - 1,24
Personne sédentaire‡	1,00	...
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires	1,32	0,83 - 2,12
Diplôme d'études secondaires/études postsecondaires partielles	0,92	0,51 - 1,66
Diplôme d'études postsecondaires‡	1,00	...
Usage du tabac		
Fumeur (tous les jours/à l'occasion)	1,10	0,61 - 1,97
Ancien fumeur	0,94	0,61 - 1,46
Personne n'ayant jamais fumé‡	1,00	...
Hypertension		
Oui‡	0,82	0,48 - 1,41
Non	1,00	...
Diabète		
Oui‡	1,57	0,63 - 3,94
Non‡	1,00	...
Indice de masse corporelle (IMC)		
Embonpoint (IMC > 27)	1,60	0,96 - 2,67
Sans embonpoint (IMC ≤ 27)‡	1,00	...

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999
 † Personnes en bonne santé chez lesquelles aucun diagnostic de maladie cardiaque n'avait été posé en 1994-1995.
 ‡ Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.
 § Traité comme une variable continue.

* p < 0,05.
 ... N'ayant pas lieu de figurer.

qu'elles aient reçu un diagnostic de maladie cardiaque entre 1994-1995 et 1998-1999, et ce, même après avoir tenu compte des autres facteurs de risque (tableau 3).

Mot de la fin

La présente analyse se fonde sur les données longitudinales des trois premiers cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Les résultats correspondent sensiblement aux observations cliniques et épidémiologiques selon lesquelles la cote exprimant le risque de maladie cardiaque est plus élevée en présence qu'en l'absence d'antécédents familiaux de maladie cardiaque. Malheureusement, l'analyse ne permet pas d'évaluer l'effet de la composante génétique du risque familial comparativement à la composante acquise, comme le régime alimentaire ou l'usage du tabac. Néanmoins, l'incidence excédentaire de la maladie cardiaque chez les personnes ayant des antécédents familiaux de problèmes cardiaques peut être attribuée à des facteurs d'ordre génétique et autre^{3,19,20,32,43}.

L'analyse des données de l'ENSP vient aussi étoffer l'hypothèse selon laquelle la pratique d'une activité physique aiderait même les personnes ayant des antécédents familiaux de maladie cardiaque à en prévenir la manifestation. De tels résultats rappellent les constats d'autres études selon lesquelles les personnes qui ont des antécédents familiaux de maladie cardiaque pourraient prévenir ou retarder la manifestation de cette maladie en faisant de l'exercice^{30,39}.

Références

1. D. Duchesne, F. Nault, H. Gilmour *et al.*, *Recueil de statistiques de l'état civil, 1996*, (Statistique Canada, n° 84-214-XPF au catalogue), Ottawa, 1999.
2. Fondation des maladies du coeur du Canada, *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Ottawa, Fondation des maladies du coeur du Canada, 1999.
3. H.A. Tyroler, « Coronary heart disease epidemiology in the 21st century », *Epidemiologic Reviews* 2000, 22(1), p. 7-13.
4. Statistique Canada, « Mortalité — Tendances », dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme (*Rapports sur la santé*, numéro spécial, n° 82-003 au catalogue), 12(3), 2001, p. 45-51.

5. Santé Canada et Société canadienne de physiologie de l'exercice, *Cahier d'accompagnement du Guide d'activité physique canadien* (n° de catalogue H39-429-1998-2F), Ottawa, Santé Canada, 1998.
6. NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. « Physical activity and cardiovascular health », *Journal of the American Medical Association*, 276(3), 1996, p. 241-246.
7. R.S. Paffenbarger Jr, A.L. Wing et T. Hyde, « Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni », *American Journal of Epidemiology*, 108(3), 1978, p. 161-175.
8. A.S. Leon, J. Connett, D.R. Jacobs et al., « Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death. The multiple risk factor intervention trial », *Journal of the American Medical Association*, 258(17), 1987, p. 2388-2395.
9. K.E. Powell, P.D. Thompson, C.J. Caspersen et al., « Physical activity and the incidence of heart disease », *Annual Review of Public Health*, 8, 1987, p. 253-287.
10. J.K. Smith, R. Dykes, J.E. Douglas et al., « Long-term exercise and atherogenic activity of blood mononuclear cells in persons at risk of developing ischemic heart disease », *Journal of the American Medical Association*, 281(18), 1999, p. 1722-1727.
11. J. Chen et W.J. Millar, « Les conséquences de l'activité physique sur la santé », *Rapports sur la santé*, 11(1), 1999, p. 21-31 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. J.E. Manson, F.B. Hu, J.W. Rich-Edwards et al., « A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women », *The New England Journal of Medicine*, 341(9), 1999, p. 650-658.
13. A.A. Hakim, J.D. Curb, H. Petrovitch et al., « Effects of walking on coronary heart disease in elderly men: the Honolulu Heart Program », *Circulation*, 100, 1999, p. 9-13.
14. I.M. Lee, H.D. Sesso et R.S. Paffenbarger, « Physical activity and coronary heart disease risk in men: does the duration of exercise episodes predict risk? », *Circulation*, 102, 2000, p. 981-986.
15. B. Rockhill, W.C. Willett, J.E. Manson et al., « Physical activity and mortality: a prospective study among women », *American Journal of Public Health*, 91(4), 2001, p. 578-583.
16. R.R. Pate, M. Pratt, S.N. Blair et al., « A prospective study of physical activity and public health », A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports, *Journal of the American Medical Association*, 273, 1995, p. 402-407.
17. H.D. Sesso, R.S. Paffenbarger et I.M. Lee, « Physical activity and coronary heart disease in men: the Harvard Alumni Health Study », *Circulation*, 102, 2000, p. 975-980.
18. Statistique Canada, Division de la statistique de la santé, Annexe : Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), *Rapports sur la santé*, 11(3), 1999, p. 125 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
19. S. Tonstad, « Do genetic determinants of ischaemic heart disease imply that prevention may become more difficult? », *Journal of Internal Medicine*, 243, 1998, p. 333-337.
20. P.N. Hopkins et R.R. Williams, « Human genetics and coronary heart disease: a public health perspective », *Annual Review of Nutrition*, 9, 1989, p. 303-345.
21. E.D. Grech, D.R. Ramsdale, C.L. Bray et al., « Family history as an independent risk factor of coronary artery disease », *European Heart Journal*, 13(10), 1992, p. 1311-1315.
22. J.M. Last (publié sous la direction de), *A Dictionary of Epidemiology*, 3^e révision, New York, Oxford University Press, 1995, p. 83.
23. K.J. Rothman et S. Greenland, « Measures of disease frequency », publié sous la direction de K.J. Rothman et S. Greenland, *Modern Epidemiology*, Second Edition, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1998, p. 29-64.
24. L.A. Cupples, R.B. D'Agostino, K. Anderson et al., « Comparison of baseline and repeated measure covariate techniques in the Framingham Heart Study », *Statistics in Medicine*, 7, 1988, p. 205-218.
25. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
26. K.A. Perkins, « Family history of coronary heart disease: is it an independent risk factor? », *American Journal of Epidemiology*, 124(2), 1986, p. 182-194.
27. M.J. Khoury, T.H. Beaty et K. Liang, « Can familial aggregation of disease be explained by familial aggregation of environmental risk factors? » *American Journal of Epidemiology*, 127(3), 1988, p. 674-683.
28. G.L. Burke, P.J. Savage, J.M. Sprafka et al., « Relation of risk factor levels in young adulthood to parental history of disease: the CARDIA Study », *Circulation*, 84(3), 1991, p. 1176-1187.
29. H.R. Superko, « Did grandma give you heart disease? The new battle against coronary artery disease », *American Journal of Cardiology*, 82(9A)(5), 1998, p. 34Q-46Q.
30. M. Hippe, J. Vestbo, H.O. Hein et al., « Familial predisposition and susceptibility to the effect of other risk factors for myocardial infarction », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 1999, p. 269-276.
31. M. Hippe, J. Vestbo, A.M. Bjerg et al., « Cardiovascular risk profile in subjects with familial predisposition to myocardial infarction in Denmark », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1(3), 1997, p. 266-271.
32. R.P. Steeds et K.S. Channer, « How important is family history in ischaemic heart disease? », *Quarterly Journal of Medicine*, 90(6), 1997, p. 427-430.
33. M. Higgins, M. Province, G. Heiss et al., « NHLBI family heart study: objectives and design », *American Journal of Epidemiology*, 143(12), 1996, p. 1219-1228.
34. Statistique Canada, Annexe F : Variables dérivées, Enquête nationale sur la santé de la population, *Fichiers de microdonnées à grande diffusion 1994-1995* (n° 82F0001XCB au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1995, p. 17-20.
35. Santé nationale et Bien-être social, rapport d'un groupe d'experts dirigé par la Direction de la promotion de la santé, Direction générale des programmes et des services de santé, *Niveaux de poids associés à la santé : Lignes directrices canadiennes*, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1988.
36. S.C. Hunt, R.R. Williams et G.K. Barlow, « A comparison of positive family history definitions for defining risk of future disease », *Journal of Chronic Diseases*, 39(10), 1986, p. 809-821.

37. J.S. Silberberg, J. Włodarczyk, J. Fryer *et al.*, «Risk associated with various definitions of family history of coronary heart disease: the Newcastle Family Study I», *American Journal of Epidemiology*, 147(12), 1998, p. 1133-1139.
38. M.J. Khoury et W.D. Flanders, « Bias in using family history as a risk factor in case-control studies of disease », *Epidemiology*, 6(5), 1995, p. 511-519.
39. M. Higgins, « Epidemiology and prevention of coronary heart disease in families », *The American Journal of Medicine*, 108, 2000, p. 387-395.
40. United States Department of Health and Human Services, *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996, p. 11-57.
41. G.B.M. Mensink, T. Ziese et Kof F, « Benefits of leisure-time physical activity on the cardiovascular risk profile at older age », *International Journal of Epidemiology*, 151, 2000, p. 293-299.
42. I. Weller et P. Corey, « The impact of excluding non-leisure energy expenditure on the relation between physical activity and mortality in women », *Epidemiology*, 9(6), 1998, p. 632-635.
43. S.B. Harrap, « Hypertension: genes versus environment », *The Lancet*, 344(8916), 1994, p. 169-71.

Annexe

Tableau A
Caractéristiques des membres en bonne santé de la population à domicile de 20 ans et plus chez lesquels aucun diagnostic de maladie cardiaque n'avait été posé, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Taille de l'échantillon	Population estimative	
		en milliers	%
Total	9 255	17 056	100
Sexe			
Hommes	4 162	8 437	49
Femmes	5 093	8 620	51
Groupe d'âge			
20 à 64 ans	7 917	15 235	89
65 ans et plus	1 338	1 822	11
Antécédents familiaux			
Parent(s), frère(s) ou soeur(s) cardiaques	3 936	6 849	40
Parent(s), frère(s) ou soeur(s) non cardiaques	4 612	8 739	51
Données manquantes	707	1 468	9
Activité physique			
Intense	1 548	2 798	16
Modérée	1 991	3 558	21
Légère	1 451	2 559	15
Personne sédentaire	3 882	7 284	43
Données manquantes	383	858	5
Niveau de scolarité			
Pas de diplôme d'études secondaires	2 192	3 511	21
Diplôme d'études secondaires/études postsecondaires partielles	3 871	7 333	43
Diplôme d'études postsecondaires	3 180	6 188	36
Données manquantes	12	24	0
Catégorie d'usage du tabac			
Fumeur (tous les jours/à l'occasion)	2 851	5 091	30
Ancien fumeur	2 922	5 241	31
Personne n'ayant jamais fumé	3 478	6 708	39
Données manquantes	4	16	0
Hypertension			
Oui	804	1 265	7
Non	8 451	15 792	93
Diabète			
Oui	191	348	2
Non	9 064	16 709	98
Indice de masse corporelle (IMC)			
Embonpoint (IMC > 27)	2 778	4 891	29
Sans embonpoint (IMC ≤ 27)	6 253	11 762	69
Données manquantes	224	404	2

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

Tableau B

Rapports corrigés de cotes pour le diagnostic d'une nouvelle maladie cardiaque, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 20 à 64 ans[†], Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1998-1999

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe		
Hommes	1,35	0,82 - 2,22
Femmes [‡]	1,00	...
Âge (en années)[§]		
	1,05 *	1,03 - 1,08
Antécédents familiaux		
Parent(s), frère(s) ou soeur(s) cardiaques [†]	1,00	...
Parent(s), frère(s) ou soeur(s) non cardiaques	0,32 *	0,18 - 0,57
Activité physique		
Intense	0,37 *	0,17 - 0,80
Modérée	0,50 *	0,27 - 0,90
Légère	0,90	0,47 - 1,73
Personne sédentaire [‡]	1,00	...
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires	0,93	0,53 - 1,64
Diplôme d'études secondaires/ études postsecondaires partielles	0,91	0,51 - 1,61
Diplôme d'études postsecondaires [‡]	1,00	...
Catégorie d'usage du tabac		
Fumeur (tous les jours/à l'occasion)	2,18 *	1,15 - 4,14
Ancien fumeur	1,61	0,87 - 2,88
Personne n'ayant jamais fumé [‡]	1,00	...
Hypertension		
Oui	1,16	0,55 - 2,42
Non [‡]	1,00	...
Diabète		
Oui	4,00 *	1,26 - 12,70
Non [‡]	1,00	...
Indice de masse corporelle (IMC)		
Embonpoint (IMC > 27)	1,98 *	1,16 - 3,37
Sans embonpoint (IMC ≤ 27) [‡]	1,00	...

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

[†] Personnes en bonne santé chez lesquelles aucun diagnostic de maladie cardiaque n'avait été posé en 1994-1995.

[‡] Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.

[§] Traité comme une variable continue.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau C

Rapports corrigés de cotes pour le diagnostic d'une nouvelle maladie cardiaque, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 20 ans et plus[†] y compris les personnes qui n'ont pas répondu à la question sur les antécédents familiaux, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1998-1999

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe		
Hommes	1,41	0,97 - 2,04
Femmes [‡]	1,00	...
Âge (en années)[§]		
	1,06 *	1,04 - 1,07
Antécédents familiaux		
Parent(s), frère(s) ou soeur(s) cardiaques [†]	1,00	...
Parent(s), frère(s) ou soeur(s) non cardiaques	0,34 *	0,23 - 0,48
Activité physique		
Intense	0,52 *	0,33 - 0,81
Modérée	0,47 *	0,30 - 0,75
Légère	0,78	0,48 - 1,25
Personne sédentaire [‡]	1,00	...
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires	1,21	0,81 - 1,80
Diplôme d'études secondaires/ études postsecondaires partielles	1,01	0,65 - 1,56
Diplôme d'études postsecondaires [‡]	1,00	...
Catégorie d'usage du tabac		
Fumeur (tous les jours/à l'occasion)	1,51	0,96 - 2,39
Ancien fumeur	1,24	0,85 - 1,80
Personne n'ayant jamais fumé [‡]	1,00	...
Hypertension		
Oui	1,25	0,77 - 2,02
Non [‡]	1,00	...
Diabète		
Oui	1,63	0,75 - 3,53
Non [‡]	1,00	...
Indice de masse corporelle (IMC)		
Embonpoint (IMC > 27)	1,60 *	1,07 - 2,39
Sans embonpoint (IMC ≤ 27) [‡]	1,00	...

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

Nota : Les participants qui n'ont pas fourni de renseignements sur les antécédents familiaux ont été inclus et considérés comme n'ayant pas d'antécédents familiaux de maladie cardiaque.

[†] Personnes en bonne santé chez lesquelles aucun diagnostic de maladie cardiaque n'avait été posé en 1994-1995.

[‡] Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.

[§] Traité comme une variable continue.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Commencer et continuer à faire de l'exercice

Jiajian Chen et Wayne J. Millar

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les facteurs associés au commencement et au maintien d'une activité physique durant les loisirs.

Source des données

Les données proviennent de la composante longitudinale des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population menée par Statistique Canada. L'analyse est basée sur 11 026 personnes qui avaient 20 ans et plus en 1994-1995.

Techniques d'analyse

La régression logistique multiple a servi à déterminer quelles variables sont des prédicteurs indépendants du commencement et du maintien d'une activité physique durant les loisirs.

Principaux résultats

Parmi les personnes qui étaient inactives en 1994-1995, l'incidence sur deux ans du commencement de la pratique d'une activité physique d'intensité au moins moyenne en 1996-1997 ou en 1998-1999 était de 24 cas pour 100 années-personnes. Parmi les personnes qui ont dit qu'elles étaient au moins moyennement actives en 1994-1995, l'incidence sur deux ans de l'interruption d'activités nécessitant un tel niveau d'effort physique était de 32 cas pour 100 années-personnes. Commencer à se livrer à une activité physique ou continuer de le faire ont en commun un grand nombre de prédicteurs, dont le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, l'usage du tabac et le sentiment de contrôle. Cependant, certains facteurs ne sont significatifs que pour les femmes ou pour les hommes. Par exemple, l'embonpoint et la présence d'enfants dans le ménage sont des obstacles chez la femme, mais pas chez l'homme. Par contre, le niveau d'activité sociale et la catégorie d'usage du tabac sont des facteurs significatifs chez l'homme, mais non chez la femme.

Mots-clés

Exercice, condition physique, poids, comportement ayant un effet sur la santé, facteurs socioéconomiques, enquête-santé.

Auteurs

Jiajian Chen (613-951-5059; chenjia@statcan.ca) et Wayne J. Millar (613-951-1631; millway@statcan.ca) travaillent à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Tous vantent depuis longtemps les bienfaits de l'exercice pour la santé tant physique que mentale¹⁻⁵. Pourtant, malgré les efforts d'envergure déployés pour promouvoir la santé, la majorité des Canadiens et Canadiennes d'âge adulte restent inactifs durant leurs loisirs⁶. En outre, ceux qui sont actifs ont du mal à maintenir leur niveau de dépense énergétique, comme en témoigne le taux élevé d'abandon^{7,8}.

Les raisons qui incitent les personnes inactives à devenir actives^{9,10}, puis à le rester, demeurent obscures. Selon des études antérieures, fondées principalement sur des données d'enquêtes transversales, l'activité physique tient à divers facteurs¹¹⁻¹⁴. Cependant, les résultats de ces études sont contradictoires. Ainsi, selon certaines, il y aurait un lien entre le niveau de scolarité et le fait de commencer à faire de l'exercice, tandis que selon d'autres, il n'y en aurait aucun^{7,8,15,16}. En outre, les facteurs qui incitent une personne à devenir physiquement active et ceux qui l'encouragent à le rester peuvent être différents⁸. Or, comprendre quels facteurs influencent chaque processus s'impose pour bien juger de l'efficacité des mesures à prendre en matière de santé publique.

L'analyse tire parti des composantes longitudinales de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Celles-ci permettent d'étudier les caractéristiques des personnes *inactives* qui commencent à se livrer à une activité physique et celles des personnes *actives* qui

continuent de faire de l'exercice (voir *Source des données, Techniques d'analyse et Limites*). L'accent est mis sur les facteurs sociodémographiques et psychologiques, ainsi que sur les comportements ayant un effet sur la santé que l'on sait être associés à l'activité physique (voir *Définitions*)^{7-10,15-18}.

Source des données

Le présent article se fonde sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. Lancée en 1994-1995, l'enquête permet de recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre la population à domicile et les personnes vivant en établissement de santé des 10 provinces et des territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP compte une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans. L'analyse présentée ici se fonde sur les données longitudinales recueillies pour les 10 provinces durant les cycles de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 de l'enquête.

En 1994-1995, un membre bien informé de chaque ménage participant à l'enquête a fourni des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de tous les membres du ménage. Une personne sélectionnée au hasard dans chaque ménage participant, qui n'était pas nécessairement la même que la personne bien informée, a en outre été appelée à fournir des renseignements détaillés sur sa santé.

Les renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé recueillis au sujet de tous les membres des ménages participants sont regroupés dans le Fichier général. Les renseignements détaillés sur la santé recueillis auprès d'un membre sélectionné au hasard de chaque ménage participant, ainsi que les renseignements du Fichier général se rapportant à ces personnes, sont regroupés dans le Fichier santé.

Dans les ménages faisant partie de la composante longitudinale en 1996-1997 et en 1998-1999, la personne qui a fourni des renseignements détaillés sur sa propre santé pour le Fichier santé est celle qui avait été sélectionnée au hasard lors du cycle de 1994-1995. Qui plus est, cette personne était ordinairement celle qui avait fourni les renseignements sur les divers membres du ménage pour le Fichier général lors des cycles de 1996-1997 et de 1998-1999.

En 1994-1995, l'échantillon couvrant la population à domicile des 10 provinces comptait 27 263 ménages dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. Après l'application d'un tri de sélection pour que l'échantillon reste représentatif, 20 725 ménages faisaient encore partie du champ d'observation. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée au hasard avait 12 ans et plus. Le taux de réponse de ces personnes aux questions détaillées sur la santé a été de 96,1 %, chiffre qui correspond à 17 626 personnes.

De ces 17 626 personnes sélectionnées au hasard en 1994-1995, 14 786 répondaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal, de même que 468 personnes pour lesquelles seuls des renseignements généraux ont été recueillis, tout comme 2 022 des 2 383 personnes de moins de 12 ans sélectionnées au hasard. Donc, 17 276 personnes remplissaient les critères pour être interviewées de nouveau en 1996-1997 et, de celles-ci, 16 677 étaient encore en vie en 1998-1999. Le taux de réponse observé pour le panel longitudinal en 1996-1997 est de 93,6 % et celui calculé pour 1998-1999 en se fondant sur le panel complet est de 88,9 %. Des renseignements complets sur la santé, c'est-à-dire tant généraux que détaillés, recueillis lors des deux premiers cycles de l'enquête (où l'indication d'un décès ou d'un placement en établissement de santé) sont disponibles pour 15 670 des 16 168 membres du panel longitudinal qui ont participé au cycle de 1996-1997. Pour le cycle de 1998-1999, le chiffre correspondant est de 14 619. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP sont décrits plus en détail dans des rapports déjà publiés¹⁹⁻²¹.

L'échantillon de la présente étude comprend 11 026 personnes qui avaient 20 ans et plus en 1994-1995. La majorité d'entre elles — 6 869, soit 62 % — rentraient dans la catégorie des personnes inactives et ont été sélectionnées pour l'analyse des caractéristiques liées au fait de commencer à se livrer à une activité physique d'intensité au moins moyenne. Les 4 157 autres personnes (38 %), classées dans la catégorie des personnes actives, ont permis d'étudier les caractéristiques liées au maintien de l'activité physique d'intensité au moins moyenne (tableau A en annexe).

Démarrer, ralentir

Selon l'ENSP, l'intensité de l'exercice fait durant les loisirs peut très vraisemblablement varier. Parmi les personnes sédentaires âgées de 20 ans et plus, l'incidence sur deux ans du commencement de la pratique d'une activité physique d'intensité au moins moyenne était de 24 cas pour 100 années-personnes entre 1994-1995 et 1998-1999 (tableau 1). En revanche, parmi les personnes qui ont dit être moyennement actives au cours de la même période, l'incidence sur deux ans de l'interruption d'activités nécessitant un tel niveau d'effort physique était de 32 cas pour 100 années-personnes (voir *Activité physique*).

Naturellement, commencer à se livrer à une activité physique et continuer de le faire sont des événements qui ont souvent les mêmes prédicteurs. Par exemple, les personnes jeunes, instruites, en bonne santé, celles qui ont cessé de fumer ou qui ont un sentiment prononcé de contrôle ont tendance à commencer à faire de l'exercice ou à continuer d'en faire. En revanche, le poids est un prédicteur du maintien de l'activité physique, mais non de son commencement. De surcroît, le fait de commencer à faire de l'exercice ou de continuer d'en faire ne varie pas de façon significative en fonction de l'état matrimonial, de la catégorie de ménage, du niveau d'activité sociale, ni du stress chronique.

Techniques d'analyse

Des données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ont servi à observer l'incidence de deux événements : 1) avoir commencé à se livrer à une activité physique d'intensité au moins moyenne par des personnes qui étaient inactives en 1994-1995 et 2) avoir cessé de se livrer à une activité physique d'intensité au moins moyenne chez des personnes qui étaient actives en 1994-1995. L'analyse se limite aux personnes de 20 ans et plus, car les variables associées à l'activité physique chez les enfants et les adolescents sont parfois différentes.

Le « taux d'incidence de temps-personne » sert à mesurer le taux auquel des personnes inactives commencent à se livrer à une activité physique d'intensité au moins moyenne ou auquel des personnes actives deviennent inactives. Les taux sont calculés en divisant la somme des cas nouveaux (début ou arrêt d'une activité) par le total du « temps-personne ».²²

Le numérateur du début d'une activité d'intensité au moins moyenne est le nombre de personnes inactives en 1994-1995 qui étaient physiquement actives en 1996-1997 ou en 1998-1999. Le dénominateur, exprimé en années-personnes, est le temps consacré par des personnes qui étaient « admissibles » à devenir actives (c'est-à-dire qui étaient inactives en 1994-1995). Un répondant inactif qui est devenu actif en 1996-1997 n'était plus admissible et n'a contribué aucun temps au dénominateur après ce moment-là, tandis que les personnes qui ne sont devenues actives qu'en 1998-1999 et celles qui sont demeurées inactives ont continué de contribuer du temps au dénominateur. Les participants qui se trouvaient en établissement ou qui sont décédés au cours de la période ont cessé de contribuer du temps-personne.

Le taux d'incidence de temps-personne pour ce qui est du début de l'inactivité est calculé de façon similaire. Le numérateur est le nombre de personnes actives en 1994-1995 qui sont devenues inactives en 1996-1997 ou en 1998-1999. Le dénominateur est le

temps-personne contribué par les personnes qui étaient admissibles à devenir inactives. Une personne active qui était devenue physiquement inactive en 1996-1997 ne pouvait contribuer du temps-personne au dénominateur que pour la première moitié de la période comprise entre 1994-1995 et 1998-1999.

L'ENSP suit un cycle de deux ans. Puisqu'il est possible que les répondants de cette analyse aient été suivis de 1994-1995 à 1998-1999, chaque personne pouvait contribuer deux unités de temps-personne (une unité tous les deux ans) au cours d'un suivi de quatre ans environ. On ignore le moment exact du début ou de l'arrêt d'une activité physique, la seule chose que l'on sait étant que l'événement a eu lieu entre deux dates d'enquête. Une personne qui a changé son état d'activité, par exemple, en 1995, peut être considérée comme ayant contribué une unité de temps-personne (intervalle de deux ans) au dénominateur.

Le taux d'incidence de temps-personne mesure l'incidence du début ou de l'arrêt de l'activité physique; la régression logistique multiple a servi à modéliser les liens entre certains facteurs et le fait de devenir ou de demeurer actif. Les variables incluses dans le modèle de régression, à savoir le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, l'état matrimonial, la catégorie de ménage, l'état de santé, le poids, l'usage du tabac, le sentiment de contrôle, le niveau d'activité sociale et le stress chronique, ont été sélectionnées en tenant compte des études déjà publiées et des données recueillies dans le cadre de l'ENSP. Toutes les variables indépendantes sont fondées sur les données du cycle de 1994-1995.

L'analyse porte sur un échantillon pondéré représentatif de l'ensemble de la population de 20 ans et plus des 10 provinces en 1994-1995. L'écart-type des estimations a été calculé par la méthode *bootstrap*, qui tient pleinement compte des effets du plan de sondage de l'ENSP.²³⁻²⁵ Le seuil de signification statistique a été établi à $p < 0,05$.

Tableau 1
Incidence sur deux ans de la variation dans la pratique d'une activité physique, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1998-1999

	Personnes inactives en 1994-1995 qui ont commencé à se livrer à une activité physique d'intensité au moins moyenne	Personnes actives en 1994-1995 qui ne pratiquent plus une activité physique d'intensité au moins moyenne
Cas pour 100 années-personnes		
Total	24	32
Sexe		
Hommes	27*	30
Femmes†	22	33
Groupe d'âge		
20 à 34 ans	28*	31*
35 à 44 ans	25*	29*
45 à 64 ans	23*	32*
65 ans et plus†	19	40
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires†	20	43
Diplôme d'études secondaires/études postsecondaires partielles	25*	30*
Diplôme d'études postsecondaires	27*	28*
État matrimonial		
Marié(e) ou vit avec un(e) conjoint(e)	25	32
Pas marié(e) à l'heure actuelle†	23	31
Catégorie de ménage		
Parent(s) avec enfant(s) de moins de 18 ans	25	31
Autre†	24	32
Perception de l'état de santé‡		
Excellente/très bonne/bonne	25*	30*
Passable/mauvaise†	19	48
Indice de masse corporelle (IMC)		
Embonpoint (IMC > 27)	23	37*
Sans embonpoint (IMC ≤ 27)†	25	30
Usage du tabac		
Fumeur†	24	36
Ancien fumeur	27*	31*
Personne n'ayant jamais fumé	23	29*
Sentiment de contrôle		
Faible†	22	37
Modéré/prononcé	26*	28*
Niveau d'activité sociale		
Faible†	24	31
Moyen/élevé	25	32
Stress chronique		
Faible/modéré	25	31
Intense†	23	33

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999
 † Catégorie de référence.

‡ Deux ans avant le suivi.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

Bien sûr, nombre de facteurs liés à l'activité physique sont interdépendants. Par exemple, les personnes jeunes ont généralement atteint un niveau de scolarité plus élevé et sont en meilleure santé que les personnes plus âgées et sont moins susceptibles de faire de l'embonpoint. De même, les non-fumeurs ont tendance à être en meilleure santé que les fumeurs. En outre, les personnes qui arrivent à renoncer au tabac ont sans doute un sentiment prononcé de contrôle. Aussi faut-il tenir compte de ces effets confusionnels pour arriver à cerner les

Activité physique

Dans le contexte de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), le niveau d'activité physique est déterminé d'après la dépense d'énergie (DE) totale cumulative durant les loisirs. On ne dispose d'aucun renseignement sur la dépense d'énergie au travail. La valeur de la dépense d'énergie se calcule en se basant, pour chaque personne observée, sur la fréquence et sur la durée de l'ensemble des activités physiques durant les loisirs au cours des trois mois qui ont précédé l'entrevue de l'ENSP, ainsi que sur la demande d'énergie métabolique (valeur de la MET) de chaque activité. Les valeurs de la MET ont été déterminées de façon indépendante^{13,26}.

$DE = \sum(N_i * D_i * METS_i / 365 \text{ jours})$, où

N_i = nombre de fois qu'a eu lieu l'activité i en une année;

D_i = durée moyenne, en heures, de l'activité i ; et

$METS_i$ = valeur constante correspondant à la dépense d'énergie métabolique causée par l'activité i .

Pour chaque personne, la DE quotidienne équivaut à la somme des dépenses d'énergie qu'entraînent toutes les activités durant les loisirs, exprimée en nombre total de kilocalories dépensées par kilo de masse corporelle par jour (KKJ). Une DE de 3 KKJ ou plus est dite forte, une DE de 1,5 à 2,9 KKJ est dite moyenne et une DE inférieure à 1,5 KKJ est dite faible²⁶. Les personnes dont la DE est forte ou moyenne sont considérées comme physiquement actives et celles dont la DE est faible, comme inactives.

Toute personne qui était réputée inactive en 1994-1995 est devenue active si elle a déclaré se livrer à une activité physique d'intensité au moins moyenne durant ses loisirs en 1996-1997 ou en 1998-1999; sinon, cette personne est dite être restée inactive. On estime que toute personne qui était au moins moyennement active en 1994-1995 a maintenu son niveau d'activité si elle a continué d'être active en 1996-1997 et en 1998-1999, mais qu'elle est devenue inactive si elle avait cessé de faire de l'exercice d'intensité au moins moyenne lors des entrevues de suivi.

prédicteurs significatifs du début et du maintien d'une activité physique d'intensité au moins moyenne durant les loisirs.

Comme on peut s'y attendre, la prise en compte de l'effet d'autres variables (sexe, niveau de scolarité, état matrimonial, catégorie de ménage, perception de l'état de santé, poids, usage du tabac, sentiment de contrôle, activité sociale et stress chronique) ne modifie d'aucune façon le lien significatif entre l'âge et le commencement de l'activité physique. La cote exprimant la possibilité de commencer à être au moins moyennement actives est nettement plus élevée pour les personnes inactives de tous les groupes d'âge compris entre 20 et 64 ans que pour leurs homologues plus âgées (tableau 2). En outre, la cote exprimant la possibilité que des personnes déjà actives le demeurent est nettement plus élevée pour les 35 à 44 ans et les 45 à 64 ans que pour les personnes plus âgées.

Si l'on tient compte de l'effet des autres variables, la cote exprimant la possibilité de commencer à se livrer à une activité physique et de continuer de le faire est nettement plus élevée pour les personnes titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires que pour celles qui n'ont pas terminé leurs études secondaires. En outre, la cote exprimant la possibilité que des personnes déjà actives le demeurent est nettement plus élevée pour les personnes titulaires d'un diplôme d'études secondaires ou ayant fait des études postsecondaires partielles que pour celles qui n'ont pas terminé leurs études secondaires.

Les personnes qui se disent au moins en bonne santé tout comme celles qui jugent leur santé passable ou mauvaise ont une cote similaire témoignant de la possibilité qu'elles commencent à faire de l'exercice. Cependant, être en bonne santé fait augmenter la cote exprimant la possibilité qu'une personne déjà active continue de l'être au moins moyennement.

Aucun lien significatif n'existe entre le poids et le fait de commencer à faire de l'exercice. Cependant la cote exprimant la possibilité de maintenir un niveau moyen d'activité physique est plus faible pour les personnes actives qui font de l'embonpoint que pour celles qui n'en font pas.

Limites

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) posent les problèmes inhérents à l'autodéclaration. Des erreurs de remémorisation pourraient avoir une incidence sur le niveau déclaré d'activité physique.

Le calcul de la dépense d'énergie reste imprécis. Aucune source indépendante ne peut en outre confirmer que les personnes qui ont dit s'adonner à diverses activités le faisaient réellement, ni que la fréquence et la durée des activités étaient celles déclarées^{4,27}. Par conséquent, il convient de comparer avec prudence les estimations des niveaux d'activité calculées d'après les données de l'ENSP à celles calculées d'après les données d'autres sources. La même remarque s'applique aux données sur d'autres variables pour lesquelles l'autodéclaration pourrait être inexacte, comme l'usage du tabac ou le poids.

Aucun renseignement n'a été recueilli sur l'activité physique au travail ni durant les travaux ménagers. Par conséquent, certaines personnes considérées comme étant restées inactives pourraient, en fait, s'être livrées à des activités physiques au travail ou à la maison. De même, celles considérées comme ayant cessé d'être au moins moyennement actives durant leurs loisirs pourraient quand même s'être dépensées considérablement au travail ou durant l'exécution de tâches ménagères.

La variation saisonnière des activités de loisirs pourrait influencer le niveau déclaré d'activité physique. Le taux d'activité est plus faible pour les personnes interviewées durant l'hiver (janvier, février et mars) (taux d'activité moyen de 30 % environ) que chez celles interviewées durant d'autres saisons (taux d'activité de 40 % environ).

En outre, environ 24 % de personnes ont participé à l'entrevue de suivi durant une saison différente de celle où a eu lieu la première entrevue. Cependant, il n'y a eu passage de l'hiver à une période non hivernale que dans 5 % seulement des cas et d'une période non hivernale aux mois d'hiver que dans environ 4 % des cas. Comme les gens ont tendance à être plus actifs durant les périodes non hivernales, ces changements pourraient avoir causé une légère surestimation du commencement ou du maintien d'une activité physique durant les loisirs.

Comme l'ENSP est une enquête-santé générale, les renseignements sur l'activité physique sont limités. Par exemple, idéalement, une étude des facteurs liés à la variation du niveau d'activité devrait inclure des questions sur les obstacles à surmonter pour commencer à se livrer à une activité physique ou pour continuer de le faire. Par contre, l'ENSP ne permet de recueillir des renseignements sur les obstacles qu'auprès des personnes qui répondent « Oui » à la question « Croyez-vous qu'il y a (quelque/autre) chose que vous devriez faire pour améliorer votre santé physique? ». Par conséquent, on ne possède pas de données sur les obstacles que doivent surmonter les personnes inactives qui ne jugent pas nécessaire d'améliorer leur santé.

Tableau 2

Rapports corrigés de cotes pour le fait de commencer ou de continuer à se livrer à une activité physique, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1998-1999

	Commencer à se livrer à une activité d'intensité au moins moyenne comparativement à rester inactif [†]		Continuer à se livrer à une activité d'intensité au moins moyenne comparativement à cesser [‡]	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe				
Hommes	1,24*	1,10 - 1,40	1,17*	1,01 - 1,36
Femmes [§]	1,00	...	1,00	...
Groupe d'âge				
20 à 34 ans	1,67*	1,31 - 2,14	1,26	0,98 - 1,62
35 à 44 ans	1,43*	1,11 - 1,83	1,52*	1,14 - 2,04
45 à 64 ans	1,26*	1,03 - 1,54	1,35*	1,07 - 1,71
65 ans et plus [§]	1,00	...	1,00	...
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires [§]	1,00	...	1,00	...
Diplôme d'études secondaires/études postsecondaires partielles	1,15	0,98 - 1,35	1,48*	1,21 - 1,80
Diplôme d'études postsecondaires	1,21*	1,01 - 1,44	1,59*	1,29 - 1,95
État matrimonial				
Marié(e) ou vit avec un(e) conjoint(e)	1,09	0,93 - 1,27	0,92	0,79 - 1,08
Pas marié(e) à l'heure actuelle [§]	1,00	...	1,00	...
Catégorie de ménage				
Parent(s) avec enfant(s) de moins de 18 ans	0,87	0,73 - 1,04	0,88	0,72 - 1,07
Autre [†]	1,00	...	1,00	...
Perception de l'état de santé^{††}				
Excellente/très bonne/bonne	1,22	0,99 - 1,51	1,61*	1,26 - 2,05
Passable/mauvaise [§]	1,00	...	1,00	...
Indice de masse corporelle (IMC)				
Embonpoint (IMC > 27)	0,94	0,82 - 1,08	0,76*	0,64 - 0,90
Sans embonpoint (IMC ≤ 27) [§]	1,00	...	1,00	...
Usage du tabac				
Fumeur [§]	1,00	...	1,00	...
Ancien fumeur	1,23*	1,06 - 1,44	1,31*	1,08 - 1,59
Personne n'ayant jamais fumé	0,93	0,80 - 1,09	1,30*	1,08 - 1,57
Sentiment de contrôle				
Faible [†]	1,00	...	1,00	...
Modéré/prononcé	1,17*	1,03 - 1,33	1,32*	1,13 - 1,53
Niveau d'activité sociale				
Faible [†]	1,00	...	1,00	...
Moyen/élevé	1,16*	1,03 - 1,31	0,97	0,82 - 1,14
Stress chronique				
Faible/modéré	1,05	0,89 - 1,23	0,92	0,74 - 1,13
Intense [†]	1,00	...	1,00	...

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

[†] Personnes qui étaient inactives en 1994-1995.

[‡] Personnes qui étaient au moins moyennement actives en 1994-1995.

[§] Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.

^{††} Deux ans avant le suivi.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

La possibilité qu'une personne devienne active physiquement se traduit par une cote guère plus élevée tant pour celle qui fume que pour celle qui n'a jamais fumé. En revanche, la cote exprimant la possibilité qu'une personne devenue active persévère est plus forte pour la personne qui n'a jamais fumé.

Les anciens fumeurs obtiennent une cote exprimant la possibilité de commencer à faire de l'exercice et de continuer à en faire nettement plus élevée que les fumeurs. Surmonter avec succès un obstacle aussi important que renoncer au tabac pourrait inciter d'anciens fumeurs à prendre d'autres mesures pour améliorer leur santé.

Avoir le sentiment assez prononcé d'exercer un contrôle sur son existence est lié au fait de commencer à se livrer à une activité physique ou de continuer de le faire. Le niveau d'activité sociale, quant à lui, est un prédicteur du commencement de l'activité physique, mais n'a que très peu d'influence sur son maintien.

Plusieurs autres facteurs qui, selon toute attente, pourraient jouer un rôle important, comme l'état matrimonial, la catégorie de ménage ou le stress chronique, ne sont associés de façon significative au fait ni de commencer ni de continuer à faire de l'exercice durant les loisirs.

Si l'on tient compte de l'effet de toutes les variables, la cote exprimant la possibilité de devenir et de demeurer actif est plus élevée pour l'homme que pour la femme. Cependant, les caractéristiques qui favorisent l'activité physique et celles qui la préviennent ne sont pas nécessairement les mêmes pour les deux sexes.

Se mettre en train

Chez l'homme, trois facteurs sont associés de façon significative au fait de devenir actif physiquement : avoir de 20 à 34 ans, comparativement à 65 ans et plus; être un ancien fumeur comparativement à un fumeur; avoir un niveau d'activité sociale moyen ou élevé, comparativement à un niveau faible (tableau 3).

Chez la femme aussi, commencer à faire de l'exercice est lié à l'âge. La cote exprimant la possibilité de devenir actives est plus élevée pour les femmes des trois groupes d'âge de moins de

Tableau 3

Rapports corrigés de cotes pour le fait de commencer à se livrer à une activité physique[†], selon le sexe et certaines caractéristiques, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1998-1999

	Hommes		Femmes	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Groupe d'âge				
20 à 34 ans	1,62*	1,17 - 2,25	1,80*	1,23 - 2,63
35 à 44 ans	1,29	0,93 - 1,79	1,63*	1,10 - 2,41
45 à 64 ans	1,14	0,86 - 1,52	1,37*	1,02 - 1,85
65 ans et plus [‡]	1,00	...	1,00	...
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires [‡]	1,00	...	1,00	...
Diplôme d'études secondaires/études postsecondaires partielles	1,01	0,79 - 1,28	1,27*	1,00 - 1,60
Diplôme d'études postsecondaires	1,06	0,83 - 1,35	1,33*	1,03 - 1,72
État matrimonial				
Marié(e) ou vit avec un(e) conjoint(e)	1,22	0,96 - 1,55	0,96	0,79 - 1,17
Pas marié(e) à l'heure actuelle [‡]	1,00	...	1,00	...
Catégorie de ménage				
Parent(s) avec enfant(s) de moins de 18 ans	0,95	0,74 - 1,21	0,77*	0,60 - 0,98
Autre [‡]	1,00	...	1,00	...
Perception de l'état de santé[§]				
Excellente/très bonne/bonne	1,09	0,80 - 1,47	1,32	0,96 - 1,82
Passable/mauvaise [‡]	1,00	...	1,00	...
Indice de masse corporelle (IMC)				
Embonpoint (IMC > 27)	1,18	0,95 - 1,45	0,74*	0,61 - 0,90
Sans embonpoint (IMC ≤ 27) [‡]	1,00	...	1,00	...
Usage du tabac				
Fumeur [‡]	1,00	...	1,00	...
Ancien fumeur	1,38*	1,09 - 1,75	1,08	0,86 - 1,34
Personne n'ayant jamais fumé	1,11	0,87 - 1,42	0,82	0,66 - 1,02
Sentiment de contrôle				
Faible [‡]	1,00	...	1,00	...
Modéré/prononcé	1,14	0,95 - 1,37	1,19	1,00 - 1,43
Niveau d'activité sociale				
Faible [‡]	1,00	...	1,00	...
Moyen/élevé	1,22*	1,03 - 1,44	1,15	0,96 - 1,36
Stress chronique				
Faible/modéré	1,02	0,78 - 1,33	1,08	0,88 - 1,33
Intense [‡]	1,00	...	1,00	...

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

Nota : Les données ayant été arrondies, certains rapports de cotes dont les intervalles de confiance ont une limite inférieure égale à 1,00 sont significatifs.

[†] Personnes qui étaient inactives en 1994-1995.

[‡] Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.

[§] Deux ans avant le suivi.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

65 ans que pour les femmes plus âgées. En outre, chez la femme, avoir obtenu tout au moins un diplôme d'études secondaires est un prédicteur de la décision de commencer à se livrer à une activité physique. Toutefois, contrairement à ce que l'on observe chez l'homme, ni la catégorie d'usage du tabac ni le niveau d'activité sociale ne modifie la cote exprimant la possibilité qu'une femme devienne active.

La cote exprimant la possibilité de commencer à se livrer à des activités physiques d'intensité au moins moyenne durant les loisirs est nettement plus faible pour les femmes auxquelles on associe de l'embonpoint ou la responsabilité parentale d'enfants de moins de 18 ans que pour les autres. Chez l'homme, ni le poids ni la composition du ménage n'influe sur le fait de commencer à faire de l'exercice.

L'état matrimonial et le stress chronique pourraient vraisemblablement influencer sur la capacité et sur le désir qu'a une personne de se livrer à une activité physique, et ce, de façon différente chez l'homme et chez la femme. Pourtant, ni l'un ni l'autre de ces facteurs ne joue un rôle significatif.

Tenir bon

Chez les hommes et les femmes qui étaient au moins moyennement actifs en 1994-1995, le niveau de scolarité est un prédicteur du maintien de ce niveau d'activité (tableau 4). Même si l'on tient compte de l'effet d'autres variables, la cote exprimant la possibilité de demeurer actives reste plus élevée pour les personnes qui ont obtenu au moins un diplôme d'études secondaires que pour celles dont le niveau de scolarité est plus faible.

En outre, aussi bien chez l'homme que chez la femme, éprouver un sentiment modéré ou prononcé de contrôle est lié de façon significative à la poursuite des activités physiques.

Toutefois, plusieurs facteurs sont liés au maintien de l'activité chez un sexe mais non chez l'autre. La cote exprimant la possibilité de demeurer actives est nettement plus élevée pour les femmes de 35 à 44 ans ou de 45 à 64 ans que pour les femmes plus âgées, alors que chez l'homme, l'âge n'a aucun effet. Les femmes en bonne santé obtiennent aussi une cote exprimant la possibilité de demeurer actives plus élevée que celles dont la santé est passable ou

Tableau 4

Rapports corrigés de cotes pour le fait de continuer de se livrer à une activité physique[†], selon le sexe et certaines caractéristiques, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1998-1999

	Hommes		Femmes	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Groupe d'âge				
20 à 34 ans	1,16	0,79 - 1,70	1,37	0,98 - 1,91
35 à 44 ans	1,41	0,92 - 2,16	1,68*	1,13 - 2,51
45 à 64 ans	1,14	0,82 - 1,59	1,67*	1,24 - 2,25
65 ans et plus [‡]	1,00	...	1,00	...
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires [‡]	1,00	...	1,00	...
Diplôme d'études secondaires/études postsecondaires partielles	1,43*	1,07 - 1,92	1,52*	1,14 - 2,04
Diplôme d'études postsecondaires	1,57*	1,16 - 2,13	1,57*	1,18 - 2,09
État matrimonial				
Marié(e) ou vit avec un(e) conjoint(e)	1,00	0,78 - 1,29	0,83	0,66 - 1,04
Pas marié(e) à l'heure actuelle [‡]	1,00	...	1,00	...
Catégorie de ménage				
Parent(s) avec enfant(s) de moins de 18 ans	0,83	0,62 - 1,12	0,93	0,71 - 1,21
Autre [‡]	1,00	...	1,00	...
Perception de l'état de santé[§]				
Excellente/très bonne/ bonne	1,29	0,87 - 1,90	1,96*	1,36 - 2,82
Passable/mauvaise [‡]	1,00	...	1,00	...
Indice de masse corporelle (IMC)				
Embonpoint (IMC > 27)	0,93	0,74 - 1,16	0,58*	0,46 - 0,74
Sans embonpoint (IMC ≤ 27) [‡]	1,00	...	1,00	...
Usage du tabac				
Fumeur [‡]	1,00	...	1,00	...
Ancien fumeur	1,63*	1,23 - 2,16	0,98	0,75 - 1,30
Personne n'ayant jamais fumé	1,68*	1,26 - 2,23	1,04	0,80 - 1,35
Sentiment de contrôle				
Faible [‡]	1,00	...	1,00	...
Modéré/prononcé	1,33*	1,06 - 1,66	1,31*	1,05 - 1,62
Niveau d'activité sociale				
Faible [‡]	1,00	...	1,00	...
Moyen/élevé	0,98	0,78 - 1,23	0,99	0,80 - 1,24
Stress chronique				
Faible/modéré	1,05	0,76 - 1,45	0,81	0,62 - 1,07
Intense [‡]	1,00	...	1,00	...

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

[†] Personnes qui étaient inactives en 1994-1995.

[‡] Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.

[§] Deux ans avant le suivi.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

mauvaise. En revanche, chez l'homme, l'état de santé n'est pas un prédicteur du maintien de l'activité physique.

Les femmes qui font de l'embonpoint ont une faible cote exprimant la possibilité qu'elles maintiennent un niveau d'activité physique d'intensité au moins moyenne. Par contre, les hommes qui font de l'embonpoint tout comme ceux qui n'en font pas ont une cote semblable exprimant la possibilité qu'ils demeurent actifs.

Chez l'homme, la catégorie d'usage du tabac est liée au maintien de l'activité physique. La cote exprimant la possibilité de maintenir le niveau d'activité physique observé est nettement plus élevée chez les hommes qui n'ont jamais fumé ou qui ont cessé de fumer qu'elle ne l'est chez les fumeurs. En revanche, chez la femme, la cote exprimant la possibilité de maintenir le niveau d'activité physique observé est la même pour les fumeuses, les anciennes fumeuses et les femmes qui n'ont jamais fumé.

Comme pour le commencement de l'activité physique, l'état matrimonial et le stress chronique ne sont pas liés de façon significative au fait de demeurer actif, tant chez l'homme que chez la femme.

Plus d'obstacles à surmonter pour les femmes

Nombre de caractéristiques associées au fait de commencer à faire de l'exercice sont les mêmes que celles associées au fait de continuer à en faire, à savoir l'âge, le niveau de scolarité, l'usage du tabac et le sentiment de contrôle. Cependant, les facteurs qui ont un effet significatif ne sont pas nécessairement les mêmes chez l'homme que chez la femme. Par exemple, le niveau de scolarité, qui est une mesure socioéconomique, est lié aux faits de commencer à se livrer à une activité physique et de continuer de le faire chez la femme, mais uniquement au fait de continuer chez l'homme.

En outre, chez la femme, les responsabilités familiales ont des conséquences sur l'activité physique durant les loisirs. La présence d'enfants de moins de 18 ans dans le ménage fait baisser la cote exprimant la possibilité qu'une femme devienne active. Par contre, chez l'homme, la présence

d'enfants dans le ménage n'est pas liée au niveau d'activité.

Le poids est un autre facteur dont l'effet sur le niveau d'activité physique durant les loisirs diffère chez l'homme et chez la femme. Les femmes qui font de l'embonpoint sont moins susceptibles que celles qui n'en font pas de commencer à faire de l'exercice ou de continuer d'en faire. Chez la femme, l'association entre le poids et l'activité physique est complexe, car l'embonpoint peut être à la fois une conséquence de l'inactivité et un obstacle à l'activité physique.

L'activité sociale n'est pas liée de façon significative à l'activité physique chez la femme, mais elle est associée au fait de commencer à se livrer à une activité physique chez l'homme. L'activité sociale pourrait être un moyen d'organiser des séances d'activités physiques, comme des sports d'équipes. Cependant, s'il s'agit d'un facteur important de mise en train, l'activité sociale n'est pas liée de façon significative au maintien du niveau d'activité physique chez l'homme.

La catégorie d'usage du tabac, surtout être un ancien fumeur, est liée à la décision de commencer à faire de l'exercice et de continuer d'en faire chez l'homme, mais non chez la femme. Le renoncement au tabac et l'activité physique pourraient faire partie d'une même initiative. Par exemple, une personne pourrait décider d'arrêter de fumer à cause d'une maladie chronique liée à la fois à l'usage du tabac et au manque d'activité.

Le sentiment de contrôle, c'est-à-dire la mesure dans laquelle une personne a le sentiment de contrôler sa destinée au lieu d'être fataliste¹⁸, est un prédicteur du maintien de l'activité physique tant chez l'homme que chez la femme. La cote exprimant la possibilité de persévérer après s'être lancées dans un régime d'activité physique est élevée pour les personnes dont le sentiment de contrôle est prononcé. Cette association entre le sentiment de contrôle et le maintien de l'activité physique, association qui persiste en dépit de la prise en compte de l'effet d'autres variables, laisse entendre que certains facteurs psychologiques tempèrent peut-être les effets du statut socioéconomique²⁸.

Définitions

Quatre *groupes d'âge* ont été établis, en prenant pour référence 1994-1995, aux fins de la présente analyse : 20 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus. Le groupe d'âge le plus avancé (65 ans et plus) a servi de catégorie de référence.

Les *niveaux de scolarité* en 1994-1995 ont été regroupés en trois catégories : pas de diplôme d'études secondaires (catégorie de référence); diplôme d'études secondaires ou études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

L'*état matrimonial* en 1994-1995 a été ventilé en deux catégories : marié(e)/ou vit avec un(e) conjoint(e) et pas marié(e) à l'heure actuelle (catégorie de référence).

La *catégorie de ménage* en 1994-1995 a été ventilée en deux groupes : parent(s) avec enfant(s) de moins de 18 ans et autre (catégorie de référence).

La question suivante a servi à évaluer la *perception de l'état de santé* : « En général, diriez-vous que votre santé est : excellente? très bonne? bonne? passable? mauvaise? ». Les réponses ont été regroupées en deux catégories : excellente/très bonne/bonne et passable/mauvaise (catégorie de référence). Comme l'état de santé est étroitement lié à l'activité physique, seules les données recueillies deux ans avant l'entrevue de suivi visée par l'analyse ont servi de référence. Autrement dit, pour cerner les prédicteurs du commencement ou du maintien d'une activité physique dans l'intervalle entre 1994-1995 et 1996-1997, l'analyse s'est appuyée sur l'état de santé observé en 1994-1995. Pour cerner les prédicteurs du commencement ou du maintien d'une activité dans l'intervalle entre 1996-1997 et 1998-1999, on s'est fondé sur l'état de santé observé en 1996-1997.

La définition du *poids* en 1994-1995 repose sur l'indice de masse corporelle (IMC), qui se calcule en divisant le poids exprimé en kilos par le carré de la taille exprimée en mètres. Les valeurs de l'IMC ont été regroupées en deux catégories : embonpoint (IMC > 27) et sans embonpoint (IMC ≤ 27, catégorie de référence). Il convient de se servir avec prudence de l'IMC calculé d'après des valeurs autodéclarées du poids et de la taille. Le rapetissement et la perte de masse osseuse qui caractérisent le vieillissement sont des facteurs qui rendent l'IMC peu fiable, particulièrement pour les personnes âgées.

L'*usage du tabac* en 1994-1995 a été déterminé à l'aide des questions qui suivent : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? » et « Avez-vous déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque? ». Les personnes qui ont répondu « Tous les jours » ou « À l'occasion » à la première question ont été classées dans la catégorie des fumeurs (catégorie de référence). Celles qui ont répondu « Jamais » à la première question et « Oui » à la seconde ont été classées dans la catégorie des anciens fumeurs. Les personnes qui ont répondu « Non » aux deux questions ont été classées dans la catégorie des personnes qui n'ont jamais fumé.

L'évaluation du *sentiment de contrôle* en 1994-1995 a été faite en posant sept questions visant à déterminer la mesure dans laquelle la personne avait le sentiment de contrôler son existence²⁹. Au moyen d'une échelle à cinq points allant de « Tout à fait d'accord » (cote de 0) à « Entièrement en désaccord » (cote de 4), les participants à l'enquête ont répondu aux énoncés suivants :

1. Vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive.
2. Vous ne pouvez vraiment rien faire pour résoudre certains de vos problèmes.
3. Vous ne pouvez pas faire grand-chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie.
4. Vous vous sentez souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie.
5. Vous trouvez parfois que vous vous faites malmener par la vie.
6. Ce que votre avenir renferme dépend surtout de vous-même (cote inverse).
7. Vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire (cote inverse).

Une cote inférieure à 20 correspond à un faible sentiment de contrôle (catégorie de référence), tandis qu'une cote égale ou supérieure à 20 témoigne d'un sentiment modéré ou prononcé de contrôle. Les cotes indiquant un sentiment modéré ou prononcé de contrôle sont supérieures au 46^e percentile de la distribution pondérée des valeurs de la variable dans le fichier de données transversales de 1994-1995.

L'appréciation du *niveau d'activité sociale* en 1994-1995 a été faite en demandant aux personnes interrogées d'indiquer si elles avaient participé aux activités d'associations ou d'organismes bénévoles, ou assisté à des services religieux au cours de l'année précédente. À cet égard, les questions suivantes leur ont été posées :

1. Êtes-vous membre d'un organisme ou d'une association à but non lucratif comme une association scolaire, un groupe confessionnel, un centre communautaire, une association ethnique, un club social, un regroupement de citoyens ou une société fraternelle?

Aux personnes qui ont répondu « Non », on a posé la question 3. À celles qui ont répondu « Oui », on a posé la question suivante :

2. Combien de fois avez-vous assisté aux réunions ou participé aux activités de ces groupes au cours des 12 derniers mois? Si vous êtes membre de plus d'un organisme, pensez à celui dans lequel vous êtes le(la) plus actif(ve).

Toutes les personnes se sont en outre vu poser la question suivante :

3. Au cours des 12 derniers mois, en excluant les occasions spéciales (comme les mariages, funérailles ou baptêmes), combien de fois avez-vous assisté à un service religieux ou à une cérémonie du culte?

Les réponses aux questions 2 et 3 ont été évaluées au moyen d'une échelle à cinq points : 0 « Jamais », 1 « Au moins une fois par année », 2 « Au moins trois ou quatre fois par année », 3 « Au moins une fois par mois » et 4 « Au moins une fois par semaine ». Les personnes dont la cote totale était nulle ont été considérées comme ayant un niveau d'activité sociale faible (catégorie de référence) et celles qui ont obtenu une cote égale ou supérieure à 1, comme ayant un niveau d'activité sociale moyen ou élevé. Les cotes situées dans la fourchette moyenne ou élevée sont supérieures au 41^e percentile de la distribution pondérée des valeurs de la variable dans le fichier de données transversales de 1994-1995.

Pour évaluer le *stress chronique* en 1994-1995, on a demandé aux participants à l'enquête d'indiquer si 11 énoncés sur l'exposition perçue à certains facteurs de stress étaient vrais ou faux. Une cote de 1 a été attribuée à chaque réponse « vrai ». Les énoncés sont les suivants :

1. Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.
2. Vous ressentez trop de pression pour être comme les autres.
3. Les autres attendent trop de votre part.
4. Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.
5. Votre travail à la maison n'est pas apprécié.
6. Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.
7. Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas.
8. L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou pollué.
9. Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.
10. Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.
11. Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.

Une cote totale inférieure à 4 indique un stress faible ou moyen, et une cote égale ou supérieure à 4 équivaut à un stress intense (catégorie de référence). Les cotes exprimant un stress faible ou moyen sont inférieures au 79^e percentile de la distribution pondérée des valeurs de la variable dans le fichier de données transversales de 1994-1995.

Mot de la fin

Commencer à se livrer à une activité physique et continuer de le faire est un processus complexe. Après des années de campagnes en vue de promouvoir les bienfaits d'un mode de vie actif pour la santé^{1-3,13,14}, la plupart des Canadiens et des Canadiennes demeurent inactifs durant leurs loisirs. De surcroît, une forte proportion de personnes auparavant actives ont cessé de faire de l'exercice durant leurs loisirs. Or, vanter les bienfaits de l'exercice ne semble pas suffire, en soi, à inciter les gens à devenir actifs ou à le demeurer.

Les adultes ne sont pas tous aussi susceptibles les uns que les autres de devenir actifs ni, quand ils le sont devenus, de persévérer, comme en témoignent les résultats fondés sur les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Des facteurs environnementaux, sociaux et psychologiques peuvent favoriser ou prévenir l'activité physique. Les facteurs environnementaux englobent les caractéristiques communautaires ou familiales qui suscitent et entretiennent certains comportements ayant un effet sur la santé³⁰. Par exemple, certaines personnes pourraient avoir peu de contrôle sur leur emploi du temps à cause de leurs responsabilités familiales. Les facteurs psychologiques ont trait à la façon dont une personne perçoit son environnement et réagit aux événements stressants de la vie quotidienne³¹. Les ressources personnelles, comme l'aptitude à faire face à la vie et le sentiment de contrôle, pourraient déterminer si une personne arrivera à surmonter les obstacles qui l'empêchent de se livrer à une activité physique.

Promouvoir sans relâche les bienfaits de l'activité physique sur la santé importe donc pour inciter un plus grand nombre de personnes à commencer et à continuer à faire de l'exercice³². Cependant, intervenir efficacement suppose de bien comprendre les obstacles environnementaux, sociaux et psychologiques à l'adoption et au maintien d'un mode de vie actif³⁰. Or, selon les données de l'ENSP, puisque les hommes et les femmes diffèrent sur le plan des facteurs qui les incitent à devenir et à demeurer actifs, mieux vaudrait peut-être adapter les stratégies selon le sexe¹⁵. ●

Références

1. Ministère de la Santé et du Bien-être social, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Rapport Lalonde), Ottawa, ministère de la Santé et du Bien-être social, 1974.
2. Santé Canada et Société canadienne de physiologie de l'exercice, *Cahier d'accompagnement du Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine* (n° de catalogue H39-429/1998-2F), Ottawa, Santé Canada, 1998.
3. Santé Canada et Société canadienne de physiologie de l'exercice, *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine pour les aînés* (n° de catalogue H39-429/1999-1F), Ottawa, Santé Canada, 1999.
4. US Department of Health and Human Services, *Physical activity and health. A report of the Surgeon General* (n° de catalogue S/N 017-023-00196-5), Pittsburgh, Pennsylvania, Superintendent of Documents, 1996.
5. J. Chen et W.J. Millar, « Les conséquences de l'activité physique sur la santé », *Rapports sur la santé*, 11(1), 1999, p. 21-31 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. Statistique Canada, *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997* (n° 82-567 au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1999.
7. J.F. Sallis, W.L. Haskell, S.P. Fortmann *et al.*, « Predictors of adoption and maintenance of physical activity in a community sample », *Preventive Medicine*, 15, 1986, p. 331-341.
8. J.F. Sallis, M.F. Hovell et C.R. Hofstetter, « Predictors of adoption and maintenance of vigorous physical activity in men and women », *Preventive Medicine*, 21, 1992, p. 237-251.
9. A.L. Dunn, « Getting started—a review of physical activity adoption studies », *British Journal of Sport and Medicine*, 30, 1996, p. 193-119.
10. R.K. Dishman et J.F. Sallis, « Determinants and interventions for physical activity and exercise », publié sous la direction de C. Bouchard, R.J. Shephard et T. Stephens, *Physical Activity, Fitness, and Health*, Champaign, Illinois, Human Kinetics, 1994, p. 214-238.
11. R.K. Dishman, J.F. Sallis et D.R. Orenstein, « The determinants of physical activity and exercise », *Public Health Reports*, 100(2), 1985, p. 158-171.
12. T. Stephens, D. Jacobs et C.C. White, « A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity », *Public Health Reports*, 100(2), 1985, p. 147-158.
13. T. Stephens, C.L. Craig et B.F. Ferris, « Adult physical activity in Canada: findings from the Canada Fitness Survey », *Revue canadienne de santé publique*, 77(4), 1986, p. 285-290.
14. T. Stephens, « L'activité physique de loisir », publié sous la direction de T. Stephens et D. Fowler Graham, *Enquête promotion de la santé 1990; rapport technique*, p. 147-159 (Santé et Bien-être social Canada, n° de catalogue H39-263/2-1990F), Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1993.
15. C.B. Eaton, J. Reynes et A.R. Assaf, « Predicting physical activity change in men and women in two New England communities », *American Journal of Preventive Medicine*, 9(4), 1993, p. 209-219.

16. L.C. Burton, S. Shapiro et P.S. German, « Determinants of physical activity initiation and maintenance among community-dwelling older persons », *Preventive Medicine*, 29, 1999, p. 422-430.
17. C.A. Macera, J.B. Croft, D.R. Brown *et al.*, « Predictors of adopting leisure-time physical activity among a biracial community cohort », *American Journal of Epidemiology*, 142(6), 1995, p. 629-635.
18. G.A. Kaplan et N.B. Lazarus, « Psychosocial factors in the natural history of physical activity », *American Journal of Preventive Medicine*, 7(1), 1991, p. 12-17.
19. Statistique Canada, Division de la statistique de la santé, Annexe : Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), *Rapports sur la santé*, 11(3), 1999, p. 125 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
20. 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).
21. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « 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).
22. K.J. Rothman et S. Greenland, « Measures of disease frequency », publié sous la direction de K.J. Rothman et S. Greenland, *Modern Epidemiology*, Second Edition, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1998, p. 29-64.
23. J.N.K. Rao, G.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).
24. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 283-310.
25. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
26. Statistique Canada, Annexe F : Variables dérivées, Enquête nationale sur la santé de la population, *Fichiers de microdonnées à grande diffusion 1994-1995* (n° 82F0001XCB au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1995, p. 17-20.
27. J. Knapik, J. Zoltick, H.C. Rottner *et al.*, « Relationships between self-reported physical activity and physical fitness in active men », *American Preventive Medicine*, 9(4), 1993, p. 203-208.
28. S. Schieman et H.A. Turner, « Age, disability, and sense of mastery », *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 1998, p. 169-186.
29. L.I. Perlin et C. Schooler, « The structure of coping », *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 1978, p. 2-21.
30. J.W. Lynch, G.A. Kaplan et J.T. Salonen, « Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse », *Social Science of Medicine*, 44(6), 1997, p. 809-819.
31. M. Droomers, C.T. Schrijvers, H. Van de Mheen *et al.*, « Education differentials in leisure-time physical inactivity: a descriptive and explanatory study », *Social Science and Medicine*, 47(11), 1998, p. 1665-1676.
32. J.R. Morrow, A.W. Jackson, T.L. Bazzarre *et al.*, « A one-year follow-up to physical activity and health: a report of the Surgeon General », *American Journal of Preventive Medicine*, 17(1), 1999, p. 24-30.

Annexe

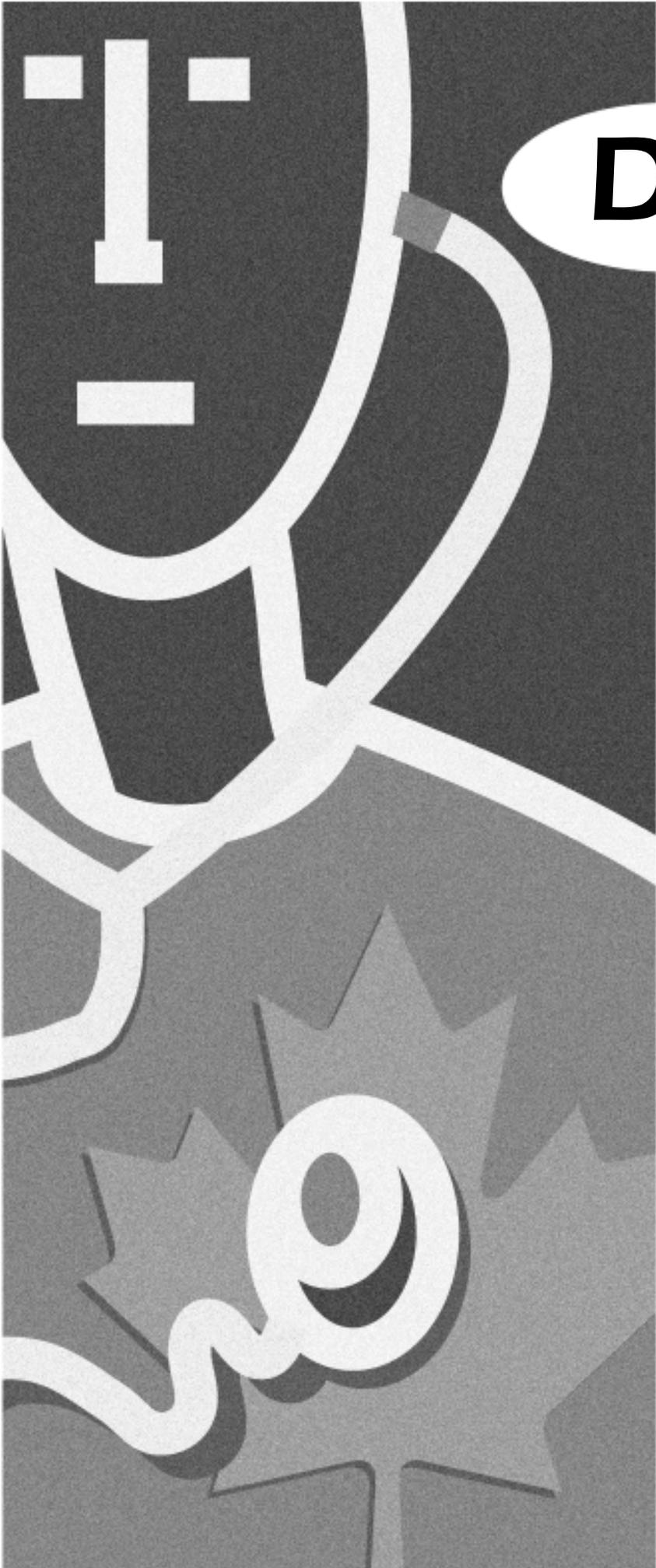
Tableau A
Caractéristiques de la population à domicile de 20 ans et plus, selon le niveau d'activité, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Taille de l'échantillon	Population en milliers	Niveau d'activité		
			Total	Personnes inactives %	Personnes actives
Total	11 026	19 270	100,0	62,1	37,9
Sexe					
Hommes	4 805	9 175	100,0	58,3	41,7
Femmes	6 221	10 095	100,0	65,7	34,4
Groupe d'âge					
20 à 34 ans	3 247	5 955	100,0	58,8	41,2
35 à 44 ans	2 286	4 722	100,0	63,0	37,0
45 à 64 ans	3 176	5 628	100,0	63,3	36,7
65 ans et plus	2 317	2 964	100,0	65,3	34,7
Niveau de scolarité					
Pas de diplôme d'études secondaires	3 182	4 677	100,0	69,2	30,8
Diplôme d'études secondaires/études postsecondaires partielles	4 374	8 014	100,0	61,8	38,3
Diplôme d'études postsecondaires	3 454	6 537	100,0	57,6	42,4
Données manquantes	16	42	--	--	--
État matrimonial					
Marié(e) ou vit avec un(e) conjoint(e)	6 584	13 203	100,0	63,0	37,0
Pas marié(e) à l'heure actuelle	4 442	6 067	100,0	60,3	39,7
Catégorie de ménage					
Parent(s) avec enfant(s) de moins de 18 ans	3 546	11 606	100,0	65,2	34,8
Autre	7 480	7 665	100,0	60,1	39,9
Perception de l'état de santé					
Excellente/très bonne/bonne	9 546	17 140	100,0	60,7	39,3
Passable/mauvaise	1 480	2 131	100,0	74,0	26,0
Indice de masse corporelle (IMC)					
Embonpoint (IMC > 27)	3 462	5 768	100,0	65,2	34,8
Sans embonpoint (IMC ≤ 27)	7 316	13 050	100,0	60,3	39,7
Données manquantes	248	452	--	--	--
Usage du tabac					
Fumeur	3 242	5 488	100,0	65,3	34,8
Ancien fumeur	3 777	6 474	100,0	59,3	40,7
Personne n'ayant jamais fumé	4 003	7 288	100,0	62,2	37,8
Données manquantes	4	19	--	--	--
Sentiment de contrôle					
Faible	5 828	10 474	100,0	66,7	33,3
Modéré/prononcé	5 090	8 554	100,0	58,2	41,9
Données manquantes	108	241	--	--	--
Niveau d'activité sociale					
Faible	4 191	7 752	100,0	64,0	36,0
Moyen/élevé	6 775	11 379	100,0	60,8	39,2
Données manquantes	60	138	--	--	--
Stress chronique					
Faible/modéré	8 816	15 085	100,0	61,3	38,7
Intense	2 167	4 078	100,0	64,7	35,3
Données manquantes	43	108	--	--	--

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

-- Échantillon trop petit pour produire une estimation fiable.



Données disponibles

Aperçu des données sur la santé
produites récemment par
Statistique Canada

Décès, 1998

Une femme née en 1998 pouvait encore s'attendre à vivre plus longtemps qu'un homme, selon les dernières données de l'état civil. En 1998, l'espérance de vie à la naissance a atteint un niveau record tant chez les hommes que chez les femmes. L'espérance de vie à la naissance était en moyenne de 76,1 ans chez les hommes, ce qui représente 0,3 an de plus qu'en 1997. Cependant, elle n'a augmenté que légèrement chez les femmes, ayant atteint 81,5 ans en 1998, ou 0,1 an de plus qu'en 1997.

L'écart observé dans l'espérance de vie selon le sexe a diminué au cours des deux dernières décennies, passant de 7,1 ans en 1981 à 5,5 ans en 1998. En 1998, l'écart était le plus grand au Nouveau-Brunswick (6,3 ans) et le plus petit à l'Île-du-Prince-Édouard (4,9 ans).

Le nombre de décès continue d'augmenter parce que la population s'accroît et vieillit. En 1998, le nombre de décès a atteint 218 091, en hausse de 1,1 % par rapport à 1997. Il s'établissait à 113 007 chez les hommes (0,9 % de plus) et à 105 084 chez les femmes (1,4 % de plus). Le taux brut de mortalité (nombre de décès pour 1 000 habitants) était de 7,2 en 1998, c'est-à-dire le même qu'en 1997; il était en légère hausse par rapport au taux de 7,1 observé en 1988.

Les tableaux standards *Décès, 1998* (n° 84F0211XPB, 20 \$) sont maintenant en vente. Pour commander ce produit ou des totalisations personnalisées, communiquez avec les Services personnalisés à la clientèle au (613) 951-1746 (hd-ds@statcan.ca), Division de la statistique de la santé. Télécopieur : (613) 951-0792. D'autres tableaux standards, *Les principales causes de décès à différents âges, Canada, 1998* (n° 84F0503XPB, 20 \$), sont aussi disponibles. *Mortalité, liste sommaire des causes, 1998* (n° 84F0209XIB, gratuit; n° 84F0209XPB, 20 \$) et *Causes de décès, 1998* (n° 84F0208XPB, 20 \$) seront disponibles sous peu. Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données, communiquez avec Ghislaine Villeneuve au (613) 951-1641 (villghi@statcan.ca), Division de la statistique de la santé, Statistique Canada.

Soins de santé au Canada, 2001

Publiée conjointement par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada, la publication intitulée *Les soins de santé au Canada 2001* examine le système de soins de santé au Canada. Cette publication fournit des renseignements sur les professionnels qui offrent des soins de santé, ainsi que de l'information sur les résultats des soins prodigués en milieu hospitalier et sur les coûts associés à de tels soins.

Un rapport complémentaire intitulé *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*, deuxième rapport de la série sous le titre *La santé de la population canadienne*, examine les différences entre hommes et femmes en ce qui a trait aux attitudes et aux comportements à l'égard de la santé.

Les soins de santé au Canada 2001 est accessible dans le site Web de l'ICIS (www.cihi.ca). *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme (Rapports sur la santé, vol. 12, n° 3)* est offert gratuitement dans le site Web de Statistique Canada (www.statcan.ca; n° 82-003-XIF, gratuit) ou en version sur papier (n° 82-003-XPB, 20 \$ / 58 \$).

Pour plus de renseignements, communiquez avec Sylvia Ralph-Thibodeau au (613) 241-7860 (sthibodeau@cihi.ca), Institut canadien d'information sur la santé, ou avec Kathryn Wilkins au (613) 951-1769 (kathryn.wilkins@statcan.ca), Division de la statistique de la santé, Statistique Canada.

Indicateurs de la santé, 2001

Indicateurs de la santé est un produit de données accessible sur Internet qui se présente sous forme de publication électronique préparée par Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs de la santé* contient un ensemble d'indicateurs mesurant la santé de la population canadienne et décrivant le système de santé. Les indicateurs, conçus de façon à permettre des comparaisons à l'échelle du Canada, des provinces et territoires et des régions socio-sanitaires, se fondent sur des définitions et des méthodes normalisées.

Ces indicateurs sont regroupés en quatre catégories : l'état de santé (problèmes de santé, taux de mortalité, mesures du bien-être); les déterminants non médicaux de la santé (caractéristiques

socioéconomiques, comportement et santé); le rendement du système de santé (mesures de l'accessibilité, pertinence et efficacité des services de santé) ainsi que les caractéristiques des collectivités et du système de santé (renseignements contextuels).

La publication offre notamment des faits saillants et des tableaux de données présentées selon le sexe, l'âge et différents niveaux géographiques. Les sources de données utilisées sont l'Enquête nationale sur la santé de la population, l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, la base de données de l'état civil et le Recensement de la population de 1996.

Indicateurs de la santé, volume 2001, numéro 1 (n° 82-221-XIF, gratuit) est accessible dans le site Web de Statistique Canada (www.statcan.ca). Pour plus de renseignements, communiquez avec Josée Lazard au (613) 951-2412 (josee.lazard@statcan.ca), Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, ou avec Sylvia Ralph-Thibodeau au (613) 241-7860 (sthibodeau@cihi.ca), Institut Canadien d'information sur la santé.

Mortinaissances, 1998

En 1998, le Canada a enregistré un nombre plus faible que jamais de mortinaissances à 28 semaines complètes de gestation ou plus. Les autorités médicales ont ainsi déclaré 1 079 mortinaissances en 1998, ce qui représente une baisse de 8,1 % par rapport à 1997. Depuis 1990, le nombre de morts fœtales en fin de période de gestation a baissé de 30,8 %.

En 1998, le nombre de mortinaissances survenues à 28 semaines de gestation ou plus était de 3,1 pour 1 000 naissances totales (nombre total de naissances vivantes et de mortinaissances), comparativement à 3,4 en 1997 et à 3,8 en 1990. Ces progrès prolongent une tendance de longue date qui remonte aux années 1920, période où l'on a commencé à recueillir des données sur les mortinaissances. Le taux de mortinatalité calculé pour 1998 est égal au dixième environ de ce qu'il était en 1928, où l'on a enregistré au Canada 30,5 mortinaissances pour 1 000 naissances totales.

En 1998, 1 987 mortinaissances pour lesquelles l'âge gestationnel était de 20 semaines ou plus (5,8

pour 1 000 naissances totales) ont été déclarées, ce qui équivaut à une baisse de 7,3 % par rapport à 1997 et de 18,1 % par rapport à 1990. Ce nombre comprend quelques mortinaissances pour lesquelles la durée de la gestation n'est pas connue ou dont la période de gestation est de moins de 20 semaines, mais pour lesquelles le poids du fœtus est d'au moins 500 grammes.

Comparativement aux autres femmes, le taux de mortinatalité est nettement plus élevé chez les femmes d'âge mûr : 11,2 pour 1 000 naissances à 20 semaines ou plus chez les femmes de 40 à 44 ans et 15,9 pour 1 000 chez celles de 45 ans et plus. Les femmes de 20 à 34 ans sont celles qui ont connu le taux de mortinatalité le plus faible, soit 5,3. Chez les adolescentes, il est un peu plus élevé, soit 7,6 pour 1 000 naissances.

Le risque de mortinaissance est plus prononcé en cas de grossesse multiple. En 1998, 0,5 % seulement des grossesses uniques se sont terminées par une mortinaissance à 20 semaines de gestation ou plus. Par contre, la proportion est de 1,7 % pour les grossesses gémellaires et de 2,4 % pour les grossesses triples.

La publication *Naissances : tableaux standards, 1998* (n° 84F0210XPB, 20 \$) contient des données à la fois sur les naissances et sur les mortinaissances. Pour commander les tableaux ou pour faire une demande de totalisations spéciales, communiquez avec les Services personnalisés à la clientèle au (613) 951-1746 (hd-ds@statcan.ca), Division de la statistique de la santé. Télécopieur : (613) 951-0792. Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données, communiquez avec Ghislaine Villeneuve au (613) 951-1641 (villghi@statcan.ca), Division de la statistique de la santé, Statistique Canada.

Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2000

Le Canada compte plus d'anciens fumeurs que de fumeurs actuels, selon les données de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC). Cette enquête, menée entre février et juin 2000 par Statistique Canada pour le compte de Santé Canada,

indique qu'environ 5,9 millions de personnes, environ 24 % de la population de 15 et plus, fumaient quotidiennement ou occasionnellement. Par contre, 26 % de la population, environ 6 millions de personnes, a dit avoir cessé de fumer.

Les jeunes adultes de 20 à 24 ans avaient encore la plus forte proportion de fumeurs de tous les groupes d'âge. Environ 35 % des hommes et 30 % des femmes de ce groupe d'âge ont dit qu'ils fumaient. Les adolescents de 15 à 19 ans ont le deuxième taux le plus élevé d'usage du tabac, soit approximativement 26 %.

La consommation de cigarettes est faible en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba et à Terre-Neuve, autant de provinces où les taxes et les prix sont particulièrement élevés. Les fumeurs de ces provinces ont consommé en moyenne de 14,0 à 15,5 cigarettes par jour. Dans les autres provinces, la consommation variait de 17,5 à 18,0 cigarettes par jour.

Pour plus de renseignements concernant l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, communiquez avec Anne Zaborski au (613) 954-0152 (anne_zaborski@hc-sc.gc.ca), Programme de contrôle du tabac, Santé Canada, ou visitez le site Web du programme (www.hc-sc.gc.ca/hppb/tabac/f_ctums_splash.html).

Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000

Le *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2000* et *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence* sont maintenant disponibles. Ces documents ont été publiés par le Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant de Santé Canada en collaboration avec le Système canadien de surveillance périnatale. Chacun comporte des indicateurs tirés de données de Statistique Canada. Les données sont notamment celles de l'état civil portant sur les naissances vivantes, les mortinaissances et la mortalité infantile. Les rapports se fondent en outre sur des données concernant l'hospitalisation ainsi que sur des données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population et de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes.

Le *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2000* et *Les indicateurs de la santé périnatale au Canada : Manuel de référence* sont offerts gratuitement dans Internet aux adresses respectives suivantes : 1) www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cphr_rspc00/index_f.html 2) www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/reprod/phic_ispc/index_f.html. Pour plus de renseignements, communiquez avec Ernesto Delgado (613) 941-2395 (Ernesto_Delgado@hc-sc.gc.ca), télécopieur : (613) 941-9927, ou avec les membres du Système canadien de surveillance périnatale (cpss@hc-sc.gc.ca).

Statistiques sur la santé mentale, 1996-1997 et 1997-1998

En 1997-1998, le taux de départs des personnes atteintes d'un trouble mental enregistré dans les hôpitaux généraux et psychiatriques du Canada a baissé de 1 % par rapport à l'année précédente, se chiffrant ainsi à 680 départs pour 100 000 personnes. En tout, 204 425 départs de personnes atteintes d'un trouble mental ont été déclarés durant cette période, les hôpitaux généraux ayant enregistré 86 % de ces départs.

Le nombre total de journées d'hospitalisation pour trouble mental a diminué pour atteindre 11,2 millions en 1997-1998, en baisse de 9 % par rapport aux 12,3 millions de journées enregistrées en 1996-1997. La baisse a été entièrement attribuable à la diminution du nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux.

En 1997-1998, la durée moyenne globale de l'hospitalisation pour trouble mental a diminué comparativement à l'année précédente, passant de 59,5 journées à 55,0 journées. L'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques était d'une durée moyenne de 254,5 jours comparativement à 22,9 jours dans les hôpitaux généraux. La durée moyenne de l'hospitalisation pour trouble mental est considérablement plus longue que la moyenne de 8,9 jours observée pour l'ensemble des hospitalisations (à la suite, par exemple, d'un cancer ou d'une maladie respiratoire ou circulatoire).

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille les données sur la santé mentale depuis 1994-1995. Pour plus de renseignements ou

pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données, communiquez avec Karen McCarthy au (613) 241-7860, Institut canadien d'information sur la santé. Télécopieur : (613) 241-8120. Pour des renseignements chronologiques, communiquez avec la Section des services personnalisés à la clientèle au (613) 951-1746 (hd-ds@statcan.ca), Division de la statistique de la santé, Statistique Canada. Télécopieur : (613) 951-0792.

Index par sujet, volumes 8 à 12

A

Accessibilité aux services de santé

À quelle distance se trouve le médecin le plus proche? E. Ng, R. Wilkins, J. Pole *et al.*, 8(4), 1997, p. 21-34.

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaire. W.J. Millar et D. Locker, 11(1), 1999, p. 59-72.

Disparités des régimes d'assurance-médicaments. W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 9-30.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Accident cérébrovasculaire

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet *et al.*, 11(4), 2000, p. 27-41.

Accidents

Chutes, gens âgés et recours aux services de santé. K. Wilkins, 10(4), 1999, p. 47-57.

Stress et bien-être dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Adolescent(e)

Voir Jeunesse

Aînés

Voir aussi Vieillesse

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

Chutes, gens âgés et recours aux services de santé. K. Wilkins, 10(4), 1999, p. 47-57.

Les conducteurs âgés – un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

L'état de santé des personnes âgées. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 53-69.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées. K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

La polymédication chez les personnes âgées. W.J. Millar, 9(4), 1998, p. 11-18.

Les soins à domicile au Canada. K. Wilkins et E. Park, 10(1), 1998, p. 31-40.

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Alcool

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 93-101.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

La santé : à prendre ou à laisser! dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Anévrismes de l'aorte abdominale

Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différences selon le sexe. G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, 9(1), 1997, p. 9-18.

Arthrite

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

Assurance-maladie

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaire. W.J. Millar et D. Locker, 11(1), 1999, p. 59-72.

Disparités des régimes d'assurance-médicaments. W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 9-30.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Asthme

L'asthme chez l'enfant. W.J. Millar et G.B. Hill, 10(3), 1998, p. 9-22.

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Avortements

Voir aussi Avortements spontanés

État matrimonial et avortement. S. Wadhwa et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 19-27.

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. S. Wadhwa et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 9-17.

Issue des grossesses. S. Wadhwa et W.J. Millar, 8(1), 1996, p. 7-16.

Avortements spontanés

Voir aussi Avortements

Grossesse chez les adolescents. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. S. Wadhwa et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 9-17.

Issue des grossesses. S. Wadhwa et W.J. Millar, 8(1), 1996, p. 7-16.

B

Blessures

Voir Accidents

Blessures sportives

Facteurs liés au port du casque à vélo. W.J. Millar et I.B. Pless, 9(2), 1997, p. 33-42.

C

Cancer

Cancer du côlon et du rectum : incidence et mortalité. L. Gibbons, C. Waters, Y. Mao *et al.*, 12(2), 2001, p. 47-62.

Évolution des tendances de l'incidence du mélanome et de la mortalité par ce cancer. L.A. Gaudette et R.-N. Gao, 10(2), 1998, p. 33-46.

Incidence du cancer et mortalité due au cancer, 1997. Le Comité directeur des statistiques canadiennes sur le cancer *et al.*, 8(4), 1997, p. 43-54.

L'incidence du cancer et de la mortalité par cancer au Canada. L.A. Gaudette, C.A. Altmayer, M. Wysocki *et al.*, 10(1), 1998, p. 55-72.

Mortalité – Tendances dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

Le non-respect des lignes directrices quant au test de Papanicolaou. J. Lee, G.F. Parsons et J. Gentleman, 10(1), 1998, p. 9-21.

Le point sur la mortalité par cancer du sein, 1995. L.A. Gaudette, R.-N. Gao, M. Wysocki *et al.*, 9(1), 1997, p. 33-36.

Qui ne se fait pas mammographier? J.F. Gentleman et J. Lee, 9(1), 1997, p. 19-29.

Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer. L.A. Gaudette, C. Silberberger, C.A. Altmayer *et al.*, 8(2), 1996, p. 31-40.

Tendances relatives à l'utilisation de la mammographie, 1981 à 1994. L.A. Gaudette, C.A. Altmayer, K.M.P. Nobrega *et al.*, 8(3), 1996, p. 19-30.

Causes de décès

Voir aussi Mortalité

Causes multiples de décès. K. Wilkins, M. Wysocki, C. Morin *et al.*, 9(2), 1997, p. 21-32.

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

La mortalité dans les régions métropolitaines. H. Gilmour et J.F. Gentleman, 11(1), 1999, p. 9-20.

Mortalité – Tendances dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

Césariennes

Diminution du taux de césariennes : la tendance va-t-elle se poursuivre? W.J. Millar, C. Nair et S. Wadhwa, 8(1), 1996, p. 17-24.

Risques de la maternité à un âge avancé. Y.C. MacNab, J. Macdonald et T.A. Tuk, 9(2), 1997, p. 43-53.

Chirurgie

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différences selon le sexe. G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, 9(1), 1997, p. 9-18.

Collecte de données

Voir aussi Enquêtes sur la santé

Causes multiples de décès. K. Wilkins, M. Wysocki, C. Morin et al., 9(2), 1997, p. 21-32.

Enquête nationale sur la santé de la population – déclaration par procuration. M. Shields, 12(1), 2000, p. 23-44.

Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale. L. Swain, G. Catlin et Marie P. Beaudet, 10(4), 1999, p. 73-89.

Conducteurs

Les conducteurs âgés – un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

Consommation de médicaments

Voir Usage de médicaments

Contraception

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet et al., 11(4), 2000, p. 27-41.

Consultation externe

Voir aussi Soins de santé

La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995. P. Tully et É. Saint-Pierre, 8(4), 1997, p. 35-42.

D

Décès

Voir aussi Causes de mortalité

Diminution des écarts de mortalité, de 1978 à 1995. F. Nault, 9(1), 1997, p. 37-43.

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

Évolution des tendances de l'incidence du mélanome et de la mortalité par ce cancer. L.A. Gaudette et R.-N. Gao, 10(2), 1998, p. 33-46.

L'incidence du cancer et de la mortalité par cancer au Canada. L.A. Gaudette, C.A. Altmayer, M. Wysocki et al., 10(1), 1998, p. 55-72.

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 85-91.

La mortalité dans les régions métropolitaines. H. Gilmour et J.F. Gentleman, 11(1), 1999, p. 9-20.

Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995. F. Nault, 9(3), 1998, p. 43-51.

Mortalité – Tendances dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins et al., 10(2), 1998, p. 57-70.

Profils mensuels et quotidiens des décès. R. Trudeau, 9(1), 1997, p. 45-53.

Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer. L.A. Gaudette, C. Silberberger, C.A. Altmayer et al., 8(2), 1996, p. 31-40.

Démence

Démence chez les personnes âgées. G. Hill, W. Forbes, J.-M. Berthelot et al., 8(2), 1996, p. 7-11.

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle et al., 11(4), 2000, p. 55-68.

Dépendance

Voir aussi Soutien social

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, 8(3), 1996, p. 31-41.

L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991. E. Ng, 8(1), 1996, p. 25-33.

Mortalité - Tendances dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. K. Wilkins et E. Park, 8(3), 1996, p. 7-17.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Stress et bien-être dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle et al., 11(4), 2000, p. 55-68.

Dépression

Voir aussi Santé mentale

Les conséquences de l'activité physique sur la santé. J. Chen et W.J. Millar, 11(1), 1999, p. 21-31.

La dépression : un trouble partiellement traité? B. Diverty et M.P. Beaudet, 8(4), 1997, p. 9-19.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

La santé des mères seules. C. Pérez et M.P. Beaudet, 11(2), 1999, p. 23-36.

Santé psychologique – la dépression. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 71-84.

Stress et bien-être dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

Diabète sucré

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

La santé des diabétiques au Canada. R. James, T. K. Young, C. A. Mustard et al., 9(3), 1998, p. 53-9.

Divorce

Divorces des années 1990. J.F. Gentleman et E. Park, 9(2), 1997, p. 57-62.

Dossiers médicaux

Voir Collecte de données

Enquêtes sur la santé

Douleur

Migraine. H. Gilmour et K. Wilkins, 12(2), 2001, p. 25-45.

Stress et bien-être dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

E

Enfants

Voir aussi Jeunesse

L'asthme chez l'enfant. W.J. Millar et G.B. Hill, 10(3), 1998, p. 9-22.

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

Enquêtes sur la santé

Voir aussi Collecte de données

Enquête nationale sur la santé de la population – déclaration par procuration. M. Shields, 12(1), 2000, p. 23-44.

Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale. L. Swain, G. Catlin et Marie P. Beaudet, 10(4), 1999, p. 73-89.

Équipement de sécurité

Facteurs liés au port du casque à vélo. W.J. Millar et I.B. Pless, 9(2), 1997, p. 33-42.

Espérance de vie

Voir aussi Indicateurs du statut de la santé

Démence chez les personnes âgées. G.B. Hill, W. Forbes, J.-M. Berthelot et al., 8(2), 1996, p. 7-11.

Diminution des écarts de mortalité, de 1978 à 1995. F. Nault, 9(1), 1997, p. 37-43.

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

Espérance de vie ajustée sur la santé. M.C. Wolfson, 8(1), 1996, p. 43-49.

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 85-91.

Mortalité – Tendances dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

Établissements de soins de santé

Voir aussi Hôpitaux

Viellir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle et al., 11(4), 2000, p. 55-68.

États-Unis

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 85-91.

Exercice

Commencer et continuer à faire de l'exercice. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 35-47.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 93-101.

Les conséquences de l'activité physique sur la santé. J. Chen et W.J. Millar, 11(1), 1999, p. 21-31.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 25-34.

La santé : à prendre ou à laisser dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2000, p. 93-101.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet et al., 11(4), 2000, p. 27-41.

F**Familles monoparentales**

La santé des mères seules. C. Pérez et M.P. Beaudet, 11(2), 1999, p. 23-36.

Fractures

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées. K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

G**Grossesse**

Voir aussi Naissances

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

Grossesse chez les adolescentes. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. S. Wadhwa et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 9-17.

Issue des grossesses. S. Wadhwa et W.J. Millar, 8(1), 1996, p. 7-16.

L'issue de la grossesse, le milieu social et la santé de l'enfant. J. Chen et W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 59-71.

Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin. W.J. Millar et J. Chen, 10(2), 1998, p. 47-56.

Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins et al., 10(2), 1998, p. 57-70.

L'utilisation des services hospitaliers et la grossesse. T. Werschler, 10(1), 1998, p. 23-30.

H

Hôpitaux

Voir aussi Établissements de soins de santé

La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995. P. Tully et É. Saint-Pierre, 8(4), 1997, p. 35-42.

Hormonothérapie substitutive

Caractéristiques des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive. M.P. Beaudet, W. Walop et C. Le Petit, 9(2), 1997, p. 9-19.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Hospitalisation

Caractéristiques des utilisateurs des services hospitaliers. K. Wilkins et E. Park, 9(3), 1998, p. 29-39.

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Dépenses des ménages en soins de santé. R. Chaplin et L. Earl, 12(1), 2000, p. 61-70.

Hystérectomie, 1981-1982 à 1996-1997. W.J. Millar, 12(2), 2001, p. 9-24.

Services de santé/ Autotraitement dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Tendances actuelles et futures en matière d'hospitalisation après une crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair et G. Taylor, 10(2), 1998, p. 23-31.

L'utilisation des services hospitaliers et la grossesse. T. Werschler, 10(1), 1998, p. 23-30.

Hypertension

L'état de santé à l'âge mûr. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 39-52.

L'état de santé des personnes âgées. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 53-69.

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

Maladie du coeur et population en âge de travailler. H. Johansen, 10(4), 1999, p. 31-45.

Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. K. Wilkins et E. Park, 8(3), 1996, p. 7-17.

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet et al., 11(4), 2000, p. 27-41.

Hystérectomie

Hystérectomie, 1981-1982 à 1996-1997. W.J. Millar, 12(2), 2001, p. 9-24.

I

Immigrants

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, 8(3), 1996, p. 31-41.

La tuberculose, 1994. K. Wilkins, 8(1), 1996, p. 35-41.

Indicateurs du statut de la santé

Voir aussi Espérance de vie

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, 8(3), 1996, p. 31-41.

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

Espérance de vie ajustée sur la santé. M.C. Wolfson, 8(1), 1996, p. 43-49.

L'état de santé à l'âge mûr. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 39-52.

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

L'état de santé des personnes âgées. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 53-69.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

Indice de l'état de santé

Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle et al., 11(4), 2000, p. 55-68.

J

Jeunesse

Voir aussi Enfants

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

Grossesse chez les adolescentes. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. S. Wadhwa et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 9-17.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 93-101.

L

Limitations d'activités

Les conducteurs âgés – un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, 8(3), 1996, p. 31-41.

L'état de santé à l'âge mûr. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 39-52.

L'état de santé des personnes âgées. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 53-69.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991. E. Ng, 8(1), 1996, p. 25-33.

Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. K. Wilkins et E. Park, 8(3), 1996, p. 7-17.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

Viellir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle et al., 11(4), 2000, p. 55-68.

M

Maisons de santé

Voir Établissements de soins de santé

Maladies du système circulatoire

Causes multiples de décès. K. Wilkins, M. Wysocki, C. Morin et al., 9(2), 1997, p. 21-32.

Les conséquences de l'activité physique sur la santé. J. Chen et W.J. Millar, 11(1), 1999, p. 21-31.

Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute. H. Johansen, M. Nargunkar, C. Nair et al., 1998, 9(4) p. 19-30.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 25-34.

Maladie du coeur et population en âge de travailler. H. Johansen, 10(4), 1999, p. 31-45.

Tendances actuelles et futures en matière d'hospitalisation après une crise cardiaque. H. Johansen, C. Nair et G. Taylor, 10(2), 1998, p. 23-31.

Variations ayant trait à l'angioplastie et au pontage. H. Johansen, C. Nair et G. Taylor, 10(3), 1998, p. 67-81.

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet et al., 11(4), 2000, p. 27-41.

Mammographie

Qui ne se fait pas mammographier? J.F. Gentleman et J. Lee, 9(1), 1997, p. 19-29.

Tendances relatives à l'utilisation de la mammographie, 1981 à 1994. L.A. Gaudette, C.A. Altmayer, K.M.P. Nobrega et al., 8(3), 1996, p. 19-30.

Mariage

Vingt ans de mariage. F. Nault, 8(2), 1996, p. 41-49.

Médecins

À quelle distance se trouve le médecin le plus proche? E. Ng, R. Wilkins, J. Pole et al., 8(4), 1997, p. 21-34.

Les services de santé—tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Ménopause

Caractéristiques des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive. M.P. Beaudet, W. Walop et C. Le Petit, 9(2), 1997, p. 9-19.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Migraine

Migraine. H. Gilmour et K. Wilkins, 12(2), 2001, p. 25-45.

Mortalité

Voir Décès

N

Naissances

Voir aussi Grossesse
Poids faible à la naissance

Changements des tendances de la fécondité, 1974 à 1994. D. Ford et F. Nault, 8(3), 1996, p. 43-51.

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

Grossesse chez les adolescentes. H. Dryburgh, 12(1), 2000, p. 9-21.

La grossesse chez les adolescentes, de 1974 à 1994. S. Wadhwa et W.J. Millar, 9(3), 1998, p. 9-17.

L'issue de la grossesse, le milieu social et la santé de l'enfant. J. Chen et W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 59-71.

Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin. W.J. Millar et J. Chen, 10(2), 1998, p. 47-56.

Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins *et al.*, 10(2), 1998, p. 57-70.

Risques de la maternité à un âge avancé. Y.C. MacNab, J. Macdonald et T.A. Tuk, 9(2), 1997, p. 43-53.

Néoplasme

Voir Cancer

Nutrition

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens. J. Che et J. Chen, 12(4), 2001, p. 11-24.

La santé : à prendre ou à laisser! dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

P

Personnel infirmier

Infirmiers autorisés, 1995. R. Trudeau, 8(2), 1996, p. 23-30.

Peuples autochtones

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991. E. Ng, 8(1), 1996, p. 25-33.

La santé des résidents du Nord. B. Diverty et C. Pérez, 9(4), 1998, p. 51-61.

Tendances de l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par ce cancer. L.A. Gaudette, C. Silberberger, C.A. Altmayer *et al.*, 8(2), 1996, p. 31-40.

La tuberculose, 1994. K. Wilkins, 8(1), 1996, p. 35-41.

Poids

Commencer et continuer à faire de l'exercice. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 35-47.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 93-101.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

L'insécurité alimentaire dans les ménages canadiens. J. Che et J. Chen, 12(4), 2001, p. 11-24.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 25-34.

La santé : à prendre ou à laisser! dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Poids faible à la naissance

Changements des tendances de la fécondité, 1974 à 1994. D. Ford et F. Nault, 8(3), 1996, p. 43-51.

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

L'issue de la grossesse, le milieu social et la santé de l'enfant. J. Chen et W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 59-71.

Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995. F. Nault, 9(3), 1998, p. 43-51.

Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin. W.J. Millar et J. Chen, 10(2), 1998, p. 47-56.

Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins *et al.*, 10(2), 1998, p. 57-70.

Risques de la maternité à un âge avancé. Y.C. MacNab, J. Macdonald et T.A. Tuk, 9(2), 1997, p. 43-53.

Problèmes de santé chroniques

Voir aussi Accidents cérébrovasculaire

Arthrite

Asthme

Cancer

Dépression

Diabète sucré

Hypertension

Maladies du système circulatoire

Les conducteurs âgés – un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

L'état de santé à l'âge mûr. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 39-52.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

Migraine. H. Gilmour et K. Wilkins, 12(2), 2001, p. 25-45.

Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. K. Wilkins et E. Park, 8(3), 1996, p. 7-17.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Stress et bien-être dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

Viellir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Promotion de la santé

Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité. W.J. Millar, 8(2), 1996, p. 13-22.

R

Résidents du grand nord

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

La santé des résidents du Nord, B. Diverty et C. Pérez, 9(4), 1998, p. 51-61.

Revenu

L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 85-91.

S

Santé mentale

Voir aussi Dépression

Stress, psychologique

La santé des mères seules. C. Pérez et M.P. Beaudet, 11(2), 1999, p. 23-36.

Santé psychologique – la dépression. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 71-84.

Services de santé/ Autotraitement dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Le stress au travail et la santé. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 10(3), 1998, p. 49-66.

Vieillir chez soi ou en établissement : À quoi cela tient-il ? H. Trotter, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Santé préventive

Commencer et continuer à faire de l'exercice. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 35-47.

Facteurs liés au port du casque à vélo. W.J. Millar et I.B. Pless, 9(2), 1997, p. 33-42.

Maladie cardiaque, antécédents familiaux et activité physique. J. Chen et W.J. Millar, 12(4), 2001, p. 25-34.

La santé : à prendre ou à laisser! dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

Santé professionnelle

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Quels sont les travailleurs qui fument? L.A. Gaudette, R. Richardson et S. Huang, 10(3), 1998, p. 35-47.

Le stress au travail et la santé. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 10(3), 1998, p. 49-66.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

Santé régionale

Voir aussi Soins de santé

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

La mortalité dans les régions métropolitaines. H. Gilmour et J.F. Gentleman, 11(1), 1999, p. 9-20.

Soins alternatifs

Services de santé/ Autotraitement dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Les services de santé - tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Soins à domicile

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

Services de santé/ Autotraitement dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Les soins à domicile au Canada. K. Wilkins et E. Park, 10(1), 1998, p. 31-40.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Soins de santé

Voir aussi Établissements de soins de santé

Hôpitaux

Hospitalisation

Médecins

Personnel infirmier

Santé régionale

Changements dans l'hospitalisation des enfants. C. Connors et W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 9-21.

Dépenses des ménages en soins de santé. R. Chaplin et L. Earle, 12(1), 2000, p. 61-70.

La dépression : un trouble partiellement traité? B. Diverty et M.P. Beaudet, 8(4), 1997, p. 9-19.

La rationalisation dans les hôpitaux canadiens, 1986-1987 à 1994-1995. P. Tully et É. Saint-Pierre, 8(4), 1997, p. 35-42.

La santé des mères seules. C. Pérez et M.P. Beaudet, 11(2), 1999, p. 23-36.

Services de santé/ Autotraitement dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Les services de santé - tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Soins dentaires

L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaire. W.J. Millar et D. Locker, 11(1), 1999, p. 59-72.

Dépenses des ménages en soins de santé. R. Chaplin et L. Earle, 12(1), 2000, p. 61-70.

Les services de santé - tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

Soutien social

Voir aussi Dépendance

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

Les soins à domicile au Canada. K. Wilkins et E. Park, 10(1), 1998, p. 31-40.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Vieillir chez soi ou en établissement : À quoi cela tient-il ? H. Trotter, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Statistiques de l'état civil

Voir aussi Décès

Divorce

Mariage

Naissances

L'espérance de vie. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 9-26.

L'état de santé des enfants. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 27-38.

Stress, psychologique

Voir aussi Santé mentale

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Santé psychologique – la dépression. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 71-84.

Stress et bien-être dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 23-36.

Le stress au travail et la santé. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 10(3), 1998, p. 49-66.

Travailleurs et maux de dos chroniques. C.E. Pérez, 12(1), 2000, p. 45-60.

T

Tabagisme

Attitudes à l'égard du tabac. N. Ross et C. Pérez, 10(3), 1998, p. 23-34.

Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune? J. Chen et W.J. Millar, 9(4), 1998, p. 39-48.

Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité. W.J. Millar, 8(2), 1996, p. 13-22.

Comportement à risque multiple chez les adolescents et les jeunes adultes. N.L. Galambos et L.C. Tilton-Weaver, 10(2), 1998, p. 9-21.

Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? J. Chen et W.J. Millar, 11(4), 2000, p. 9-26.

L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire. M. Stephens et J. Siroonian, 9(4), 1998, p. 31-38.

Habitudes personnelles liées à la santé : tabac, alcool, activité physique et poids. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 93-101.

L'indice de masse corporelle et la santé. J. Gilmore, 11(1), 1999, p. 33-47.

Les longues heures de travail et la santé. M. Shields, 11(2); 1999, p. 37-55.

Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin. W.J. Millar et J. Chen, 10(2), 1998, p. 47-56.

Quels sont les travailleurs qui fument? L.A. Gaudette, A. Richardson et S. Huang, 10(3), 1998, p. 35-47.

La santé : à prendre ou à laisser! dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme.* Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 11-21.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet *et al.*, 11(4), 2000, p. 27-41.

Taux de survie

Cancer du côlon et du rectum : incidence et mortalité. L. Gibbons, C. Waters, Y. Mao *et al.*, 12(2), 2001, p. 47-62.

Mortalité - Tendances dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 45-51.

Tendances saisonnières

Profils mensuels et quotidiens des décès. R. Trudeau, 9(1), 1997, p. 45-53.

Tuberculose

La tuberculose, 1994. K. Wilkins, 8(1), 1996, p. 35-41.

U

Usage de médicaments

Caractéristiques des femmes utilisant l'hormonothérapie substitutive. M.P. Beaudet, W. Walop et C. Le Petit, 9(3), 1997, p. 9-19.

Les conducteurs âgés – un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

Disparités des régimes d'assurance-médicaments. W.J. Millar, 10(4), 1999, p. 9-30.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées. K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

La polymédication chez les personnes âgées, W.J. Millar, 9(4), 1998, p. 11-18.

Services de santé/ Autotraitement dans Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. Statistique Canada, 12(3), 2001, p. 37-44.

Les services de santé – tendances récentes. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 103-123.

L'utilisation des contraceptifs oraux. K. Wilkins, H. Johansen, M.P. Beaudet *et al.*, 11(4), 2000, p. 27-41.

Chutes, gens âgés et recours aux services de santé. K. Wilkins, 10(4) 1999, p. 47-57.

Les conducteurs âgés – un dossier de santé publique compliqué. W.J. Millar, 11(2), 1999, p. 67-82.

Démence chez les personnes âgées. G.B. Hill, W. Forbes, J.-M. Berthelot *et al.*, 8(2), 1996, p. 7-11.

Espérance de vie ajustée sur la santé. M.C. Wolfson, 8(1), 1996, p. 43-49.

L'état de santé des personnes âgées. Statistique Canada, 11(3), 2000, p. 53-69.

L'hormonothérapie substitutive et l'incidence de l'arthrite. K. Wilkins, 11(2), 1999, p. 57-66.

Les médicaments et les fractures causées par une chute chez les personnes âgées. K. Wilkins, 11(1), 1999, p. 49-58.

Soutien social aux aînés et soins à domicile. K. Wilkins et M.P. Beaudet, 11(4), 2000, p. 43-53.

Les soins à domicile au Canada. K. Wilkins et E. Park, 10(1), 1998, p. 31-40.

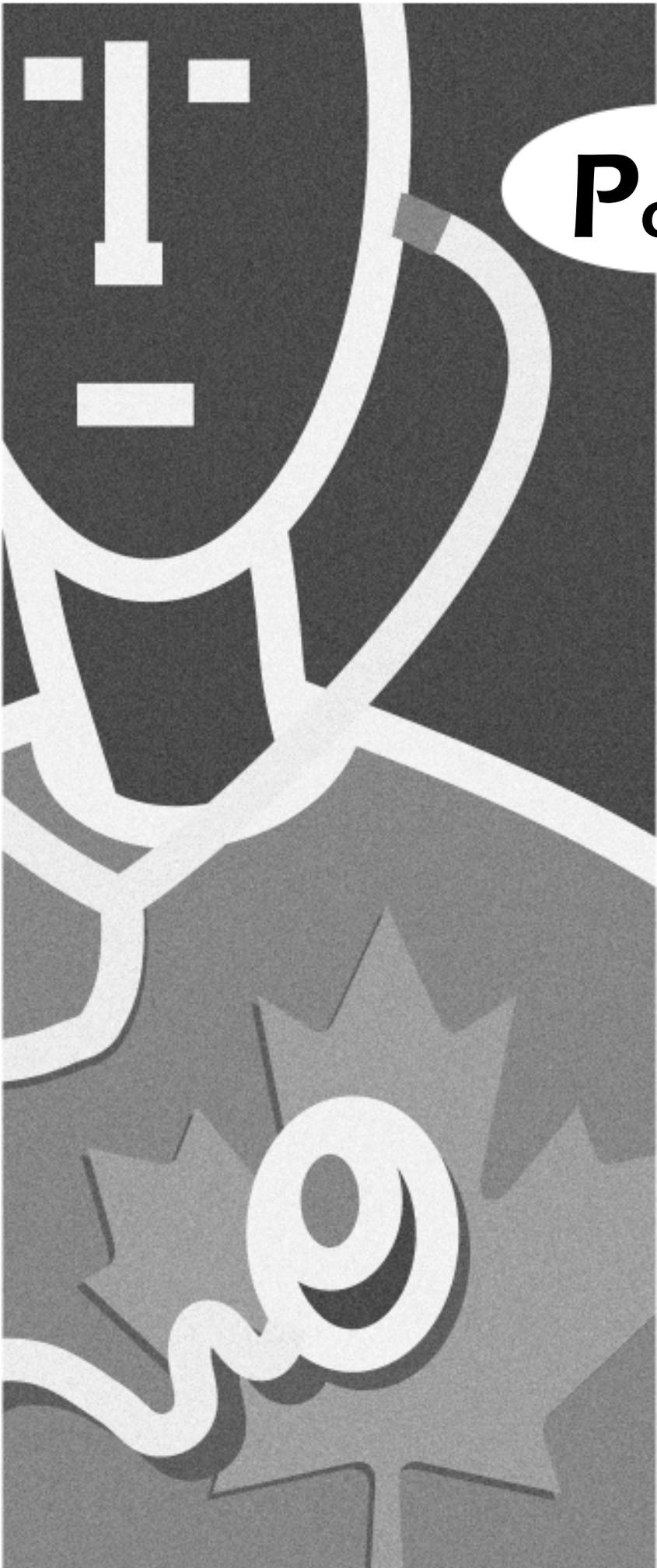
Viellir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

V

Vieillesse

Voir aussi Aînés

Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. J. Chen et R. Wilkins, 10(1), 1998, p. 41-53.

The background features a stylized, high-contrast graphic. On the left, a large, dark silhouette of a human head and neck is shown in profile, facing right. The face is composed of simple white geometric shapes: two small squares for eyes, a vertical bar for a nose, and a horizontal bar for a mouth. Below the neck, a large, white, stylized number '9' is superimposed over a dark, gear-like shape. The overall aesthetic is modern and minimalist, using a limited color palette of black, white, and shades of gray.

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



Pour obtenir les produits ci-dessous, veuillez communiquer avec :

Division du marketing, ventes et services
 Statistique Canada
 Ottawa (Ontario)
 K1A 0T6
 Téléphone : (613) 951-7277
 Ailleurs au Canada, sans frais : 1 800 267-6677
 Télécopieur : (613) 951-1584

Ou visiter notre site Web : www.statcan.ca

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) ^{†‡}
Rapports sur la santé			
· par année	82-003-XPF	Papier	58 \$
· l'exemplaire			20 \$
· par année	82-003-XIF	Internet	44 \$
· l'exemplaire			15 \$
Indicateurs de la santé, publication électronique	82-221-XIF	Internet	Gratuit
Aperçu des statistiques sur la santé	82F0075XCB	CD-ROM	100 \$
Régions socio-sanitaires en l'an 2000 – Limites, renseignements géographiques et estimations démographiques	82F0082XCB	CD-ROM	60 \$
Guide de la statistique sur la santé <i>(Ce guide est un outil qui vous permet d'accéder rapidement à de l'information reliée à la santé sur le site Web de Statistique Canada. Il peut n'être utilisé qu'en ligne dans le format html et ne peut être téléchargé.)</i>	82-573-GIF	Internet	Gratuit
Rapport statistique sur la santé de la population canadienne	82-570-XIF	Internet	Gratuit
Rapport sur la prévalence de l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 1999	82F0077XIF	Internet	Gratuit
Les soins de santé au Canada 2000 : Un premier rapport annuel	82-222-XIF (ainsi au : http://www.cihi.ca)	Internet	Gratuit
Statistiques sur la santé : Catalogue des produits et services	82F0058XIF	Internet	Gratuit
Cancer			
L'incidence du cancer au Canada, de 1969 à 1993 <i>(De 1994 à 1996, ces données sont disponibles en tableaux normalisés ou personnalisés en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle.)</i>	82-566-XPB	Papier	42 \$
La filière du cancer, bulletin des registres du cancer au Canada	82F0081XIB	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	Papier	10 \$
	82-567-XIB	Internet	8 \$
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997	82-567-XPB	Papier	35 \$
	82-567-XIB	Internet	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 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$

[†] 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)†‡
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – établissements de soins de santé	82M0010GPF	Papier	50 \$
Renseignements sur l'Enquête nationale sur la santé de la population	82F0068XIF	Internet	Gratuit
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes			
Le suivi santé de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (Voir aussi la section sur les Fichiers de microdonnées.)	82-004-XIF	Internet	Gratuit
Espérance de vie			
Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 1995-1997	84-537-XIF	Internet	15 \$
Tables de mortalité, Canada et provinces, de 1990 à 1992	84-537-XPB 84-537-XDB	Papier Disquette	40 \$ 40 \$
Établissements de soins			
Établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1997-1998 (Ces données sont disponibles sous forme de totalisations spéciales en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle.)			
État civil			
Tableaux normalisés			
La Division de la statistique de la santé prépare les tableaux normalisés suivants, à partir des années de référence 1996 et 1997.			
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001XPB	Papier	20 \$
Causes de décès	84F0208XPB	Papier	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes	84F0209XPB	Papier	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes, 1997	84F0209XIB	Internet	Gratuit
Naissances, 1998	84F0210XPB	Papier	20 \$
Décès, 1998	84F0211XPB	Papier	20 \$
Mariages	84F0212XPB	Papier	20 \$
Divorces, 1998	84F0213XPB	Papier	20 \$
Causes principales de décès	84F0503XPB	Papier	20 \$
(Ces tableaux normalisés peuvent être commandés en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle.)			
Autre			
Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada	84F0013XIF	Internet	Gratuit
Renseignements historiques			
Recueil de statistiques de l'état civil, 1996	84-214-XPB 84-214-XIF	Papier Internet	45 \$ 33 \$
Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, de 1974 à 1993	82-568-XPB	Papier	32 \$
Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, de 1921 à 1990	82-548-XPB	Papier	40 \$
Le déclin du mariage au Canada de 1981 à 1991	84-536-XPB	Papier	36 \$
Hospitalisation			
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562-XPB	Papier	40 \$

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

‡ Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.

* À venir.

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN)†‡
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 \$
Personnel infirmier			
Données sur les infirmiers(ères) autorisés(ées) à l'intention de la direction, 1998, tableau normalisé <i>(Ce tableau normalisé peut être commandé en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle.)</i>	83F0005-XPB	Papier	25 \$



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

Fichiers de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête nationale sur la santé de la population

		Numéro du produit	Version	Prix (\$CAN) ^{†‡}
Cycle 3, 1998-1999				
Composante des ménages	Fichiers transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaires de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	2 000 \$
Tableaux personnalisés	Ménages Établissements de soins de santé	82C0013 82C0015	Le prix varie selon l'information demandée Le prix varie selon l'information demandée	
Cycle 2, 1996-1997				
Composante des ménages	Données transversales, fichier texte ASCII, Navigateur Beyond 20/20 – Fichier santé seulement	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 Établissements de soins de santé	82C0013 82C0015	Le prix varie selon l'information demandée Le prix varie selon l'information demandée	
Cycle 1, 1994-1995				
Composante des ménages	Données, navigateur Beyond 20/20 – Fichier santé seulement, fichier texte ASCII	82F0001XCB	CD-ROM	300 \$
Composante des établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	75 \$
Tableaux personnalisés	Ménages Établissements de soins de santé	82C0013 82C0015	Le prix varie selon l'information demandée Le prix varie selon l'information demandée	

[†] Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Statistique Canada est en train de mener une nouvelle enquête, appelée Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), dont la mise en œuvre a été proposée pour produire, sur une base régulière, des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 132 régions socio-sanitaires réparties à travers le Canada.

Pour plus de renseignements, veuillez visiter notre site Web au <http://www.statcan.ca>, sous, « Méthodes statistiques » et « Documents de discussion et nouvelles enquêtes ».

Questionnaires de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

- Ménages
- Institutions
- Nord

Les questionnaires de l'ENSP peuvent être téléchargés du site Web de Statistique Canada au <http://www.statcan.ca>, sous « Questionnaires et dictionnaires de données », et « Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ».

Le Canada en statistiques

Obtenez des tableaux de données gratuits sur certains aspects de l'économie, du territoire, de la société et du gouvernement du Canada.

Pour plus de renseignements, veuillez visiter notre site Web au <http://www.statcan.ca>, sous « Le Canada en statistiques », et « Santé ».