



N° 82-003-XIF au catalogue

Rapports sur la santé

Vol. 13, n° 4

- Travail par quarts
- Autonomie des personnes âgées
- Espérance de vie sans incapacité



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 13, numéro 4

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2002

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.

Juillet 2002

N° 82-003-XPF au catalogue, vol. 13, n° 4
ISSN 1492-7128

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 13, n° 4
ISSN 1209-1375

Périodicité : trimestrielle

Ottawa

Note de reconnaissance

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

SIGNES CONVENTIONNELS

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

- . indisponible pour toute période de référence
- .. indisponible pour une période de référence précise
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- ^p préliminaire
- ^r rectifié
- x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
- E à utiliser avec prudence
- F trop peu fiable pour être publié

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



Au sujet de Rapports sur la santé

Rédactrice en chef
Marie P. Beaudet

Rédactrice principale
Mary Sue Devereaux

Rédactrice
Barbara Riggs

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
Geoff Rowe
Eugene Vayda

**Comité directeur de la Division
de la statistique de la santé
pour la recherche et l'analyse**
Gary Catlin, président
Lorna Baillie
Marie P. Beaudet
Martha Fair
Cyril Nair
Ghislain 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 13 de *Rapports sur la santé*. Les rédacteurs désirent les remercier de leurs précieux conseils et du temps qu'elles ont consacré à ce travail.

Gordon J.M. Bargh	Renée Lawrence
Susan Bronskill	Steven Lewis
Claire C. Caruso	Mary-Jo Makarchuk
Jiajian Chen	Doug Manuel
Sheldon Cohen	Alexandra L.C. Martiniuk
Donald Cole	Ellen Meara
Giovanni Costa	Brian Mishara
Margaret de Groh	Cam Mustard
Cam Donaldson	Stephen Newman
Johane Dufour	Tom Noseworthy
Geoffrey Evans	Robert Pampalon
Murray M. Finkelstein	Dave Paton
Ken Fowler	Debra Reid
Ellen M. Gee	Jean-Marie Robine
Lynn A. Gloeckler Ries	Roger R. Rosa
Katherine Gray-Donald	Isaac Sakinofsky
Paul Grootendorst	Allene J. Scott
Betty Havens	Cathy Sherbourne
Andrea D. Hill	M.P. Singh
Robert Hilsden	Mark Speechley
Ellen L. Idler	William Strawbridge
Beth Junkins	Sally Thorne
Jessica A. Kelley-Moore	Michel Tousignant
Merrijoy Kelner	Anne-Marie Ugnat
George Kephart	Marja Verhoef
Merril L. Knudtson	Terrance J. Wade
Nancy Krieger	Deanna L. Williamson
Audrey Laporte	Andrew Wister

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

Travail par quarts et santé 11

Au Canada, les travailleurs par quarts, qui représentent 3 personnes ayant un emploi sur 10, sont susceptibles d'éprouver certains problèmes d'ordre physique et psychique. Sur une période de quatre ans, les hommes qui ont comme horaire de travail un quart normal de soirée, un quart rotatif ou un quart irrégulier ont une cote exprimant le risque de se voir diagnostiquer un problème de santé chronique plus élevée que ceux qui ont un horaire normal de jour. Tant chez les hommes que chez les femmes, le quart normal de soirée est associé à une hausse du niveau de détresse psychologique sur une période de deux ans.

Margot Shields

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées 37

Chez les personnes âgées, les transitions entre les états de santé fonctionnelle ne sont pas invariablement à sens unique, car nombre de ces personnes retrouvent leur autonomie après avoir connu un épisode de dépendance. Les probabilités de perte ou de regain de l'autonomie ne sont pas les mêmes pour toutes les personnes âgées. En effet, l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, le poids, l'activité physique et plusieurs problèmes de santé chroniques sont autant de facteurs qui sont associés de façon significative à de telles transitions.

Laurent Martel, Alain Bélanger et Jean-Marie Berthelot

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire 53

En 1996, les Canadiens avaient une espérance de vie sans incapacité (EVSI) de 68,6 ans. De façon générale, l'EVSI est plus longue en milieu urbain et plus courte dans les régions plus éloignées. Les variations de l'EVSI selon la région socio-sanitaire tiennent en grande partie aux différences de statut socioéconomique.

Francine Mayer, Nancy Ross, Jean-Marie Berthelot
et Russell Wilkins



Données disponibles

Avortements thérapeutiques, 1999 69
Incidence du cancer, 1999 (données provisoires) 69
Indicateurs de la santé, vol. 2001, n° 3 69

Index par sujet

..... 73

Pour commander les publications

..... 87

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 background with white and light gray stylized elements. On the left, there are two human-like figures. The upper one is a silhouette with a white face containing rectangular shapes for eyes and a horizontal bar for a mouth. The lower one is a more detailed profile of a face with a prominent white nose and mouth. To the right of these figures is a large, light gray gear with a white circular center. 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

T travail par quarts et santé

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les caractéristiques des travailleurs par quarts, et compare les facteurs de stress et les comportements ayant un effet sur la santé chez ces travailleurs et chez ceux qui ont un horaire normal de jour. L'analyse des personnes suivies pendant quatre ans permet d'examiner le lien entre le travail par quarts et l'incidence des problèmes de santé chroniques ou la variation du niveau de détresse psychologique.

Sources des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001), des composantes longitudinales (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999) et transversale (1994-1995) de l'Enquête nationale sur la santé de la population et de l'Enquête sur les horaires et les conditions de travail (1991 et 1995).

Techniques d'analyse

On s'est servi de totalisations croisées pour étudier le profil des personnes qui travaillent par quarts et pour les comparer aux travailleurs ayant un horaire normal de jour en ce qui concerne certains comportements ayant un effet sur la santé et certaines sources de stress. L'analyse multivariée a permis d'étudier les associations entre le travail par quarts et l'incidence des problèmes de santé chroniques et la variation du niveau de détresse psychologique au cours des quatre années, en tenant compte de facteurs confusionnels potentiels.

Principaux résultats

La cote exprimant le risque qu'on ait diagnostiqué un nouveau problème de santé chronique sur quatre ans est plus élevée pour les hommes qui travaillent selon les quarts de soirée, rotatif ou irrégulier que pour les autres. Tant chez les hommes que chez les femmes, travailler le quart normal de soirée est lié à une augmentation du niveau de détresse psychologique sur deux ans.

Mots-clés

Tolérance à l'horaire de travail, hygiène du travail, tensions et contraintes au travail, comportements influant sur la santé, stress, état de santé.

Auteure

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

Margot Shields

En tout temps, environ 30 % des Canadiens qui occupent un emploi travaillent par quarts, autrement dit, n'ont pas un horaire normal de jour. La plupart de ces personnes ne le font pas par choix, mais parce que leur emploi l'exige. En effet, notre société, qui, depuis longtemps, jouit de l'accès à des services médicaux, de transport et de protection jour et nuit, demande aussi aujourd'hui un accès souple à de nombreux services commerciaux, industriels et financiers. Or, si le travail par quarts reste essentiel à la vitalité de l'économie, il a néanmoins, selon certains auteurs, des répercussions physiques et psychiques indésirables sur les travailleurs^{1,2}.

La plainte la plus courante concerne le manque de sommeil³⁻⁹, mais on a aussi associé le travail par quarts à la maladie cardiovasculaire¹⁰⁻¹⁶, à l'hypertension¹⁷ et aux troubles gastro-intestinaux^{18,19} et, chez la femme, à des problèmes de santé génésique^{20,21} et au cancer du sein^{22,23}. Il peut aussi exacerber des maladies comme l'asthme, le diabète et l'épilepsie²⁴. Enfin, le travail par quarts a été associé à des troubles mentaux, comme l'angoisse et la dépression²⁵⁻³⁰.

Les chercheurs ont proposé trois mécanismes possibles d'association entre le travail par quarts et les problèmes de santé, à savoir la perturbation des rythmes circadiens, l'adoption ou l'accentuation de comportements nuisibles à la santé et le stress^{10,13}.

Dans les conditions normales, les fonctions biologiques de l'organisme, comme la thermorégulation, les processus cognitifs et la sécrétion d'hormones suivent un cycle de 24 heures^{26,31}. Par conséquent, les personnes qui travaillent par quarts doivent se préparer à dormir lorsque leur rythme corporel normal leur dit d'être actives et doivent être alertes et prêtes à travailler lorsque leur organisme les prépare au sommeil. La plupart de ces personnes reprennent un horaire normal lorsqu'elles sont en congé²⁰, si bien que leur horloge biologique ne s'ajuste jamais complètement. Plusieurs études montrent que cette perturbation des rythmes circadiens provoquent divers symptômes physiques et psychiques^{10,31,32}.

Certains comportements nuisibles à la santé, le plus souvent l'usage du tabac, peuvent agir comme médiateurs de l'association entre le travail par quarts et l'état de santé^{10-13,33}. En outre, bien que les résultats soient parfois contradictoires, certaines études indiquent que les personnes qui travaillent par quarts sont plus susceptibles que celles qui ont un horaire normal de jour de consommer beaucoup d'alcool, de mal se nourrir et de faire de l'embonpoint ou d'être obèses^{5,10,11,13,26}.

Nombre de chercheurs ont montré que le stress exerce un effet sur la santé physique. Récemment, certains ont soutenu que le travail par quarts est un facteur de stress qu'il faudrait inclure dans les modèles visant à étudier la relation entre le stress professionnel et personnel, les caractéristiques personnelles et la santé physique et mentale^{34,35}. On ne connaît pas le mécanisme exact d'action du stress, mais il se pourrait qu'il augmente la susceptibilité à la maladie et qu'il joue un rôle crucial dans la manifestation et l'évolution des maladies auto-immunes, comme la polyarthrite rhumatoïde³⁶⁻³⁸.

Le présent article, qui se fonde sur des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001, dresse un profil à jour des personnes qui travaillent

par quarts (voir *Sources des données, Techniques d'analyse et Limites*). On y examine quatre catégories de quarts : le quart normal de soirée, le quart normal de nuit, le quart rotatif et le quart irrégulier. L'étude transversale et longitudinale de la santé physique et mentale des travailleurs de quarts se fonde sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Étant donné la petite taille des échantillons, il n'a pas été possible d'étudier les personnes faisant le quart normal de nuit au moyen de ces données et l'analyse se limite donc aux personnes qui font le quart normal de soirée, un quart rotatif ou un quart irrégulier. Les liens entre le travail par quarts et le stress au travail, les problèmes psychosociaux, les comportements qui influent sur la santé, les problèmes de santé chroniques et la détresse psychologique sont étudiés à l'aide du fichier de données transversales de l'ENSP de 1994-1995. Pour examiner le lien entre le travail par quarts en 1994-1995 et l'incidence sur quatre ans des problèmes de santé chroniques ou la variation du niveau de détresse psychologique, on se sert du fichier longitudinal de l'ENSP contenant les données des trois premiers cycles (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999). Dans tous les cas, les travailleurs de quarts sont comparés à des travailleurs ayant un horaire normal de jour. L'analyse porte sur les personnes qui occupent un emploi à longueur d'année, c'est-à-dire celles qui avaient eu un emploi pendant toute l'année qui a précédé l'enquête, et vise donc les travailleurs dont l'attachement à la population active n'est pas marginal. Comme les profils d'emploi varient selon le sexe, l'analyse est réalisée séparément pour les hommes et pour les femmes.

Plus du quart des personnes qui ont un emploi travaillent par quarts

En 2000-2001, 30 % des hommes et 26 % des femmes de 18 à 54 ans qui avaient travaillé toute l'année n'avaient pas un horaire normal de jour (tableau 1). Environ le quart d'entre eux faisaient le quart normal de soirée ou de nuit. Le quart rotatif et le quart irrégulier étaient les modalités de travail par quarts les plus fréquentes, chacune ayant été mentionnée par environ 4 travailleurs de quarts sur 10.

Sources des données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Les taux de prévalence des horaires de travail en dehors des heures normales de la journée sont calculés pour 2000-2001 d'après les données du cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada conçue pour recueillir des renseignements au niveau de la région socio-sanitaire³⁹. La collecte des données du cycle 1.1, qui a débuté en septembre 2000, a été étalée sur 14 mois. La population cible de l'ESCC comprend les personnes de 12 ans et plus vivant à domicile dans les 10 provinces et les 3 territoires, sauf les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées.

La principale base de sondage utilisée pour l'ESCC est la base aréolaire conçue pour l'Enquête sur la population active. Les logements ont été sélectionnés dans la base aréolaire selon un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. On a commencé par dresser la liste des logements, puis on a sélectionné un échantillon de logements d'après cette liste. La majorité (83 %) des ménages ainsi échantillonnés ont été sélectionnés à partir de la base aréolaire et des personnes ont été sélectionnées au hasard dans les ménages échantillonnés en vue de participer à une interview sur place. Dans certaines régions socio-sanitaires, on a aussi utilisé une base de sondage à composition aléatoire (CA) et (ou) un échantillonnage sur liste de numéros de téléphone. Les personnes sélectionnées d'après les numéros de téléphone, qui représentent les 17 % complémentaires de l'échantillon visé, ont été interviewées par téléphone.

Dans environ 82 % des ménages échantillonnés à partir de la base aréolaire, on a sélectionné au hasard une personne de 12 ans et plus; dans les autres ménages, on a sélectionné au hasard deux personnes de 12 ans et plus. Dans les ménages échantillonnés à partir des numéros de téléphone, on a sélectionné au hasard une personne de 12 ans et plus. Le taux de réponse était de 84,7 %. La taille de l'échantillon de personnes qui ont participé au cycle 1.1 est de 131 535. Au total, 6,3 % des interviews ont été réalisées par procuration.

L'échantillon de l'ESCC utilisé pour calculer les taux de prévalence présentés ici comprend 24 364 hommes et 22 398 femmes de 18 à 54 ans provenant des 10 provinces, qui avaient travaillé toute l'année qui a précédé l'enquête.

Enquête nationale sur la santé de la population

Lancée en 1994-1995, l'Enquête nationale sur la santé de la population (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 qui résident en établissement 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 transversale et une composante longitudinale.

Échantillons transversaux : Les échantillons transversaux de 1994-1995 et de 1996-1997 (premier et deuxième cycles) comprennent les membres du panel longitudinal et leurs cohabitants ainsi que les personnes sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (acquisition d'unités d'échantillonnage supplémentaires) demandés par certaines provinces. En 1994-1995, la majorité des entrevues ont été effectuées sur place. Par contre, en 1996-1997, la plupart ont été réalisées par téléphone et les personnes faisant partie des échantillons supplémentaires ont été sélectionnées par la méthode de composition aléatoire (CA). L'échantillon transversal de 1998-1999 (troisième cycle) comprend principalement les membres du panel longitudinal et leurs cohabitants. De nouveau, la plupart des entrevues ont été réalisées par téléphone. Aucune unité d'échantillonnage supplémentaire n'a été ajoutée à l'échantillon du troisième cycle. Cependant, pour s'assurer que l'échantillon soit représentatif, on a sélectionné au hasard des enfants nés en 1995 et après, ainsi que des immigrants admis au Canada après le début de 1995, que l'on a ajoutés au panel de l'ENSP. En outre, pour remplacer la portion de l'échantillon perdue par érosion, on a communiqué avec les personnes occupant les logements qui faisaient partie de la base de sondage initiale, mais dont les membres du ménage n'ont pas participé à l'enquête en 1994-1995, pour leur demander de participer.

Les données individuelles sont classées dans deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. On a recueilli dans le Fichier général des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de tous les membres des ménages participants. En outre, on a sélectionné au hasard dans chaque ménage participant une personne à laquelle on a demandé de fournir des renseignements détaillés sur sa santé. Le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les données du Fichier général sur les personnes qui ont fourni ces renseignements.

En 1994-1995, dans chaque ménage sélectionné, on a demandé à une personne bien informée de fournir, pour chaque membre du ménage, des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé que l'on a regroupés dans le Fichier général. En outre, dans chacun de ces ménages, on a choisi au hasard une personne, qui n'était pas nécessairement la personne bien informée susmentionnée, à laquelle on a demandé de fournir des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé.

Sources des données - fin

Dans chaque ménage formant la composante longitudinale, la personne qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé en 1996-1997 et en 1998-1999 est celle qui a été sélectionnée au hasard à l'occasion du premier cycle (1994-1995) et, en général, celle qui a fourni des renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général au moment des deuxième et troisième cycles, si elle était considérée comme suffisamment bien informée pour le faire. Pour les ménages ajoutés à l'échantillon transversal de 1996-1997 (unités d'échantillonnage supplémentaires), un membre bien informée du ménage, qui n'était pas nécessairement la personne sélectionnée au hasard pour répondre aux questions sur la santé, a fourni des renseignements généraux sur tous les membres du ménage pour le Fichier général. Dans les ménages qui ont été ajoutés à l'échantillon transversal de 1998-1999 (participants au panel longitudinal, immigrants, nouveaux et ménages sélectionnés au départ mais qui n'avaient pas participé au premier cycle de l'enquête), la personne sélectionnée au hasard était généralement celle qui a fourni les renseignements pour le Fichier général, dans la mesure où, encore une fois, elle était bien informée.

L'échantillon de 1994-1995 de la composante des ménages couvrant les 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 s'assurer que l'échantillon soit 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. Parmi ces personnes, 17 626 ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé, ce qui représente un taux de réponse de 96,1 %.

En 1996-1997, le taux global de réponse au niveau des ménages était de 82,6 %. Le taux de réponse pour les personnes de deux ans et plus sélectionnées au hasard dans ces ménages était de 95,6 %.

En 1998-1999, le taux global de réponse au niveau des ménages était de 88,2 %. Le taux de réponse pour les personnes de 0 ans (naissance) et plus sélectionnées au hasard dans ces ménages était de 98,5 %.

Échantillon longitudinal : Des 17 626 personnes sélectionnées au hasard en 1994-1995, 14 786 satisfaisaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal de l'ENSP, de même que 468 personnes auprès desquelles on a recueilli uniquement des renseignements généraux et 2 022 des 2 383 personnes de moins de 12 ans sélectionnées au hasard. Donc, en tout, 17 276 membres du panel longitudinal remplissaient les conditions pour être interviewés de nouveau en 1996-1997 et 16 677 étaient encore en

vie en 1998-1999. En 1996-1997, le taux de réponse pour le panel longitudinal était de 93,6 % et, en 1998-1999, le taux de réponse, fondé sur la totalité du panel, était de 88,9 %. Donc, 16 168 membres du panel longitudinal ont participé au cycle de 1996-1997 et on dispose de renseignements complets (autrement dit, renseignements généraux et renseignements détaillés sur la santé lors des deux premiers cycles de l'enquête, décès ou placement en établissement) sur 15 670 d'entre eux. Le nombre correspondant pour 1998-1999 est de 14 619 personnes. 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'enquête^{40,41}.

L'échantillon transversal de 1994-1995 analysé ici comprend 6 856 personnes (3 583 hommes et 3 273 femmes) de 18 à 54 ans réparties entre les 10 provinces qui avaient travaillé toute l'année qui a précédé l'entrevue de 1994-1995. Étant donné la petite taille des échantillons, les personnes travaillant le quart normal de nuit ont été exclues de certaines analyses (70 hommes et 42 femmes).

L'échantillon longitudinal comprend les enregistrements pour lesquels des données complètes ont été recueillies lors des trois cycles de l'enquête et est fondé sur le même groupe cible (travailleurs qui avaient occupé un emploi toute l'année qui a précédé l'enquête et qui avaient de 18 à 54 ans en 1994-1995). En tout, on a analysé des données longitudinales sur 4 877 personnes (2 520 hommes et 2 357 femmes). De nouveau, les personnes travaillant le quart normal de nuit ont été exclues de l'analyse (49 hommes et 29 femmes). Les estimations pondérées fondées sur l'échantillon longitudinal sont plus faibles que celles calculées d'après les données du fichier transversal de 1994-1995 parce que certaines personnes décédées ou placées en établissement en 1998-1999 ont été exclues (tableaux A à D en annexe).

Enquête sur les horaires et les conditions de travail

Les résultats de l'Enquête sur les horaires et les conditions de travail, réalisée en 1991 et en 1995, ont été utilisés pour produire les tendances caractérisant le travail par quarts. Les deux cycles de l'enquête ont été réalisés à titre de supplément à l'Enquête sur la population active pour le mois de novembre. Les taux de réponse étaient de 94 % et de 90 %, respectivement. Les taux de travail par quarts chez les personnes de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année ont été calculés pour 1991 d'après les données recueillies auprès d'un échantillon de 27 377 travailleurs et pour 1995, auprès d'un échantillon de 21 250 travailleurs.

Les travailleurs observés n'étaient pas tous aussi susceptibles les uns que les autres de travailler par quarts (voir *Caractéristiques de l'emploi*). Ce genre d'horaire de travail était plus courant chez les cols bleus ou chez les employés des secteurs de la vente et des services que chez les cols blancs ou les employés de bureau. Les hommes et les femmes travaillant moins de 30 heures par semaine, ainsi que les hommes travaillant plus de 40 heures par semaine, étaient plus susceptibles de ne pas avoir un horaire normal de jour que les personnes travaillant, en moyenne, de 30 à 40 heures par

semaine. En outre, celles qui travaillaient les fins de semaine étaient plus susceptibles que les autres de travailler par quarts. Relativement peu de travailleurs autonomes faisaient le quart normal de soirée ou de nuit, ou un quart rotatif, mais un nombre important travaillaient selon des heures irrégulières.

La probabilité qu'une personne travaille par quarts diminue lorsque l'âge augmente (voir *Caractéristiques socioéconomiques*). Il se peut que les travailleurs d'un certain âge, ayant de l'ancienneté, aient plus de liberté que leurs collègues plus jeunes, moins expérimentés, pour choisir leur horaire de travail. En outre,

Techniques d'analyse

Pour étudier les tendances sur 10 ans caractérisant le travail par quarts, on a comparé les taux de prévalence calculés d'après les données de l'Enquête sur les horaires et les conditions de travail de 1991, du volet transversal de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, de l'Enquête sur les horaires et les conditions de travail de 1995, du volet transversal de l'ENSP de 1996-1997 et de 1998-1999 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001. Pour assurer la cohérence des comparaisons entre années de référence, les tendances sont fondées sur le nombre total de travailleurs (plutôt que sur le nombre de travailleurs ayant occupé un emploi toute l'année qui a précédé l'enquête).

Sauf indication contraire, les définitions des variables se fondent sur les questions du premier cycle (1994-1995) de l'ENSP. Les cas où la définition des variables concernant les caractéristiques professionnelles et socioéconomiques diffèrent pour l'ESCC sont mentionnés.

On s'est servi des statistiques descriptives provenant de l'ESCC pour établir le profil de la population qui a travaillé selon diverses modalités de travail par quarts et pour celles ayant eu un horaire normal de jour en 2000-2001.

Des totalisations croisées ont été produites d'après le fichier transversal de l'ENSP de 1994-1995 pour examiner les associations entre divers horaires de travail et le stress au travail, les facteurs psychosociaux et les comportements nuisibles à la santé. On a utilisé le fichier de 1994-1995 parce que les questions concernant le stress au travail et certains facteurs psychosociaux (par exemple, le stress personnel et le sentiment de contrôle) n'ont pas été posées lors des cycles subséquents de l'ENSP ou pour toutes les provinces durant l'ESCC.

On a aussi utilisé le fichier transversal de 1994-1995 de l'ENSP pour étudier le lien entre le travail par quarts et la prévalence des

problèmes de santé chroniques ou le niveau de détresse psychologique.

Le fichier de données longitudinales de l'ENSP a servi à l'examen du lien entre le travail par quarts en 1994-1995 et l'incidence sur quatre ans des problèmes de santé chroniques ou de la variation sur quatre ans du niveau de détresse psychologique (de 1994-1995 à 1998-1999). D'après une revue de la littérature et les données fournies par l'ENSP, on a sélectionné plusieurs facteurs considérés comme des médiateurs du lien entre le travail par quarts et l'état de santé, à savoir les caractéristiques psychosociales, le stress au travail et les comportements influant sur la santé, ainsi que les caractéristiques personnelles et celles de l'emploi, en vue de leur introduction dans les modèles de régression logistique multiple^{10,13,16}.

Les données de l'ENSP (transversales et longitudinales) ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population des 10 provinces en 1994-1995. Les tailles d'échantillon et les distributions pondérées figurent en annexe (tableaux A à D) pour tous les facteurs inclus dans les modèles de régression. Les données transversales de l'ESCC ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population des 10 provinces en 2000-2001. Les données pondérées sur les hommes et sur les femmes ont été analysées séparément.

Afin de tenir compte des effets de plan de sondage, pour toutes les données provenant de l'ENSP et de l'ESCC, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés par la méthode *bootstrap*⁴²⁻⁴⁴. Pour les taux produits d'après les données de l'Enquête sur les horaires et les conditions de travail (1991 et 1995), on a calculé les erreurs-types au moyen des formules établies pour l'échantillonnage aléatoire simple en y intégrant une estimation prudente de l'effet de plan de sondage afin de tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de ces enquêtes.

Tableau 1

Pourcentage de travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 2000-2001 et ayant travaillé par quarts, selon le sexe et certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris

	Hommes						Femmes					
	Nombre total de travailleurs	Travail par quarts					Nombre total de travailleurs	Travail par quarts				
		Total	Soirée	Nuit	Rotatif	Irrégulier		Total	Soirée	Nuit	Rotatif	Irrégulier
milliers	%					milliers	%					
Total	5 745	30	4	3	11	11	4 732	26	5	2	10	10
Profession												
Cols blancs/travail de bureau†	2 697	21	2	1	8	10	2 915	18	3	1	8	7
Vente/services	911	40*	9*	4*	12*	15*	1 172	41*	10*	2*	14*	15*
Cols bleus	1 866	36*	5*	4*	16*	12*	376	33*	7*E1	5*E1	12*	11*
Heures travaillées par semaine												
1 à 29	264	59*	20*	4E1	11	24*	804	44*	13*	2	10	19*
30 à 40†	2 449	27	6	3	12	6	2 646	22	4	2	10	6
Plus de 40	3 011	29*	2*	2*	11	14*	1 273	23	2*	2	9*	11*
Travail la fin de semaine												
Oui†	2 442	48	5	3‡	19	21	1 826	52	9	3	21	19
Non	3 301	16*	4*	3*	6*	4*	2 906	10*	2*	1*	3*	4*
Travailleur autonome												
Oui†	1 018	32	1E1	1E1	4	26	519	34	3	1E2	4	26
Non	4 727	30*	5*	3*	13*	8*	4 212	25*	5*	2*	11*	8*
Groupe d'âge												
18 à 24 ans	669	46*	13*	6*	14	14*	621	46*	14*	2	14*	15*
25 à 34 ans†	1 493	30	4	4	12	11	1 147	26	5	2	11	8
35 à 44 ans	1 995	28*	3	3*	11	11	1 611	23*	4	2	9*	9
45 à 54 ans	1 588	25*	3	2*	10*	11	1 354	21*	3*	2E1	8*	9
État matrimonial												
Marié(e)†	3 911	26	3	2	11	10	3 128	23	4	1	9	9
Jamais marié(e) ou marié(e) antérieurement	1 831	37*	8*	5*	12*	13*	1 600	32*	7*	3*	12*	11*
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage												
Oui†	2 108	28	4	2	11	11	1 533	26	5	2	10	9
Non	3 637	31*	5*	3*	11	12	3 200	26	5	2	10	10
Diplôme d'études postsecondaires												
Oui†	3 255	25	3	2	10	10	2 788	24	4	2	10	9
Non	2 445	37*	6*	4*	13*	13*	1 913	30*	7*	2§	10	11*
Revenu du ménage												
Faible†	991	35	7	5	9	14	943	35	8	3	11	13
Élevé	4 347	28*	4*	2*	12*	11*	3 430	24*	4*	2*	10	8*

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Nota : Fondé sur un échantillon de 24 364 hommes et 22 398 femmes. Parmi les hommes, 875 faisaient le quart normal de soirée, 606 faisaient un quart normal de nuit, 3 166 faisaient un quart rotatif et 3 080 faisaient un quart irrégulier. Pour les femmes, les tailles d'échantillon sont 1 007 pour le quart normal de soirée, 397 pour le quart normal de nuit, 2 501 pour le quart rotatif et 2 325 pour le quart irrégulier. Les données ayant été arrondies, la somme des chiffres par catégorie de quart pourrait ne pas être égale au total pour les travailleurs de quarts. Les taux ne sont pas présentés pour les cas pour lesquels la valeur d'une variable manque.

† Catégorie de référence.

‡ La proportion d'hommes faisant le quart de nuit est significativement plus forte pour ceux travaillant les fins de semaine (3,32 %) que pour ceux ne travaillant pas les fins de semaine (2,54 %).

§ La proportion de femmes travaillant le quart de nuit est significativement plus faible pour celles qui possèdent un diplôme d'études postsecondaires (1,52 %) que pour celles ne possédant pas de diplôme d'études secondaires (2,31 %).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

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

Caractéristiques de l'emploi

Les données présentées ici sur l'horaire de travail, la profession, le travail la fin de semaine et le travail autonome ont trait à l'emploi principal, c'est-à-dire l'emploi courant ou le plus récent l'année précédente, des personnes qui ont participé à l'enquête. Pour les personnes qui occupaient, ou qui avaient occupé le plus récemment, plusieurs emplois, on a considéré comme étant l'emploi principal celui pour lequel le nombre d'heures par semaine était le plus élevé.

Lors du premier cycle de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) en 1994-1995, la définition de l'« emploi principal » dépendait du sens que donnait la personne interrogée au mot « principal ». Lors des cycles subséquents et lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), on a appliqué la définition basée sur l'emploi courant ou l'emploi le plus récent. Par conséquent, pour s'assurer que la définition soit uniforme pour tous les cycles pour lesquels des données figurent dans le fichier longitudinal de l'ENSP, on a de nouveau produit les données sur l'emploi pour 1994-1995 en se basant sur la nouvelle définition. Comme les questions sur la profession et la situation de travailleur autonome n'ont été posées que pour l'emploi principal en 1994-1995, la valeur de ces variables a été codée comme étant « non déclarée » si l'emploi principal était différent. Les questions concernant toutes les autres variables de l'emploi ont été posées pour tous les emplois occupés durant l'année qui a précédé l'entrevue et les valeurs ont donc pu être recalculées en se fondant sur la nouvelle définition de l'emploi principal.

Pour déterminer l'horaire de travail, on s'est fondé sur la question « Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux les heures que vous travaillez habituellement à cet emploi? » La personne avait le choix entre huit réponses : horaire ou quart normal de jour, quart normal de soirée, quart normal de nuit, quart rotatif (alternance du jour à la soirée et à la nuit), quart brisé, sur appel, horaire irrégulier ou autre. On a considéré comme étant un *travail par quarts* toute autre modalité de travail que l'horaire ou le quart normal de jour. Quatre catégories de travail par quarts ont été établies aux fins de l'analyse : *quart normal de soirée*, *quart normal de nuit*, *quart rotatif* et *quart irrégulier*. Cette dernière catégorie englobe le quart brisé, le travail sur appel, les horaires irréguliers et les autres modalités de travail. Lors de l'analyse des données de l'ENSP, les travailleurs du quart normal de nuit ont été exclus en raison de la petite taille des échantillons. Aux personnes interrogées qui demandaient des précisions sur les diverses catégories de quarts, on a donné les définitions suivantes :

L'horaire ou quart normal de jour correspond à un travail qui commence après six heures du matin et qui se termine avant sept heures du soir.

Le quart normal de soirée correspond à un travail qui commence après trois heures de l'après-midi et qui se termine avant minuit.

Le quart normal de nuit correspond à un travail qui commence après 11 heures du soir et qui se termine avant 11 heures du matin.

Le quart rotatif change périodiquement du jour à la soirée et à la nuit.

Le quart brisé comporte au moins deux périodes distinctes par jour; par exemple, un chauffeur d'autobus qui travaille de 6 h 30 à 10 h 30 et de 14 h à 18 h.

Pour l'ENSP, on a déterminé les catégories de profession suivantes : cols blancs (administration et professionnels), travail de bureau, vente ou services et cols bleus, d'après la *Classification type des professions* (CTP) de 1980. Pour l'ESCC, la profession a été établie d'après la réponse à la question « Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux votre profession? » Les catégories de réponses ont été regroupées dans les trois catégories professionnelles suivantes : cols blancs et travail de bureau (gestionnaires; professionnels; techniciens ou postes techniques; administration, finances ou travail de bureau), vente et services et cols bleus (commerce, transport ou opérateurs de machine; emploi en agriculture, foresterie, pêche ou exploitation minière; emploi dans les secteurs de la transformation, de la fabrication ou des services publics).

Pour l'ENSP, on a demandé aux personnes qui ont participé à l'enquête d'indiquer combien d'heures par semaine elles avaient travaillé habituellement à chaque emploi qu'elles avaient occupé l'année qui a précédé l'interview de 1994-1995. En outre, on a recueilli les dates de chaque emploi occupé, afin de pouvoir calculer le nombre de semaines que la personne avait travaillé à chaque emploi durant l'année visée. Grâce à ces renseignements, on a calculé le nombre moyen d'heures travaillées par semaine durant l'année de référence pour l'ensemble des emplois. Les participants à l'enquête ont été répartis en trois catégories d'heures travaillées par semaine d'après le nombre moyen d'heures qu'ils avaient travaillées : de 1 à 29, de 30 à 40, ou plus de 40. Pour l'ESCC, on n'a demandé les renseignements sur le nombre d'heures de travail que pour le ou les emplois courants, ou le ou les emplois occupés durant l'année de référence. Le calcul du nombre d'heures de travail a été fait sur la base de cet emploi (ou ces emplois, si la personne avait occupé plus d'un emploi à la fois).

On a classé dans la catégorie du travail la fin de semaine les personnes qui ont indiqué qu'elles travaillaient habituellement les fins de semaine à leur emploi principal.

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

l'adaptation au travail par quarts est plus difficile quand l'âge augmente^{5,20,45} et, par conséquent, nombre de personnes qui font les quarts passent à un horaire de travail normal lorsqu'elles avancent en âge. L'intolérance progressive au travail par quarts liée au vieillissement pourrait être due à l'aplatissement de l'amplitude des rythmes circadiens

qui survient dans la quarantaine ou la cinquantaine, ou à une moins bonne aptitude à faire face au stress^{20,46,47}.

Les travailleurs célibataires ou ayant été mariés sont plus susceptibles de ne pas avoir un horaire de travail normal que ceux qui sont mariés. Cette situation n'est pas étonnante, puisqu'il existe un lien

Caractéristiques socioéconomiques

Quatre groupes d'âges ont été définis aux fins de l'analyse : de 18 à 24 ans, de 25 à 34 ans, de 35 à 44 ans et de 45 à 54 ans.

On a regroupé les personnes observées en deux catégories de niveau de scolarité d'après le plus haut niveau d'études atteint : diplôme d'études postsecondaires ou pas de diplôme d'études postsecondaires. La catégorie des diplômes d'études postsecondaires inclut les diplômes et certificats décernés par les écoles de métier, les écoles techniques ou les écoles professionnelles et par les collèges commerciaux, les diplômes et certificats décernés par les collèges communautaires, les CÉGEP ou les écoles de sciences infirmières et les diplômes universitaires. Bien que les catégories établies pour cette variable soient les mêmes pour l'Enquête nationale sur la santé de la population et pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les questions utilisées pour les produire ne sont pas les mêmes pour les deux enquêtes.

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

On a défini les groupes de revenu du ménage d'après le revenu total du ménage en provenance de toutes les sources durant les 12 mois qui ont précédé l'entrevue et d'après le nombre de personnes que compte le ménage :

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Faible	1 ou 2	Moins de 30 000 \$
	3 ou 4	Moins de 40 000 \$
	5 ou plus	Moins de 60 000 \$
Élevé	1 ou 2	30 000 \$ et plus
	3 ou 4	40 000 \$ et plus
	5 ou plus	60 000 \$ et plus

Raisons du travail par quarts

Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, les hommes et les femmes qui avaient un autre horaire de travail que l'horaire normal de jour étaient dans cette situation principalement parce qu'il s'agissait d'une exigence de l'emploi et qu'ils n'avaient pas le choix. Pour chacune des trois catégories d'horaire de travail ne correspondant pas à l'horaire normal de jour considérées — quart normal de soirée, quart rotatif et quart irrégulier —, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de dire « qu'il s'agissait d'une exigence de l'emploi » et les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de dire que c'était pour « s'occuper de la famille ». La proportion de travailleurs disant qu'ils « n'avaient pas le choix » la plus forte est celle observée pour le quart rotatif (94 % des hommes et 91 % des femmes) et la plus faible, pour le quart normal de soirée.

Raison de ne pas avoir un horaire normal de jour, selon la catégorie de quart et le sexe, travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 2000-2001, Canada, territoires non compris

	Soirée [†]		Rotatif		Irrégulier	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%		%		%	
Exigences de l'emploi	65 ^{‡§}	53 ^{‡§*}	94 [§]	91 ^{§*}	84	73*
Études	16 ^{‡§}	20 ^{‡§}	2 ^{§E1}	3 ^{§E1}	4 ^{E1}	6*
Aime cela	13 ^{‡§}	13 [‡]	3 [§]	3 [§]	7	10*
Prendre soin de la famille	3 ^{‡§E1*}	11 ^{‡§*}	F	2 ^{§E1*}	F	6*

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

Nota : Les taux ne sont pas présentés pour les cas où la raison donnée pour justifier un travail en dehors des heures normales de jour était « autre » ou pour lesquels les données manquaient.

† N'inclut pas les travailleurs faisant un quart normal de nuit.

‡ Valeur significativement différente de celle observée pour le quart rotatif ($p < 0,05$, corrigé pour les comparaisons multiples).

§ Valeur significativement différente de celle observée pour le quart irrégulier ($p < 0,05$, corrigé pour les comparaisons multiples).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

* Valeur significativement différente de celle observée pour les hommes ($p < 0,05$).

entre le travail par quarts et les problèmes familiaux, une moins grande satisfaction conjugale et une plus grande tension dans le ménage^{1,48}.

Les travailleurs masculins qui vivent dans un ménage comptant des enfants sont moins susceptibles de travailler par quarts que ceux vivant dans un ménage sans enfants. Par contre, dans le cas des femmes, on n'observe aucune différence, sans doute parce qu'elles sont plus susceptibles que les hommes de mentionner travailler par quarts avant tout pour pouvoir s'occuper de leur famille (voir *Raisons du travail par quarts*).

Les personnes titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires sont moins susceptibles que celles ayant fait moins d'études de ne pas avoir un horaire normal de jour. Une proportion relativement forte de travailleurs de la catégorie des ménages à faible revenu ont déclaré faire le quart normal de soirée, le quart normal de nuit ou un quart irrégulier. Cependant, le quart rotatif était assez fréquent chez les hommes provenant de ménages mieux nantis. Cette situation pourrait tenir, en partie, au fait que les hommes qui travaillent dans les secteurs de la santé et des services de protection, où la

Stress au travail

Pour évaluer le *stress au travail*, on a demandé aux personnes qui ont participé à l'ENSP d'évaluer les 12 énoncés qui suivent au moyen d'une échelle à cinq points variant de « tout à fait d'accord » (cote de 1) à « entièrement en désaccord » (cote de 5).

- a) Votre travail exige l'acquisition de nouvelles connaissances (cote inverse).
- b) Votre travail exige un niveau élevé de compétences (cote inverse).
- c) Vous êtes libre de décider de votre façon de travailler (cote inverse).
- d) Votre travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.
- e) Votre travail est frénétique (cote inverse).
- f) Vous êtes exempt(e) des demandes opposées que font les autres.
- g) Vous avez une bonne sécurité d'emploi.
- h) Votre travail exige beaucoup d'effort physique.
- i) Vous avez votre mot à dire sur l'évolution de votre travail (cote inverse).
- j) Vous êtes exposé(e) à l'hostilité ou aux conflits de vos collègues (cote inverse).
- k) Votre surveillant facilite l'exécution du travail.
- l) Vos collègues facilitent l'exécution du travail.

Cinq composantes du stress au travail ont été évaluées :

- 1) Les *tensions et contraintes au travail* sont mesurées par le ratio des demandes psychologiques (points e et f) à la latitude de décision. Les points liés à la latitude de décision incluent la discrétion relative à la compétence (a, b et d) et le pouvoir décisionnel (c et i). Afin que les contributions de la latitude de décision et des demandes psychologiques soient égales, on a divisé la somme des cotes des énoncés relatifs à chacune des

deux composantes par 5 et par 2, respectivement. Puis, on a calculé le ratio pour les tensions et les contraintes au travail en divisant la nouvelle cote obtenue pour les demandes psychologiques par celle obtenue pour la latitude de décision. Les personnes pour lesquelles la valeur du ratio tombait dans le quartile supérieur de la distribution d'après les données du fichier transversal de l'ENSP de 1994-1995 (cote égale ou supérieure à 1,18) ont été considérées comme éprouvant de fortes tensions et contraintes au travail. On a utilisé le coefficient alpha de Cronbach pour évaluer la cohérence interne de l'échelle de tensions et contraintes au travail : 0,61 pour la latitude de décision et 0,34 pour les demandes psychologiques de l'emploi.

- 2) Les *exigences physiques* ont été mesurées au moyen du point h. On a considéré les personnes qui ont répondu « tout à fait d'accord » ou « d'accord » comme étant sujettes à de fortes exigences physiques.

- 3) Le *soutien des surveillants* a été mesuré grâce au point k. Les personnes qui ont répondu « entièrement en désaccord » ou « en désaccord » ont été considérées comme n'obtenant qu'un faible soutien de leur surveillant.

- 4) Le *soutien des collègues* a été mesuré au moyen des points j et l. Les personnes qui ont répondu « tout à fait d'accord » ou « d'accord » au point j ou « entièrement en désaccord » ou « en désaccord » au point l ont été considérées comme n'obtenant qu'un faible soutien de leurs collègues.

- 5) La *menace de perdre son emploi* a été mesurée au moyen du point g. On a considéré que les personnes qui avaient répondu « entièrement en désaccord » ou « en désaccord » comme étant sujettes à une forte menace de perdre leur emploi.

rémunération est assez élevée (données non présentées), ont tendance à travailler par quarts rotatifs.

Stress au travail

Le fait que le stress au travail soit peut-être plus prononcé chez les travailleurs par quarts que chez ceux qui ont un horaire régulier de jour pourrait avoir un effet confusionnel sur l'association entre le travail par quarts et certains états de santé (voir *Stress au travail*). On a associé le stress au travail à toute une gamme de problèmes de santé, dont la dépression, l'anxiété, la migraine, l'hypertension et la maladie coronarienne⁴⁹⁻⁵⁶. En fait, ne pas avoir tenu compte de l'effet du stress au travail est une limite souvent mentionnée dans les études portant sur la relation entre le travail par quarts et la santé^{8,10,13,15}.

Les travailleurs par quarts sont effectivement exposés à un stress assez important au travail (tableau 2). En 1994-1995, les hommes et les femmes faisant le quart normal de soirée ou un quart rotatif étaient plus susceptibles de faire état de tensions et de contraintes au travail (demandes psychologiques importantes conjuguées à une faible latitude de décision) que leurs homologues ayant un horaire normal de jour. La menace de perdre son emploi était courante chez les hommes et les femmes faisant un quart rotatif ou irrégulier. Les femmes travaillant par quarts rotatifs étaient plus susceptibles que celles ayant un horaire normal de jour de dire ne bénéficier que d'un faible soutien de la part de leurs collègues. Enfin, celles faisant le quart normal de soirée ou un quart rotatif ou irrégulier, de même que les hommes travaillant par quarts rotatifs ont dit que les exigences physiques de leur emploi étaient fortes.

Tableau 2

Prévalence du stress au travail, des problèmes psychosociaux et des comportements influant sur la santé, selon le sexe et l'horaire de travail, travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Hommes				Femmes			
	Horaire normal de jour	Quart normal de soirée [†]	Quart rotatif	Quart irrégulier	Horaire normal de jour	Quart normal de soirée [†]	Quart rotatif	Quart irrégulier
	%				%			
Stress au travail								
Fortes tensions et contraintes au travail	17	30* ^{E1}	29*	19	29	40*	45*	34
Fortes exigences physiques	47	56	59*	50	34	54*	68*	52*
Faible soutien des surveillants	19	31 ^{E1}	17	16	17	17 ^{E2}	17 ^{E1}	17
Faible soutien des collègues	32	37	36	29	34	37	52*	34
Emploi fortement menacé	17	27 ^{E2}	24*	23*	18	19 ^{E1}	26*	31*
Problèmes psychosociaux								
Stress personnel intense	33	44	36	32	43	41	45	54*
Marié(e) - Problèmes avec le(la) conjoint(e)	16	36* ^{E2}	22	19	21	29 ^{E1}	24 ^{E1}	25
Seul(e) - Difficulté à trouver une personne compatible	33	55*	35	35	34	30 ^{E1}	39 ^{E1}	19* ^{E1}
Faible sentiment de contrôle	20	32* ^{E1}	23	15*	23	24 ^{E1}	31*	24
Comportements influant sur la santé								
Usage quotidien du tabac	27	45*	33	28	23	28	30	26
Personne inactive	59	47	54	54	66	62	63	62
Consommation abusive d'alcool	21	27 ^{E1}	26	18	6	F	5 ^{E2}	7 ^{E1}
Personne obèse	13	9 ^{E2}	15	10	11	10 ^{E2}	12 ^{E1}	12 ^{E1}

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995

Nota : Fondée sur un échantillon de 3 583 hommes et 3 273 femmes. Parmi les hommes, 2 507 avaient un horaire normal de jour, 137 faisaient un quart normal de soirée, 465 faisaient un quart rotatif, 471 faisaient un quart irrégulier et 3 n'ont pas précisé. Pour les femmes, les tailles d'échantillon sont 2 431 pour l'horaire normal de jour, 149 pour le quart normal de soirée, 335 pour le quart rotatif, 356 pour le quart irrégulier et 2 n'ont pas précisé.

† N'inclut pas les travailleurs faisant un quart normal de nuit.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

* Valeur significativement différente de celle observée pour l'horaire normal de jour ($p < 0,05$).

Problèmes psychosociaux

Le travail en dehors des heures normales de la journée peut limiter la participation aux activités de loisirs et aux activités familiales (voir *Caractéristiques psychosociales*). La tension qu'exerce le travail par quarts sur la vie familiale peut causer du stress et des problèmes de soutien social^{1,26}. Les données de l'ENSP de 1994-1995 donnent à penser qu'il existe un lien entre le travail par quarts et les problèmes psychosociaux, mais ce lien varie selon la catégorie de quart et le sexe.

Chez les hommes, le quart normal de soirée est tout spécialement associé à des difficultés psychosociales. Les hommes mariés faisant ce quart sont plus susceptibles que ceux ayant un horaire normal de jour de se plaindre de problèmes d'intimité. En outre, les hommes seuls faisant le quart normal de soirée sont plus susceptibles que ceux qui travaillent de jour d'avoir des difficultés à rencontrer une personne compatible. Qui plus est, chez les hommes, le travail de soirée est associé à un faible sentiment de contrôle, ce qui signifie que ces

Caractéristiques psychosociales

On s'est servi de cinq énoncés à réponse « vrai/faux » de l'Enquête nationale sur la santé de la population pour évaluer le *stress personnel*.

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

On a attribué une cote de 1 à chaque réponse « vrai ». On a considéré que les personnes dont la cote globale était égale ou supérieure à 2 subissaient un stress personnel intense; elles représentaient 33 % de la distribution pondérée de la population de 18 ans et plus du fichier transversal de 1994-1995.

Pour évaluer les *problèmes d'intimité*, on s'est servi de trois énoncés à réponse « vrai/faux » pour les personnes mariées (mariées ou vivant avec une autre personne ou un(e) conjoint(e) de fait) et d'un énoncé pour les personnes seules (célibataires, veuves, divorcées ou séparées). Les énoncés utilisés pour les personnes mariées sont :

- Votre conjoint(e) ne vous comprend pas.
- Votre conjoint(e) ne vous témoigne pas assez d'affection.
- Votre conjoint(e) n'est pas suffisamment engagé(e) dans votre relation.

L'énoncé utilisé pour les personnes seules est :

- Vous trouvez qu'il est très difficile de trouver quelqu'un avec qui vous êtes compatible.

Les personnes mariées qui ont répondu « vrai » pour au moins l'un des trois énoncés et les personnes seules qui ont répondu « vrai » pour leur énoncé ont été considérées comme ayant des problèmes d'intimité.

Pour évaluer le *sentiment de contrôle*, on a demandé aux personnes interviewées d'évaluer sept énoncés 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).

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

Pour chaque personne, on a additionné les cotes obtenues pour chacun des énoncés. La cote globale peut varier de 0 à 28, et le sentiment de contrôle est d'autant plus fort que la cote est élevée (alpha de Cronbach = 0,76). Les personnes qui ont obtenu une cote égale ou inférieure à 17, lesquelles représentent le quartile inférieur de la distribution pondérée de la population du fichier transversal de 1994-1995, ont été considérées comme éprouvant un faible sentiment de contrôle.

travailleurs risquent plus que ceux qui travaillent de jour d'avoir l'impression d'exercer peu de contrôle sur leur vie. Par contre, les hommes qui font un quart irrégulier éprouvent un sentiment assez prononcé de contrôle, résultat qui pourrait refléter les heures irrégulières des travailleurs autonomes.

Comportements influant sur la santé

En se fondant sur l'Enquête nationale sur la santé de la population, on a considéré comme *usant quotidiennement du tabac* les personnes qui ont déclaré qu'elles fumaient des cigarettes tous les jours.

On a déterminé le niveau d'activité physique d'après la dépense d'énergie (DE) totale cumulative durant les loisirs. On s'est fondé, pour calculer la DE, sur la fréquence et la durée déclarées de toutes les activités physiques auxquelles une personne s'était adonnée durant ses loisirs au cours des trois mois qui ont précédé l'entrevue de l'ENSP, ainsi que sur la demande d'énergie métabolique (valeur MET) établie de façon indépendante pour chaque activité^{57, 58}.

$DE = 3 (N_i * D_i * METS_i / 365 \text{ jours})$, où

N_i = nombre de fois qu'a été entreprise l'activité i en une année,

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

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

Pour chaque répondant, la DE quotidienne est égale à la somme des dépenses d'énergie calculées pour toutes les activités de loisirs, exprimée en nombre total de kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par jour (KKJ). On a considéré qu'une DE égale ou supérieure à 3 KKJ était forte, une DE de 1,5 à 2,9 KKJ était moyenne et une DE inférieure à 1,5 KKJ était faible⁵⁷. On a considéré comme étant physiquement actives les personnes dont la DE était forte ou moyenne et comme étant *inactives*, celles dont la DE était faible.

Pour évaluer la consommation abusive d'alcool, on a demandé aux personnes interrogées d'indiquer le nombre de fois, au cours de la dernière année, qu'elles avaient bu cinq verres d'alcool ou plus en une seule occasion. On a considéré comme *abusant de l'alcool* celles qui ont répondu 12 fois ou plus.

Pour catégoriser le poids, on s'est servi de 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 (les femmes enceintes sont exclues). On a défini deux catégories de poids en fonction de l'IMC : personnes *obèses* (IMC égal ou supérieur à 30) et *non obèses* (IMC inférieur à 30, qui représente la catégorie de référence).

Chez les femmes, on ne note aucune association entre le travail de soirée et les problèmes psychosociaux, peut-être parce que cet horaire de travail résulte souvent d'un choix. Cependant, les femmes qui travaillent par quarts irréguliers sont plus susceptibles que celles travaillant de jour d'éprouver un stress personnel intense (essayant d'entreprendre trop de choses en même temps, ressentant trop de pression et ayant le sentiment de ne pas être appréciées). En outre, les femmes qui font un quart rotatif sont plus susceptibles que celles ayant un horaire normal de jour d'avoir un faible sentiment de contrôle.

Comportements qui influent sur la santé

Les personnes qui essaient de s'adapter aux perturbations du cycle de sommeil et d'éveil, au bouleversement de la vie familiale et au stress que cause le travail par quarts risquent de prendre des habitudes nuisibles à leur santé (voir *Comportements influant sur la santé*)^{10,13}. Cependant, en 1994-1995, la seule différence significative entre les travailleurs de quarts et les travailleurs de jour en ce qui a trait aux comportements nuisibles à la santé était celle observée pour les hommes travaillant le quart normal de soirée, une forte proportion de ceux-ci fumaient quotidiennement. Par contre, au chapitre de la prévalence de l'inactivité durant les loisirs, de la consommation abusive d'alcool et de l'obésité, l'écart n'était pas significatif.

Santé physique et psychique

Selon des études antérieures, il existe un lien entre les heures de travail non normales et certains problèmes de santé chroniques tels que la maladie cardiovasculaire, l'hypertension et les troubles gastro-intestinaux (voir *État de santé*)^{8,10,11,13-19,33}. Pourtant, si l'on tient compte de l'effet du statut socioéconomique, qui est généralement faible, du niveau élevé de stress au travail, des problèmes psychosociaux et des habitudes de consommation du tabac des personnes qui travaillaient par quarts en 1994-1995, et de leurs caractéristiques démographiques et professionnelles, la cote exprimant le risque d'un ou de plusieurs problèmes

Tableau 3

Rapports corrigés de cotes reliant certaines caractéristiques aux problèmes de santé chroniques, selon le sexe, travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Hommes		Femmes	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Horaire de travail[†]				
Horaire normal de jour [‡]	1,0	...	1,0	...
Quart normal de soirée	0,6	0,3-1,1	1,0	0,6-1,6
Quart rotatif	0,7	0,5-1,0	0,8	0,6-1,2
Quart irrégulier	1,2	0,9-1,6	1,2	0,9-1,6
Profession				
Cols blancs [‡]	1,0	...	1,0	...
Travail de bureau	1,9*	1,2-3,2	1,1	0,8-1,5
Vente/services	0,9	0,6-1,2	1,0	0,7-1,3
Cols bleus	1,1	0,8-1,4	0,9	0,6-1,3
Heures travaillées par semaine				
1 à 29	1,4	0,9-2,2	0,9	0,7-1,1
30 à 40 [‡]	1,0	...	1,0	...
Plus de 40	0,9	0,7-1,1	1,0	0,8-1,4
Travail les fins de semaine				
	1,3*	1,0-1,6	1,2	0,9-1,6
Travailleur autonome				
	0,9	0,7-1,2	0,7	0,5-1,1
Groupe d'âge				
18 à 24 ans	1,0	0,6-1,6	0,8	0,5-1,1
25 à 34 ans [‡]	1,0	...	1,0	...
35 à 44 ans	1,7*	1,3-2,2	1,3*	1,0-1,8
45 à 54 ans	2,6*	1,9-3,5	2,0*	1,4-2,7
Marié(e)				
	1,5*	1,1-2,0	0,9	0,8-1,2
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage				
	0,9	0,7-1,2	1,1	0,9-1,4
Diplôme d'études postsecondaires				
	0,8*	0,6-1,0	1,0	0,8-1,2
Revenu du ménage faible				
	0,9	0,7-1,1	0,9	0,7-1,1
Stress au travail				
Fortes tensions et contraintes au travail	1,3	0,9-1,8	1,0	0,8-1,2
Fortes exigences physiques	0,8	0,7-1,1	1,4*	1,1-1,7
Faible soutien des surveillants	0,7*	0,5-1,0	1,1	0,8-1,4
Faible soutien des collègues	1,2	1,0-1,6	1,3*	1,1-1,7
Emploi fortement menacé	1,2	0,9-1,7	1,5*	1,2-2,0
Caractéristiques psychosociales				
Stress personnel intense	1,6*	1,3-2,0	1,4*	1,2-1,8
Problèmes d'intimité	1,2	0,9-1,6	0,9	0,7-1,2
Faible sentiment de contrôle	0,9	0,7-1,2	1,1	0,9-1,4
Comportements influant sur la santé				
Usage quotidien du tabac	1,3*	1,0-1,6	1,4*	1,1-1,7
Personne inactive	1,0	0,8-1,2	1,0	0,8-1,2
Consommation abusive d'alcool	1,2	0,9-1,5	0,7	0,5-1,0
Personne obèse	1,2	0,9-1,6	1,1	0,8-1,6

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995

Nota : Analyse fondée sur un échantillon de 3 246 hommes et 3 147 femmes; 1 008 hommes et 1 161 femmes ont été catégorisés comme ayant un ou plusieurs problèmes de santé chroniques en 1994-1995; 337 hommes et 126 femmes ont été éliminés des modèles parce que des valeurs manquaient pour certaines variables. La catégorie « Données manquantes » a été incluse dans les modèles pour la profession, le travail autonome, le revenu du ménage, le stress au travail et l'obésité en vue de maximiser la taille de l'échantillon; cependant, les rapports de cotes ne sont pas présentés pour cette catégorie. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « travaille les fins de semaine » est « ne travaille pas les fins de semaine ». Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure ou supérieure est égale à 1,0 sont significatifs.

† N'inclut pas les travailleurs faisant un quart normal de nuit.

‡ Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau 4

Coefficients de régression reliant certaines caractéristiques au niveau de détresse psychologique, selon le sexe, travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Hommes			Femmes		
	B	Intervalle de confiance à 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance à 95 %	bêta
Horaire de travail†						
Horaire normal de jour‡	...	...	.....	...	...	...
Quart normal de soirée	0,31	-0,46- 1,08	0,02	-0,22	-0,71- 0,27	-0,02
Quart rotatif	0,00	-0,34- 0,35	0,00	-0,02	-0,48- 0,44	0,00
Quart irrégulier	0,01	-0,31- 0,33	0,00	0,20	-0,19- 0,60	0,02
Profession						
Cols blancs‡	...	...	...	...	...	...
Travail de bureau	0,18	-0,41- 0,77	0,02	-0,16	-0,46- 0,15	-0,02
Vente/services	-0,08	-0,44- 0,28	-0,01	-0,10	-0,45- 0,24	-0,02
Cols bleus	-0,38*	-0,65- -0,12	-0,07*	0,24	-0,26- 0,74	0,02
Heures travaillées par semaine						
1 à 29	0,46	-0,05- 0,97	0,05	0,06	-0,25- 0,36	0,01
30 à 40‡	...	...	...	...	...	...
Plus de 40	-0,21	-0,43- 0,02	-0,04	-0,13	-0,41- 0,15	-0,02
Travail les fins de semaine						
Travailleur autonome	0,11	-0,11- 0,32	0,02	-0,18	-0,47- 0,11	-0,03
Travailleur autonome	0,18	-0,10- 0,46	0,03	0,02	-0,40- 0,43	0,00
Âge						
Âgé	-0,04*	-0,05- -0,02	-0,13*	-0,03*	-0,05- -0,02	-0,10*
Marié(e)						
Marié(e)	-0,15	-0,44- 0,15	-0,03	-0,27	-0,54- 0,01	-0,04
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage						
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage	-0,12	-0,37- 0,13	-0,02	-0,29*	-0,54- -0,04	-0,05*
Diplôme d'études postsecondaires						
Diplôme d'études postsecondaires	0,12	-0,11- 0,35	0,02	0,08	-0,17- 0,33	0,01
Revenu du ménage faible						
Revenu du ménage faible	-0,11	-0,35- 0,13	-0,02	0,18	-0,10- 0,46	0,03
Stress au travail						
Tensions et contraintes au travail§	0,71*	0,30- 1,12	0,09*	0,27	-0,11- 0,65	0,04
Exigences physiques§	0,01	-0,08- 0,11	0,01	0,00	-0,11- 0,11	0,00
Soutien des surveillants††	-0,06	-0,17- 0,04	-0,03	-0,08	-0,19- 0,03	-0,03
Soutien des collègues††	0,06	-0,02- 0,14	0,03	0,12*	0,04- 0,20	0,07*
Menace de perdre son emploi§	0,05	-0,06- 0,15	0,02	0,04	-0,07- 0,14	0,02
Caractéristiques psychosociales						
Stress personnel§	0,55*	0,44- 0,65	0,25*	0,50*	0,40- 0,61	0,23*
Problème d'intimité§	0,22	-0,07- 0,51	0,04	0,39*	0,09- 0,69	0,06*
Sentiment de contrôle§	-0,17*	-0,20- -0,14	-0,26*	-0,19*	-0,22- -0,16	-0,28*
Comportements influant sur la santé						
Usage quotidien du tabac	0,16	-0,09- 0,42	0,03	0,42*	0,14- 0,69	0,06*
Personne inactive	0,09	-0,12- 0,29	0,02	0,02	-0,22- 0,26	0,00
Consommation abusive d'alcool	0,33*	0,11- 0,56	0,05*	0,55*	0,08- 1,02	0,05*
Personne obèse	-0,18	-0,47- 0,11	-0,02	-0,16	-0,48- 0,16	-0,02
Coordonnée à l'origine						
Coordonnée à l'origine	6,12	4,93- 7,31		6,85	5,77- 7,93	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995

Nota : Analyse fondée sur un échantillon de 3 111 hommes et 3 006 femmes; 472 hommes et 267 femmes ont été éliminés des modèles parce que des valeurs manquaient pour certaines variables. La catégorie « Données manquantes » a été incluse dans les modèles pour la profession, le travail autonome, le revenu du ménage, le stress au travail et l'obésité en vue de maximiser la taille de l'échantillon; cependant, les valeurs de B et de bêta ne sont pas présentées pour cette catégorie. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « travaille les fins de semaine » est « ne travaille pas les fins de semaine ».

† N'inclut pas les travailleurs faisant un quart normal de nuit.

‡ Catégorie de référence.

§ Codé de faible à élevé.

†† Codé d'élevé à faible.

* $p < 0,05$.

$R^2 = 0,26$; $R^2 \text{ corr.} = 0,25$; ddl = 31 et 3 079 pour les hommes.

$R^2 = 0,26$; $R^2 \text{ corr.} = 0,25$; ddl = 31 et 2 974 pour les femmes.

... N'ayant pas lieu de figurer.

de santé chroniques chez les travailleurs par quarts ne différait pas significativement de celle observée pour les travailleurs de jour (tableau 3).

La perturbation des rythmes circadiens et l'isolement social qu'entraîne le travail par quarts sont des facteurs qui pourraient contribuer aux problèmes de santé mentale^{26,32}. Le fait que les personnes qui travaillent par quarts dorment moins que celles qui ont un horaire normal de jour pourrait exacerber la situation (voir *Travail par quarts et sommeil*)^{28,29}. Pourtant, si l'on tient compte des caractéristiques démographiques et socioéconomiques et d'autres caractéristiques professionnelles, en 1994-1995, le niveau de détresse des hommes et des femmes travaillant par quarts

était comparable à celui des hommes et des femmes ayant un horaire de travail normal de jour (tableau 4). Autrement dit, les personnes qui travaillent par quarts n'étaient ni plus ni moins susceptibles que les autres de se sentir tristes, nerveuses, agitées, désespérées ou bonnes à rien, ou d'avoir l'impression que tout était un effort.

L'absence de lien transversal entre le travail par quarts et les problèmes de santé chroniques ou la détresse pourrait tenir au fait que nombre de travailleurs ont, dès le départ, de la difficulté à s'adapter au travail par quarts et passent à un horaire de travail normal de jour très rapidement⁴⁷. Pour ces travailleurs, les symptômes de maladie tels que les troubles du sommeil, les troubles

État de santé

Aux fins de la présente analyse, on a évalué deux aspects de l'état de santé, à savoir les problèmes de santé chroniques et la détresse psychologique.

Pour déterminer l'existence de *problèmes de santé chroniques*, on a demandé aux personnes qui ont participé à l'Enquête nationale sur la santé de la population si elles « souffraient d'un problème de santé de longue durée, c'est-à-dire un état qui persiste ou qui devrait persister six mois ou plus, diagnostiqué par un professionnel de la santé ». Puis on leur a lu une liste de problèmes de santé. Les problèmes de santé chroniques examinés ici sont l'asthme, l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos autres que ceux dus à l'arthrite, l'hypertension, la migraine, la bronchite chronique ou l'emphysème, le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer et les ulcères à l'estomac ou à l'intestin. Les personnes interrogées ont été catégorisées comme n'ayant « aucun » ou comme ayant « un ou plus » de ces problèmes de santé chroniques en 1994-1995. Pour l'analyse fondée sur les données du fichier longitudinal, on a considéré comme souffrant d'un nouveau problème de santé chronique les personnes qui ont déclaré en 1998-1999 souffrir d'au moins un problème figurant sur la liste qu'elles n'avaient pas déclaré en 1994-1995.

L'indice de *détresse* en 1994-1995 se fonde sur les réponses aux questions suivantes :

- Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire?
- Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) :
... nerveux(se)?

... agité(e) ou ne tenant pas en place?

... désespéré(e)?

... bon(ne) à rien?

- Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que tout était un effort?

La réponse à chaque question a été déterminée au moyen d'une échelle à cinq points : « tout le temps » (cote de 4), « la plupart du temps » (3), « parfois » (2), « pas souvent » (1) ou « jamais » (0). Pour chaque répondant, le score correspond à la somme des cotes obtenues pour les six questions; la fourchette de scores possibles varie de 0 à 24, la détresse étant d'autant plus prononcée que le score est élevé. Le score moyen était de 3,5, avec un écart type de 3,4. Pour tenir compte des valeurs aberrantes dues à l'asymétrie de la distribution, les scores supérieurs de plus de deux écarts type à la moyenne ont été plafonnés (autrement dit, les scores supérieurs à 10 ont été plafonnés à 10). Le plafonnement a eu lieu pour moins de 5 % des enregistrements. Pour les analyses fondées sur le fichier longitudinal, on a examiné la variation des scores de détresse. Pour chaque enregistrement figurant dans le fichier longitudinal, on a calculé la variation du score de détresse de 1994-1995 à 1996-1997 en soustrayant le score calculé pour 1994-1995 de celui calculé pour 1996-1997. De la même façon, la variation du score de 1994-1995 à 1998-1999 a été calculée en soustrayant la valeur obtenue pour 1994-1995 de celle obtenue pour 1998-1999. De nouveau, toute variation de plus ou moins deux écarts type par rapport à la moyenne a été plafonnée (environ 6 % des enregistrements).

Travail par quarts et sommeil

Bien que l'on pense que le quart de nuit soit celui qui perturbe le plus de sommeil¹, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 montrent que d'autres catégories de travail par quarts sont associées à des troubles du sommeil. Comparativement aux personnes qui ont un horaire normal de jour, les hommes et les femmes qui travaillent le quart normal de soirée, un quart rotatif ou un quart irrégulier ont tendance à éprouver certains problèmes, comme avoir de la difficulté à s'endormir ou à rester endormi, avoir moins de six heures de sommeil par période de 24 heures et ne pas considérer leur sommeil comme étant réparateur. Plusieurs chercheurs attribuent au bruit les troubles du sommeil des personnes qui travaillent par quarts, mais les perturbations des rythmes circadiens pourraient jouer un rôle plus important^{4, 20}.

Prévalence des troubles du sommeil, selon l'horaire de travail et le sexe, travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 2000-2001, Canada, territoires non compris

	Horaire normal de jour	Quart normal de soirée	Quart rotatif	Quart irrégulier	%			
Hommes								
Difficulté à s'endormir/à rester endormi la plupart du temps/quelquefois	38	45*	44*	41*				
Moins de 6 heures de sommeil	10	13	15*	16*				
Sommeil parfois réparateur	30	40*	36*	33				
Femmes								
Difficulté à s'endormir/à rester endormi la plupart du temps/quelquefois	48	49	51*	54*				
Moins de 6 heures de sommeil	9	13*	13*	11*				
Sommeil parfois réparateur	36	45*	43*	41*				

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001

† N'inclut pas les travailleurs faisant un quart normal de nuit.

* Valeur significativement différente de celle observée pour l'horaire normal de jour ($p < 0,05$).

gastro-intestinaux et les troubles de l'humeur se manifestent immédiatement³¹. On a utilisé les expressions « intolérance au travail par quarts » ou « syndrome de maladaptation au travail par quarts » pour décrire ce phénomène^{31,59}. Comme ces personnes ont tendance à cesser rapidement de travailler par quarts, leurs problèmes physiques et psychologiques pourraient ne pas ressortir lors d'une analyse transversale.

Situation à long terme

Alors que l'analyse des données transversales ne révèle aucun lien entre le travail par quarts et les problèmes de santé chroniques ou la détresse psychologique, l'analyse des données longitudinales de l'ENSP indique que le risque de manifester des problèmes de santé chroniques ou de la détresse psychologique était un peu plus élevé à long terme pour les personnes qui travaillaient par quarts en 1994-1995 que pour les autres.

Chez les hommes, le fait de ne pas avoir eu un horaire normal de jour en 1994-1995 était un prédicteur de la manifestation de problèmes chroniques au cours des quatre années suivantes (tableau 5). La cote exprimant le risque que l'on ait diagnostiqué au moins un nouveau problème de santé chronique en 1998-1999 est plus élevée pour les hommes qui travaillaient le quart normal de soirée ou un quart rotatif ou irrégulier en 1994-1995 que pour ceux qui travaillaient durant les heures normales de la journée.

Chez les femmes, le fait de ne pas avoir eu un horaire normal de travail de jour en 1994-1995 n'est pas associé au diagnostic de nouveaux problèmes de santé chroniques. Il se pourrait que les femmes soient plus enclines que les hommes à travailler par quarts pour répondre à d'autres besoins, comme s'occuper de la famille ou poursuivre des études. Certains chercheurs pensent que la détermination à travailler par quarts pourrait être le facteur personnel le plus fortement associé à la capacité de tolérer cette modalité de travail⁴⁷. Il se pourrait aussi que certains problèmes de santé chroniques observés chez les femmes soient associés au travail par quarts, mais la taille limitée des échantillons n'a guère permis d'effectuer l'analyse à un niveau de détail permettant de déceler ces associations.

Chez les hommes comme chez les femmes, le travail par quarts en soirée en 1994-1995 est associé à l'augmentation de la détresse psychologique observée de 1994-1995 à 1996-1997 (tableau 6). Cependant, en 1998-1999, le niveau de détresse moyen anticipé des personnes qui faisaient le quart normal de soirée en 1994-1995 n'était guère différent de celui des personnes qui avaient un horaire normal de jour (tableau 7).

Tableau 5

Rapports corrigés de cotes reliant certaines caractéristiques en 1994-1995 à l'incidence des problèmes de santé chroniques entre 1994-1995 et 1998-1999, selon le sexe, travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Hommes		Femmes	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Horaire de travail[†]				
Horaire normal de jour [‡]	1,0	...	1,0	...
Quart normal de soirée	2,0*	1,0- 4,1	1,0	0,5- 2,0
Quart rotatif	1,7*	1,1- 2,5	1,2	0,7- 1,9
Quart irrégulier	1,7*	1,1- 2,7	1,0	0,7- 1,5
Profession				
Cols blancs [‡]	1,0	...	1,0	...
Travail de bureau	1,5	0,7- 2,9	1,0	0,7- 1,3
Vente/services	1,1	0,7- 1,8	1,2	0,8- 1,7
Cols bleus	1,1	0,8- 1,6	1,2	0,7- 2,1
Heures travaillées par semaine				
1 à 29	0,9	0,5- 1,8	0,8	0,6- 1,1
30 à 40 [‡]	1,0	...	1,0	...
Plus de 40	0,9	0,6- 1,1	0,8	0,6- 1,1
Travail les fins de semaine	0,7*	0,5- 1,0	1,0	0,8- 1,4
Travailleur autonome	1,2	0,8- 1,7	0,9	0,6- 1,4
Groupe d'âge				
18 à 24 ans	0,9	0,4- 1,8	0,9	0,5- 1,6
25 à 34 ans [‡]	1,0	...	1,0	...
35 à 44 ans	1,5*	1,1- 2,1	1,4*	1,0- 1,9
45 à 54 ans	1,7*	1,2- 2,5	1,9*	1,3- 2,7
Marié(e)	1,4	1,0- 2,1	0,9	0,7- 1,2
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage	0,6*	0,4- 0,9	1,0	0,8- 1,4
Diplôme d'études postsecondaires	1,0	0,8- 1,4	0,9	0,7- 1,2
Revenu du ménage faible	1,1	0,8- 1,5	1,1	0,8- 1,5
Stress au travail				
Fortes tensions et contraintes au travail	1,0	0,7- 1,5	1,3	1,0- 1,7
Fortes exigences physiques	1,2	0,8- 1,6	0,9	0,7- 1,2
Faible soutien des surveillants	1,1	0,7- 1,5	1,2	0,8- 1,6
Faible soutien des collègues	1,0	0,7- 1,3	1,1	0,8- 1,4
Emploi fortement menacé	1,1	0,7- 1,5	0,9	0,6- 1,2
Caractéristiques psychosociales				
Stress personnel intense	1,2	0,9- 1,6	1,0	0,8- 1,3
Problème d'intimité	1,0	0,7- 1,4	1,2	0,9- 1,7
Faible sentiment de contrôle	1,0	0,7- 1,5	1,3	1,0- 1,7
Comportements influant sur la santé				
Usage quotidien du tabac	1,4*	1,1- 1,9	1,1	0,8- 1,5
Personne inactive	1,0	0,7- 1,2	0,9	0,7- 1,1
Consommation abusive d'alcool	0,8	0,6- 1,1	1,3	0,8- 2,1
Personne obèse	2,0*	1,4- 2,8	1,7*	1,2- 2,4
Un ou plusieurs problèmes de santé chroniques en 1994-1995	1,0	0,7- 1,3	1,2	0,9- 1,6

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

Nota : Analyse fondée sur un échantillon de 2 284 hommes et 2 273 femmes; 497 hommes et 594 femmes ont été catégorisés comme ayant reçu le diagnostic d'un nouveau problème de santé chronique entre 1994-1995 et 1998-1999; 236 hommes et 84 femmes ont été éliminés des modèles parce que des valeurs manquaient pour certaines variables. La catégorie « Données manquantes » a été incluse dans les modèles pour la profession, le travail autonome, le revenu du ménage, le stress au travail et l'obésité en vue de maximiser la taille de l'échantillon; cependant, les rapports de cotes ne sont pas présentés pour cette catégorie. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « travaille les fins de semaine » est « ne travaille pas les fins de semaine ». Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure ou supérieure est égale à 1,0 sont significatifs.

† N'inclut pas les travailleurs faisant un quart normal de nuit.

‡ Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau 6

Coefficients de régression reliant certaines caractéristiques en 1994-1995 à la variation du niveau de détresse psychologique entre 1994-1995 et 1996-1997, selon le sexe, travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Hommes			Femmes		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta
Horaire de travail†						
Horaire normal de jour‡	...	...	...	...	...	...
Quart normal de soirée	0,86*	0,14- 1,57	0,07*	0,62*	0,01- 1,22	0,04*
Quart rotatif	0,06	-0,34- 0,45	0,01	0,20	-0,37- 0,76	0,02
Quart irrégulier	0,23	-0,10- 0,57	0,03	0,32	-0,25- 0,88	0,03
Profession						
Cols blancs‡	...	...	...	...	...	...
Travail de bureau	0,31	-0,33- 0,95	0,03	0,03	-0,29- 0,36	0,01
Vente/services	-0,03	-0,40- 0,35	0,00	0,03	-0,37- 0,42	0,00
Cols bleus	0,09	-0,24- 0,42	0,02	-0,23	-0,86- 0,41	-0,02
Heures travaillées par semaine						
1 à 29	-0,17	-0,66- 0,32	-0,02	-0,08	-0,41- 0,25	-0,01
30 à 40‡	...	...	...	...	...	...
Plus de 40	-0,13	-0,39- 0,13	-0,02	0,01	-0,33- 0,34	0,00
Travail les fins de semaine						
Travailleur autonome	-0,10	-0,41- 0,21	-0,01	-0,22	-0,67- 0,24	-0,02
Âge						
Marié(e)	0,03	-0,33- 0,39	0,00	0,03	-0,26- 0,33	0,01
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage						
Diplôme d'études postsecondaires	0,10	-0,16- 0,36	0,02	0,18	-0,11- 0,48	0,03
Revenu du ménage faible	-0,29*	-0,57- -0,02	-0,05*	0,30	-0,03- 0,62	0,05
Stress au travail						
Tensions et contraintes au travail§	-0,03	-0,47- 0,41	0,00	0,15	-0,28- 0,58	0,02
Exigences physiques§	0,05	-0,05- 0,15	0,03	0,06	-0,05- 0,17	0,03
Soutien des surveillants††	0,01	-0,11- 0,12	0,00	0,05	-0,07- 0,17	0,02
Soutien des collègues††	0,13*	0,04- 0,21	0,07*	0,01	-0,08- 0,09	0,00
Menace de perdre son emploi§	0,06	-0,07- 0,18	0,02	0,01	-0,10- 0,13	0,01
Caractéristiques psychosociales						
Stress personnel§	0,15*	0,02- 0,28	0,07*	0,14*	0,02- 0,26	0,06*
Problème d'intimité§	-0,16	-0,45- 0,12	-0,03	0,16	-0,14- 0,45	0,02
Sentiment de contrôle§	0,01	-0,03- 0,04	0,01	-0,05*	-0,09- -0,02	-0,08*
Comportements influant sur la santé						
Usage quotidien du tabac	0,25*	0,01- 0,50	0,04*	0,19	-0,15- 0,52	0,03
Personne inactive	0,18	-0,04- 0,41	0,03	0,02	-0,24- 0,28	0,00
Consommation abusive d'alcool	-0,15	-0,42- 0,12	-0,02	0,18	-0,41- 0,78	0,01
Personne obèse	-0,10	-0,42- 0,22	-0,01	-0,19	-0,56- 0,18	-0,02
Niveau de détresse en 1994-1995	-0,60*	-0,66- -0,54	-0,63*	-0,60*	-0,65- -0,55	-0,66*
Coordonnée à l'origine	-0,03	-1,37- 1,31		1,18	-0,20- 2,56	

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

Nota : Analyse fondée sur un échantillon de 2 151 hommes et 2 150 femmes; 369 hommes et 207 femmes ont été éliminés des modèles parce que des valeurs manquaient pour certaines variables. La catégorie « Données manquantes » a été incluse dans les modèles pour la profession, le travail autonome, le revenu du ménage, le stress au travail et l'obésité en vue de maximiser la taille de l'échantillon; cependant, les valeurs de B et de bêta ne sont pas présentées pour cette catégorie. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « travaille les fins de semaine » est « ne travaille pas les fins de semaine ».

† N'inclut pas les travailleurs faisant un quart normal de nuit.

‡ Catégorie de référence.

§ Codé de faible à élevé.

†† Codé d'élevé à faible.

* $p < 0,05$.

$R^2 = 0,37$; $R^2 \text{ corr.} = 0,36$; $ddl = 32$ et 2 118 pour les hommes.

$R^2 = 0,37$; $R^2 \text{ corr.} = 0,36$; $ddl = 32$ et 2 117 pour les femmes.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau 7

Coefficients de régression reliant certaines caractéristiques en 1994-1995 à la variation du niveau de détresse psychologique entre 1994-1995 et 1998-1999, selon le sexe, travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Hommes			Femmes		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta
Horaire de travail[†]						
Horaire normal de jour [‡]
Quart normal de soirée	0,44	-0,34- 1,21	0,03	0,46	-0,27- 1,19	0,03
Quart rotatif	-0,31	-0,67- 0,05	-0,04	0,40	-0,33- 1,13	0,04
Quart irrégulier	-0,04	-0,47- 0,39	0,00	-0,08	-0,65- 0,49	-0,01
Profession						
Cols blancs [‡]
Travail de bureau	0,17	-0,54- 0,88	0,01	-0,07	-0,43- 0,30	-0,01
Vente/services	0,43*	-0,01- 0,88	0,06*	-0,17	-0,61- 0,27	-0,02
Cols bleus	0,06	-0,28- 0,39	0,01	-0,20	-0,70- 0,31	-0,02
Heures travaillées par semaine						
1 à 29	0,15	-0,45- 0,75	0,01	0,17	-0,18- 0,52	0,02
30 à 40 [‡]
Plus de 40	-0,11	-0,41- 0,19	-0,02	-0,17	-0,54- 0,20	-0,02
Travail les fins de semaine						
	-0,15	-0,43- 0,13	-0,03	-0,28	-0,60- 0,04	-0,04
Travailleur autonome						
	-0,11	-0,46- 0,25	-0,01	-0,13	-0,69- 0,43	-0,01
Âge						
	0,01	-0,01- 0,03	0,03	-0,01	-0,02- 0,01	-0,02
Marié(e)						
	-0,22	-0,59- 0,14	-0,04	-0,02	-0,36- 0,32	0,00
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage						
	0,29	-0,01- 0,58	0,05	-0,25	-0,59- 0,09	-0,04
Diplôme d'études postsecondaires						
	-0,04	-0,33- 0,24	-0,01	0,13	-0,21- 0,46	0,02
Revenu du ménage faible						
	-0,33*	-0,62- -0,04	-0,05*	0,26	-0,10- 0,61	0,04
Stress au travail						
Tensions et contraintes au travail [§]	-0,17	-0,59- 0,25	-0,02	0,12	-0,31- 0,55	0,01
Exigences physiques [§]	0,02	-0,09- 0,13	0,01	0,02	-0,12- 0,15	0,01
Soutien des surveillants ^{††}	0,00	-0,13- 0,13	0,00	0,10	-0,03- 0,24	0,04
Soutien des collègues ^{††}	0,12*	0,04- 0,21	0,07*	-0,02	-0,11- 0,07	-0,01
Menace de perdre son emploi [§]	0,20*	0,06- 0,33	0,08*	-0,17*	-0,32- -0,02	-0,07*
Caractéristiques psychosociales						
Stress personnel [§]	0,09	-0,02- 0,20	0,04	0,04	-0,07- 0,15	0,02
Problème d'intimité [§]	-0,16	-0,49- 0,18	-0,02	0,29	-0,04- 0,62	0,04
Sentiment de contrôle [§]	0,00	-0,03- 0,04	0,00	-0,06*	-0,10- -0,02	-0,08*
Comportements influant sur la santé						
Usage quotidien du tabac	0,08	-0,19- 0,35	0,01	0,30	-0,06- 0,66	0,04
Personne inactive	0,15	-0,10- 0,39	0,03	-0,16	-0,44- 0,12	-0,03
Consommation abusive d'alcool	0,09	-0,20- 0,38	0,01	-0,13	-0,77- 0,51	-0,01
Personne obèse	-0,10	-0,43- 0,24	-0,01	0,04	-0,36- 0,44	0,00
Niveau de détresse en 1994-1995						
	-0,63*	-0,69- -0,57	-0,62*	-0,59*	-0,65- -0,53	-0,62*
Coordonnée à l'origine						
	-0,14	-1,56- 1,27		3,01*	1,38- 4,64	

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

Nota : Analyse fondée sur un échantillon de 2 150 hommes et 2 148 femmes; 370 hommes et 209 femmes ont été éliminés des modèles parce que des valeurs manquaient pour certaines variables. La catégorie « Données manquantes » a été incluse dans les modèles pour la profession, le travail autonome, le revenu du ménage, le stress au travail et l'obésité en vue de maximiser la taille de l'échantillon; cependant, les valeurs de B et de bêta ne sont pas présentées pour cette catégorie. Sauf indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « travaille les fins de semaine » est « ne travaille pas les fins de semaine ».

[†] N'inclut pas les travailleurs faisant un quart normal de nuit.

[‡] Catégorie de référence.

[§] Codé de faible à élevé.

^{††} Codé d'élevé à faible.

* $p < 0,05$.

$R^2 = 0,38$; $R^2 \text{ corr.} = 0,37$; $ddl = 32$ et $2\ 117$ pour les hommes.

$R^2 = 0,35$; $R^2 \text{ corr.} = 0,34$; $ddl = 32$ et $2\ 115$ pour les femmes.

... N'ayant pas lieu de figurer.

L'absence de lien transversal entre le travail par quarts et le sentiment de détresse, et la réduction de cette détresse après quatre années chez les personnes qui faisaient le quart de soirée en 1994-1995 donnent

Tendances concernant le travail par quarts

Au cours de la dernière décennie, la proportion de travailleurs canadiens n'ayant pas un horaire normal de jour a fort peu varié. Selon l'Enquête sur les horaires et les conditions de travail (novembre 1991 et novembre 1995), le volet transversal des trois premiers cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001), la proportion de personnes occupées déclarant travailler par quarts est restée assez stable, de l'ordre de 30 %.

Pour la période antérieure à 1990, on dispose de peu de renseignements sur le pourcentage de travailleurs qui avaient d'autres horaires de travail que l'horaire normal de jour et les données limitées qui existent posent des problèmes de comparaison⁶⁰. Cependant, certaines données chronologiques indiquent que la prévalence du travail par quarts a augmenté au Canada et aux États-Unis au cours des années 1970 et 1980 à cause de la croissance du secteur des services et de l'augmentation spectaculaire de la proportion d'étudiants travaillant durant l'année scolaire^{48,60}.

Pourcentage de travailleurs ayant un horaire autre que normal de jour, selon le sexe, travailleurs de 18 à 54 ans, Canada, territoires non compris, certaines années, 1991 à 2000-2001

	Hommes	Femmes
	%	
Enquête sur les horaires et les conditions de travail de 1991 (novembre)	28	29
Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995	31	27
Enquête sur les horaires et les conditions de travail de 1995 (novembre)	33	30
Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997	30	28
Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999	31	28
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001	31	28

Nota : Il n'existe aucun écart significatif entre les pourcentages enregistrés pour les femmes pour diverses années; pour les hommes, le taux calculé d'après l'Enquête sur les horaires et les conditions de travail de 1995 surpasse le taux calculé d'après les données du cycle de 1991 de cette enquête ($p < 0,05$, corrigé pour les comparaisons multiples).

à penser que celles-ci ont cessé de travailler par quarts ou qu'elles ont appris à s'adapter à un horaire de travail anormal.

Une population active mouvante

Bien que la proportion globale de Canadiens travaillant par quarts ait peu varié ces 10 dernières années, l'abandon du travail par quarts est la règle plutôt que l'exception (voir *Tendances concernant le travail par quarts*). Dans la majorité des cas, les travailleurs par quarts passent à un horaire de jour normal plutôt qu'à une autre forme de travail par quarts, ou se retirent entièrement du marché du travail (données non présentées).

Parmi les personnes qui, en 1994-1995, travaillaient selon le quart normal de soirée, le quart rotatif ou le quart irrégulier, moins de une sur cinq avait encore le même horaire de travail en 1996-1997 et en 1998-1999 (tableau 8). Enfin, la proportion de travailleurs faisant un quart irrégulier en

Tableau 8
Horaire de travail en 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, selon le sexe, travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 1994-1995, Canada, territoires non compris

Horaire de travail ¹ , 1994-1995	Emploi toute l'année, 1994-1995	Même horaire, 1996-1997	Même horaire, 1996-1997 et 1998-1999
	milliers	%	%
Hommes			
Horaire normal de jour	3 847	85	74
Quart normal de soirée	259	30*E1	F*
Quart rotatif	604	49*	32*
Quart irrégulier	722	27*	12*E1
Femmes			
Horaire normal de jour	3 252	85	76
Quart normal de soirée	168	37*	19*E2
Quart rotatif	358	50*	27*
Quart irrégulier	483	30*	11*E1

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

Nota : Fondé sur un échantillon longitudinal de 2 520 hommes et 2 357 femmes. Parmi les hommes, 1 786 avaient un horaire normal de jour, 98 faisaient un quart normal de soirée, 301 faisaient un quart rotatif et 335 faisaient un quart irrégulier en 1994-1995. Pour les femmes, les tailles d'échantillon sont 1 772 pour l'horaire normal de jour, 103 pour le quart normal de soirée, 241 pour le quart rotatif et 241 pour le quart irrégulier.

† N'inclut pas les travailleurs faisant un quart normal de nuit.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

* Valeur significativement différente de celle observée pour l'horaire normal de jour ($p < 0,05$).

1994-1995 qui avaient gardé le même horaire de travail en 1996-1997 et en 1998-1999 est à peine de 12 % pour les hommes et de 11 % pour les femmes. En revanche, environ 75 % des hommes et des femmes qui travaillaient durant les heures normales de la journée en 1994-1995 le faisaient encore en 1996-1997 et en 1998-1999.

Mot de la fin

Environ 3 travailleurs canadiens sur 10 ne travaillent pas durant les heures normales de la journée. La plupart travaillent par quarts parce que leur emploi l'exige plutôt que par choix. À quelques exceptions près, le travail par quarts a tendance à être le lot des personnes jeunes, non mariées, ayant fait peu d'études et peu nanties.

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population, les personnes qui travaillent par quarts

risquent d'éprouver plusieurs problèmes psychosociaux. En 1994-1995, le stress au travail était assez courant chez ces personnes : tensions et contraintes au travail pour celles faisant le quart normal de soirée ou un quart rotatif; menace de perdre son emploi pour celles faisant un quart rotatif ou irrégulier. Les hommes qui faisaient le quart normal de soirée en 1994-1995 étaient plus susceptibles que ceux ayant un horaire normal de jour de n'avoir qu'un faible sentiment de contrôle et d'éprouver des problèmes d'intimité. Ils étaient aussi plus susceptibles de fumer quotidiennement. Dans le cas des femmes, le travail par quarts irréguliers était associé à un stress personnel intense et le travail par quarts rotatifs, à un faible sentiment de contrôle.

Même si l'on tient compte de l'effet du stress au travail, du stress personnel, des comportements qui

Limites

Il n'a pas été possible, dans l'analyse, de tenir compte de l'effet de la durée du travail par quarts, ce qui pourrait obscurcir l'association entre ce dernier et les caractéristiques étudiées de l'état de santé.

La variable de travail par quarts est dérivée d'après les renseignements recueillis sur l'emploi principal des personnes interrogées (voir *Caractéristiques de l'emploi*). Or, certaines personnes occupaient plus d'un emploi dont l'horaire était peut-être différent de celui de l'emploi principal.

La petite taille des échantillons a empêché de procéder à une analyse complète de certaines questions. Par exemple, il n'a pas été possible d'analyser en détail les transitions vers le travail par quarts ou hors du travail par quarts au fil du temps (entre les cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population). De surcroît, il a fallu exclure les travailleurs du quart de nuit de la plupart des analyses fondées sur les données de l'ENSP. Dans le cas du fichier longitudinal de l'ENSP, 29 hommes et 49 femmes seulement faisaient le quart de nuit en 1994-1995. Il a été envisagé de regrouper ces personnes avec celles qui faisaient le quart de soirée ou un quart rotatif. Toutefois, cette mesure aurait pu fausser les analyses et rendre difficile l'interprétation des résultats.

Les tailles d'échantillon étaient également assez petites pour le quart normal de soirée (98 hommes et 103 femmes), ce qui, dans certains cas, peut avoir produit des résultats statistiquement non significatifs.

Il a aussi été nécessaire de grouper les problèmes de santé chroniques. Or, il se pourrait que certains problèmes dont souffre

une personne soient significativement associés au travail par quarts, mais que d'autres ne le soient pas. En outre, le suivi sur quatre ans, de 1994-1995 à 1998-1999, pourrait être trop bref pour que se dégage l'effet complet de l'association entre le travail par quarts et les problèmes de santé chroniques. Dans le cas de l'ENSP, un problème de santé chronique est défini comme étant un état qui persiste ou qui devrait persister six mois ou plus, diagnostiqué par un professionnel de la santé. Or, il est impossible de savoir si les problèmes de santé déclarés satisfont à tous ces critères. De plus, la déclaration par procuration était permise pour les questions sur les problèmes de santé chroniques, ce qui pourrait influencer sur les taux de prévalence et d'incidence déclarés⁶¹. Les diagnostics n'ayant pas été confirmés par une source indépendante, des inexactitudes pourraient exister dans les données recueillies par procuration, ainsi que dans les données autodéclarées.

Lors du premier cycle (1994-1995) de l'ENSP, la plupart des entrevues ont été réalisées sur place. Pour les cycles subséquents (1996-1997 et 1998-1999), la plupart ont été réalisées par téléphone. Dans une certaine mesure, la variation du niveau de détresse psychologique d'un cycle à l'autre pourrait refléter cette modification de la méthode de collecte des données. Certaines études laissent entendre que recueillir des renseignements sur des symptômes psychiques par téléphone donnent lieu à une sous-estimation des problèmes comparativement aux entrevues sur place⁶². Par contre, d'autres études ne révèlent aucune différence significative^{63,64}.

influent sur la santé, du statut socioéconomique et d'autres facteurs liés au travail, la cote exprimant le risque que l'on ait diagnostiqué un nouveau problème de santé chronique dans l'intervalle de quatre ans entre 1994-1995 et 1998-1999 est plus élevée pour les hommes faisant le quart normal de soirée, un quart rotatif ou un quart irrégulier que pour ceux travaillant durant les heures normales de la journée. Pour les hommes comme pour les femmes, avoir fait le quart normal de soirée en 1994-1995 est associé à une augmentation du niveau de la détresse psychologique en 1996-1997. Or, comme en témoignent les résultats d'autres études, l'analyse des données de l'ENSP donne à penser qu'il existe un lien entre la santé mentale et le travail par quarts^{25,27-30}. Toutefois, l'association est significative pour les données longitudinales, mais non pour les données transversales.

Le quart normal de soirée est particulièrement problématique pour les hommes. La capacité apparemment plus grande des femmes à s'adapter à de telles modalités de travail pourrait tenir au fait

qu'elles sont plus susceptibles que les hommes de les choisir pour pouvoir s'occuper de leur famille. Lorsqu'il en est ainsi, faire partie de l'équipe du soir peut même leur permettre de tenir compte d'autres priorités.

Étant donné les problèmes qu'éprouvent les personnes qui travaillent par quarts, il n'est pas surprenant que la plupart ne gardent pas longtemps ce genre d'horaire de travail. Dans les deux ans, la plupart des travailleurs de quarts observés avaient modifié leur horaire de travail ou avaient cessé de travailler. Ce résultat correspond à ceux d'autres études suggérant qu'il existe un « effet de survivant en bonne santé », autrement dit que les personnes qui continuent à travailler par quarts forment un groupe plus robuste disposé à tolérer le stress qu'engendrent ces modalités de travail et capable de le faire^{12,17,25,47}. ●

Références

1. M.J. Colligan et R.R. Rosa, « Shiftwork effects on social and family life », *Occupational Medicine*, 5(2), 1990, p. 315-322.
2. J.M. Harrington, « Shift work and health—a critical review of the literature on working hours », *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 23(5), 1994, p. 699-705.
3. T. Åkerstedt, « Sleepiness as a consequence of shift work », *Sleep*, 11(1), 1988, p. 17-34.
4. T. Åkerstedt, « Psychological and psychophysiological effects of shift work », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 16 (Supplement 1), 1990, p. 67-73.
5. D. Brugère, J. Barrit, C. Butat *et al.*, « Shiftwork, age, and health: An epidemiologic investigation », *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 3(Supplement 2), 1997, p. S15-S19.
6. M. Härmä, L. Tenkanen, T. Sjöblom *et al.*, « Combined effects of shift work and life-style on the prevalence of insomnia, sleep deprivation and daytime sleepiness », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 24(4), 1998, p. 300-307.
7. I. Niedhammer, F. Lert et M.J. Marne, « Effects of shift work on sleep among French nurses. A longitudinal study », *Journal of Occupational Medicine*, 36(6), 1994, p. 667-674.
8. K.R. Parkes, « Shiftwork, job type, and the work environment as joint predictors of health-related outcomes », *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(3), 1999, p. 256-268.
9. D.I. Tepas et A.B. Carvalhais, « Sleep patterns of shiftworkers », *Occupational Medicine*, 5(2), 1990, p. 199-208.
10. H. Bøggild et A. Knutsson, « Shift work, risk factors and cardiovascular disease », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 25(2), 1999, p. 85-99.
11. I. Kawachi, G.A. Colditz, M.J. Stampfer *et al.*, « Prospective study of shift work and risk of coronary heart disease in women », 92(11), 1995, p. 3178-3182.
12. A. Knutsson, T. Åkerstedt, B.G. Jonsson *et al.*, « Increased risk of ischemic heart disease in shift workers », *Lancet*, 2(8498), 1986, p. 89-92.
13. A. Knutsson, « Shift work and coronary heart disease », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health Supplementum*, 44, 1989, p. 1-36.
14. K. Murata, E. Yano et T. Shinozaki, « Cardiovascular dysfunction due to shift work », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41(9), 1999, p. 748-753.
15. L. Tenkanen, T. Sjöblom, R. Kalimo *et al.*, « Shift work, occupation and coronary heart disease over 6 years of follow-up in the Helsinki Heart Study », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 23(4), 1997, p. 257-265.
16. L. Tenkanen, T. Sjöblom et M. Härmä, « Joint effect of shift work and adverse life-style factors on the risk of coronary heart disease », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 24(5), 1998, p. 351-357.
17. Y. Morikawa, H. Nakagawa, K. Miura *et al.*, « Relationship between shift work and onset of hypertension in a cohort of manual workers », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 25(2), 1999, p. 100-104.

18. K. Segawa, S. Nakazawa, Y. Tsukamoto *et al.*, « Peptic ulcer is prevalent among shift workers », *Digestive Diseases and Sciences*, 32(5), 1987, p. 449-453.
19. F. Tuchsén, H.J. Jeppesen et E. Bach, « Employment status, non-daytime work and gastric ulcer in men », *International Journal of Epidemiology*, 23(2), 1994, p. 365-370.
20. G. Costa, « The problem: shiftwork », *Chronobiology International*, 14(2), 1997, p. 89-98.
21. T. Nurminen, « Shift work and reproductive health », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 24(Supplement 3), 1998, p. 28-34.
22. S. Davis, D.K. Mirick et R.G. Stevens, « Night shift work, light at night, and risk of breast cancer », *Journal of the National Cancer Institute*, 93(20), 2001, p. 1557-1562.
23. J. Hansen, « Light at night, shiftwork, and breast cancer risk », *Journal of the National Cancer Institute*, 93(20), 2001, p. 1513-1515.
24. A.J. Scott, « Shift work and health », *Primary Care*, 27(4), 2000, p. 1057-1079.
25. P. Bohle et A.J. Tilley, « The impact of night work on psychological well-being », *Ergonomics*, 32(9), 1989, p. 1089-1099.
26. N.P. Gordon, P.D. Cleary, C.E. Parker *et al.*, « The prevalence and health impact of shiftwork », *American Journal of Public Health*, 76(10), 1986, p. 1225-1258.
27. D. Healy, D.S. Minors, et J.M. Waterhouse, « Shiftwork, helplessness and depression », *Journal of Affective Disorders*, 29(1), 1993, p. 17-25.
28. F.M. Puca, S. Perrucci, M.P. Prudenzeno *et al.*, « Quality of life in shift work syndrome », *Functional Neurology*, 11(5), 1996, p. 261-268.
29. A.J. Scott, T.H. Monk et L.L. Brink, « Shiftwork as a risk factor for depression: A pilot study », *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 3(Supplement 2), 1997, p. S2-S9.
30. C.S. Smith, C. Robie, S. Folkard *et al.*, « A process model of shiftwork and health », *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(3), 1999, p. 207-218.
31. A.J. Scott et J. LaDou, « Shiftwork: effects on sleep and health with recommendations for medical surveillance and screening », *Occupational Medicine*, 5(2), 1990, p. 273-299.
32. R.J. Cole, R.T. Loving et D.F. Kripke, « Psychiatric aspects of shiftwork », *Occupational Medicine*, 5(2), 1990, p. 301-314.
33. A. Knutsson, T. Åkerstedt et B.G. Jonsson, « Prevalence of risk factors for coronary artery disease among day and shift workers », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 14(5), 1988, p. 317-321.
34. K. Olsson, I. Kandolin et K. Kauppinen-Toropainen, « Stress and coping strategies of three-shift workers », *Le Travail Humain*, 53(2), 1990, p. 175-188.
35. E. Taylor, R.B. Briner et S. Folkard, « Models of shiftwork and health: an examination of the influence of stress on shiftwork theory », *Human Factors*, 39(1), 1997, p. 67-82.
36. S. Cohen et T.B. Herbert, « Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology », *Annual Review of Psychology*, 47, 1996, p. 113-142.
37. S. Cohen, D.A. Tyrrell et A.P. Smith, « Psychological stress and susceptibility to the common cold », *The New England Journal of Medicine*, 325(9), 1991, p. 606-612.
38. T. Koehler, « Stress and rheumatoid arthritis: A survey of empirical evidence in human and animal studies », *The Journal of Psychosomatic Research*, 29(6), 1985, p. 655-663.
39. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
40. 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).
41. 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).
42. 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).
43. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
44. 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.
45. M. Härmä, « Ageing, physical fitness and shiftwork tolerance », *Applied Ergonomics*, 27(1), 1996, p. 25-29.
46. L.K. Glazner, « Shiftwork: its effect on workers », *AAOHN Journal*, 39(9), 1991, p. 416-421.
47. M. Härmä, « Individual differences in tolerance to shiftwork: a review », *Ergonomics*, 36(1-3), 1993, p. 101-109.
48. H.B. Presser, « Job, family, and gender: determinants of nonstandard work schedules among employed Americans in 1991 », *Demography*, 32(4), 1995, p. 577-598.
49. H. Bosma, M.G. Marmot, H. Hemingway *et al.*, « Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study », *British Medical Journal*, 314(7080), 1997, p. 558-565.
50. R. Bourbonnais, C. Brisson, J. Moisan *et al.*, « Job strain and psychological distress in white-collar workers », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 22(2), 1996, p. 139-145.
51. S. Braun et R.B. Hollander, « Work and depression among women in the Federal Republic of Germany », *Women and Health*, 14(2), 1988, p. 3-26.
52. R.A. Karasek, D. Baker, F. Marxer *et al.*, « Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men », *American Journal of Public Health*, 71(7), 1981, p. 694-705.
53. R.A. Karasek, « Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, 24, 1979, p. 285-308.

54. K.C. Light, J.R. Turner et A.L. Hinderliter, « Job strain and ambulatory work blood pressure in healthy young men and women », *Hypertension*, 20(2), 1992, p. 214-218.
55. Statistique Canada, « Stress et bien-être », dans *Santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme*, 12(3), 2001, p. 23-36 (numéro spécial de *Rapports sur la santé*, n° 82-003 au catalogue).
56. K. Wilkins et M.P. Beaudet, « Le stress au travail et la santé », *Rapports sur la santé*, 10(3), 1998, p. 49-66 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
57. 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.
58. T. Stephens, C.L. Craig et B.F. Ferris, « Adult physical activity in Canada: findings from the Canada Fitness Survey. », *Canadian Journal of Public Health*, 77(4), 1986, p. 285-290.
59. H. Ogińska, J. Pokorski et A. Ogińska, « Gender, ageing, and shiftwork intolerance », *Ergonomics*, 36(1-3), 1993, p. 161-168.
60. D. Sunter, « Le travail par postes », *L'emploi et le revenu en perspective*, 1993, 5(1), p. 17-26 (Statistique Canada, n° 75-001 au catalogue).
61. M. Shields, « Enquête nationale sur la santé de la population – Déclaration par procuration », *Rapports sur la santé*, 12(1), 2000, p. 23-44 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
62. R. Henson, A. Rothet et C.F. Cannell, « Personal versus telephone interviews: the effects of telephone reinterviews on reporting of psychiatric symptomatology. », In: *National Center for Health Services Research Report Series: Field Experiments in Health Reporting, 1971-1977*, Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, Survey Research Center, Institute for Social Research, 1977, p. 205-212.
63. C.S. Aneshensel et P.A. Yokopenic, « Tests for the comparability of a causal model of depression under two conditions of interviewing », *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(5), 1985, p. 1337-1348.
64. K.B. Wells, M.A. Burnam, B. Leake *et al.*, « Agreement between face-to-face and telephone-administered versions of the depression section of the NIMH Diagnostic Interview Schedule », *Journal of Psychiatric Research*, 22(3), 1988, p. 207-220.

Annexe

Tableau A
Distribution de la prévalence et de l'incidence des problèmes de santé chroniques, travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Hommes			Femmes		
	Taille de l'échantillon	Population estimative		Taille de l'échantillon	Population estimative	
		milliers	%	milliers	milliers	%
Total - Fichier transversal de 1994-1995	3 583	5 524	100,0	3 273	4 369	100,0
Problème(s) de santé chronique(s) en 1994-1995						
Aucun	2 480	3 867	70,0	2 069	2 880	65,9
Un ou plus	1 099	1 651	29,9	1 201	1 487	34,0
Données manquantes	4	F	F	3	F	F
Total - Fichier longitudinal	2 520	5 448	100,0	2 357	4 269	100,0
Problème(s) de santé chronique(s) diagnostiqué(s) entre 1994-1995 et 1998-1999						
Aucun	1 970	4 249	78,0	1 724	3 163	74,1
Un ou plus	543	1 184	21,7	626	1 089	25,5
Données manquantes	7	F	F	7	F	F

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

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

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Tableau B
Score moyen de détresse psychologique, selon le sexe, travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Échantillon de participants	Données manquantes	Moyenne pondérée
Hommes			
Score de détresse en 1994-1995	3 350	233	2,9
Variation du score			
De 1994-1995 à 1998-1999	2 324	196	-0,6
De 1994-1995 à 1996-1997	2 325	195	-0,6
Femmes			
Score de détresse en 1994-1995	3 214	59	3,4
Variation du score			
De 1994-1995 à 1998-1999	2 312	45	-0,7
De 1994-1995 à 1996-1997	2 308	49	-0,7

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

Tableau C

Distribution de certaines caractéristiques, selon le sexe, travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 1994-1995, Canada, territoires non compris, Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995

	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes			
	Taille de l'échantillon	Population estimative milliers	%	Taille de l'échantillon	Population estimative milliers	%	Taille de l'échantillon	Population estimative milliers	%	Taille de l'échantillon	Population estimative milliers	%	
Total	3 583	5 524	100,0	3 273	4 369	100,0							
Horaire de travail[†]													
Horaire normal de jour	2 507	3 933	71,2	2 431	3 298	75,5							
Quart normal de soirée	137	261	4,7	149	187	4,3							
Quart rotatif	465	618	11,2	335	372	8,5							
Quart irrégulier	471	711	12,9	356	509	11,7							
Données manquantes	3	F	F	2	F	F							
Profession													
Cols blancs	1 086	1 732	31,4	1 286	1 676	38,4							
Travail de bureau	173	334	6,0	825	1 118	25,6							
Vente/services	561	895	16,2	725	941	21,5							
Cols bleus	1 587	2 276	41,2	242	370	8,5							
Données manquantes	176	286	5,2	195	263	6,0							
Heures travaillées par semaine													
1 à 29	217	401	7,3	708	1 005	23,0							
30 à 40	1 681	2 629	47,6	1 908	2 529	57,9							
Plus de 40	1 669	2 470	44,7	653	831	19,0							
Données manquantes	16	F	F	4	F	F							
Travail les fins de semaine													
Oui	1 561	2 321	42,0	1 206	1 476	33,8							
Non	2 019	3 201	58,0	2 065	2 890	66,2							
Données manquantes	3	F	F	2	F	F							
Travailleur autonome													
Oui	607	961	17,4	296	422	9,7							
Non	2 897	4 455	80,6	2 873	3 811	87,2							
Données manquantes	79	109	2,0	104	136	3,1							
Groupe d'âge													
18 à 24 ans	362	519	9,4	374	479	11,0							
25 à 34 ans	1 120	1 684	30,5	1 058	1 375	31,5							
35 à 44 ans	1 183	1 887	34,2	1 062	1 499	34,3							
45 à 54 ans	918	1 435	26,0	779	1 015	23,2							
Marié(e)													
Oui	2 434	4 054	73,4	2 108	3 045	69,7							
Non	1 149	1 470	26,6	1 164	1 321	30,2							
Données manquantes	0	0	0	1	F	F							
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage													
Oui	1 193	2 147	38,9	1 102	1 614	37,0							
Non	2 390	3 377	61,1	2 171	2 755	63,0							
Niveau de scolarité													
Pas de diplôme d'études postsecondaires	2 172	3 231	58,5	1 881	2 482	56,8							
Diplôme d'études postsecondaires	1 406	2 285	41,4	1 389	1 884	43,1							
Données manquantes	5	F	F	3	F	F							
Revenu du ménage													
Faible	1 086	1 596	28,9	1 118	1 354	31,0							
Élevé	2 361	3 668	66,4	2 053	2 865	65,6							
Données manquantes	136	260	4,7	102	151	3,4							
							Fortes tensions et contraintes au travail						
							Oui	620	910	16,5	973	1 255	28,7
							Non	2 604	3 845	69,6	2 101	2 758	63,1
							Données manquantes	359	769	13,9	199	356	8,1
							Fortes exigences physiques						
							Oui	1 632	2 317	41,9	1 274	1 603	36,7
							Non	1 592	2 439	44,1	1 800	2 411	55,2
							Données manquantes	359	769	13,9	199	356	8,1
							Faible soutien des surveillants						
							Oui	577	906	16,4	495	681	15,6
							Non	2 647	3 850	69,7	2 579	3 332	76,3
							Données manquantes	359	769	13,9	199	356	8,1
							Faible soutien des collègues						
							Oui	1 012	1 518	27,5	1 071	1 445	33,1
							Non	2 212	3 237	58,6	2 003	2 568	58,8
							Données manquantes	359	769	13,9	199	356	8,1
							Emploi fortement menacé						
							Oui	569	901	16,3	631	807	18,5
							Non	2 655	3 855	69,8	2 443	3 206	73,4
							Données manquantes	359	769	13,9	199	356	8,1
							Stress personnel intense						
							Oui	1 104	1 714	31,0	1 367	1 889	43,2
							Non	2 245	3 387	61,3	1 843	2 393	54,8
							Données manquantes	234	423	7,7	63	87	2,0
							Problèmes d'intimité						
							Oui	801	1 166	21,1	823	1 081	24,7
							Non	2 557	3 960	71,7	2 396	3 215	73,6
							Données manquantes	225	398	7,2	54	73	1,7
							Faible sentiment de contrôle						
							Oui	684	1 030	18,6	764	1 019	23,3
							Non	2 666	4 092	74,1	2 445	3 253	74,4
							Données manquantes	233	403	7,3	64	98	2,2
							Usage quotidien du tabac						
							Oui	1 067	1 587	28,7	832	1 067	24,4
							Non	2 515	3 933	71,2	2 441	3 302	75,6
							Données manquantes	1	F	F	0	0	0
							Personne inactive						
							Oui	1 928	2 935	53,1	2 007	2 800	64,1
							Non	1 445	2 221	40,2	1 218	1 505	34,4
							Données manquantes	210	368	6,7	48	65 ^{E1}	1,5 ^{E1}
							Consommation abusive d'alcool						
							Oui	898	1 154	20,9	222	254	5,8
							Non	2 610	4 266	77,2	3 011	4 057	92,9
							Données manquantes	75	104	1,9	40	57 ^{E1}	1,3 ^{E1}
							Personne obèse						
							Oui	499	665	12,0	377	454	10,4
							Non	2 992	4 667	84,5	2 680	3 611	82,7
							Données manquantes	92	192	3,5	216	304	7,0

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués. Comme les questions sur les tensions et contraintes au travail, les exigences physiques, le soutien du surveillant et des collègues, la menace pesant sur l'emploi, le stress personnel, les problèmes d'intimité, le sentiment de contrôle et l'activité physique n'ont pas été posées par procuration, le pourcentage de valeurs manquantes est plus élevé pour ces variables. À cause d'un défaut de fonctionnement de l'application d'interview assistée par ordinateur durant le troisième trimestre de la collecte des données de 1994-1995, les questions sur le stress au travail n'ont pas été posées aux participants francophones à l'enquête, ce qui augmente encore davantage la proportion de valeurs manquantes pour ces variables.

† N'inclut pas les travailleurs faisant un quart normal de nuit.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

F Coefficient de variation supérieure à 33,3 %.

Tableau D

Distribution de certaines caractéristiques, selon le sexe, travailleurs de 18 à 54 ans ayant occupé un emploi toute l'année en 1994-1995, Canada, territoires non compris, Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995, 1996-1997, et 1998-1999

	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	Taille de l'échantillon	Population estimative milliers	%	Taille de l'échantillon	Population estimative milliers	%	Taille de l'échantillon	Population estimative milliers	%	Taille de l'échantillon	Population estimative milliers	%
Total	2 520	5 448	100,0	2 357	4 269	100,0						
Horaires de travail[†]												
Horaires normaux de jour	1 786	3 863	70,9	1 772	3 258	76,3						
Quart normal de soirée	98	259	4,8	103	168	3,9				1 320	2 386	55,9
Quart rotatif	301	604	11,1	241	359	8,4				147	340	8,0
Quart irrégulier	335	722	13,2	241	484	11,3						
Profession												
Cols blancs	771	1 675	30,7	944	1 682	39,4				362	672	15,7
Travail de bureau	133	323	5,9	613	1 083	25,4				1 848	3 258	76,3
Vente/services	393	918	16,8	507	917	21,5				147	340	8,0
Cols bleus	1 106	2 270	41,7	171	365	8,6						
Données manquantes	117	263	4,8	122	222	5,2						
Heures travaillées par semaine												
1 à 29	145	379	7,0	511	1 004	23,5						
30 à 40	1 198	2 642	48,5	1 383	2 455	57,5						
Plus de 40	1 167	2 401	44,1	460	805	18,9						
Données manquantes	10	F	F	3	F	F						
Travail les fins de semaine												
Oui	1 069	2 267	41,6	833	1 408	33,0						
Non	1 451	3 181	58,4	1 524	2 861	67,0						
Travailleur autonome												
Oui	433	926	17,0	203	395	9,3						
Non	2 035	4 412	81,0	2 087	3 758	88,0				38	69 ^{E1}	1,6 ^{E1}
Données manquantes	52	111 ^{E1}	2,0 ^{E1}	67	116 ^{E1}	2,7 ^{E1}						
Groupe d'âge												
18 à 24 ans	262	547	10,0	257	449	10,5						
25 à 34 ans	770	1 636	30,0	745	1 317	30,9						
35 à 44 ans	830	1 892	34,7	786	1 533	35,9						
45 à 54 ans	658	1 373	25,2	569	969	22,7						
Marié(e)												
Oui	1 721	4 003	73,5	1 525	3 040	71,2						
Non	799	1 445	26,5	832	1 229	28,8						
Enfant(s) de moins de 12 ans dans le ménage												
Oui	849	2 186	40,1	821	1 657	38,8						
Non	1 671	3 262	59,9	1 536	2 612	61,2						
Niveau de scolarité												
Pas de diplôme d'études postsecondaires	1 512	3 209	58,9	1 323	2 410	56,4						
Diplôme d'études postsecondaires	1 004	2 230	40,9	1 031	1 854	43,4						
Données manquantes	4	F	F	3	F	F						
Revenu du ménage												
Faible	759	1 543	28,3	805	1 332	31,2						
Élevé	1 659	3 648	67,0	1 480	2 790	65,4						
Données manquantes	102	257	4,7	72	147	3,4						
Fortes tensions et contraintes au travail												
Oui	427	914	16,8	692	1 210	28,4						
Non	1 820	3 800	69,8	1 518	2 719	63,7						
Données manquantes	273	733	13,5	147	340	8,0						
Fortes exigences physiques												
Oui	1 137	2 315	42,5							890	1 543	36,2
Non	1 110	2 399	44,0							1 320	2 386	55,9
Données manquantes	273	733	13,5							147	340	8,0
Faible soutien des surveillants												
Oui	398	870	16,0							362	672	15,7
Non	1 849	3 845	70,6							1 848	3 258	76,3
Données manquantes	273	733	13,5							147	340	8,0
Faible soutien des collègues												
Oui	698	1 540	28,3							770	1 425	33,4
Non	1 549	3 175	58,3							1 440	2 505	58,7
Données manquantes	273	733	13,5							147	340	8,0
Emploi fortement menacé												
Oui	386	860	15,8							458	802	18,8
Non	1 861	3 854	70,7							1 752	3 128	73,3
Données manquantes	273	733	13,5							147	340	8,0
Stress personnel intense												
Oui	735	1 657	30,4							978	1 858	43,5
Non	1 615	3 389	62,2							1 341	2 342	54,9
Données manquantes	170	402	7,4							38	69 ^{E1}	1,6 ^{E1}
Problèmes d'intimité												
Oui	552	1 169	21,4							590	1 068	25,0
Non	1 806	3 891	71,4							1 735	3 147	73,7
Données manquantes	162	388	7,1							32	54 ^{E1}	1,3 ^{E1}
Faible sentiment de contrôle												
Oui	462	999	18,3							562	1 006	23,6
Non	1 893	4 061	74,5							1 760	3 187	74,6
Données manquantes	165	388	7,1							35	77 ^{E1}	1,8 ^{E1}
Usage quotidien du tabac												
Oui	735	1 490	27,3							589	1 045	24,5
Non	1 784	3 953	72,6							1 768	3 224	75,5
Données manquantes	1	F	F							0	0	0
Personne inactive												
Oui	1 358	2 914	53,5							1 480	2 794	65,5
Non	1 008	2 172	39,9							850	1 429	33,5
Données manquantes	154	362	6,6							27	46 ^{E1}	1,1 ^{E1}
Consommation abusive d'alcool												
Oui	611	1 120	20,6							146	232	5,4
Non	1 858	4 232	77,7							2 184	3 984	93,3
Données manquantes	51	96 ^{E1}	1,8 ^{E1}							27	52 ^{E1}	1,2 ^{E1}
Personne obèse												
Oui	335	674	12,4							283	448	10,5
Non	2 117	4 558	83,7							1 928	3 552	83,2
Données manquantes	68	216 ^{E1}	4,0							146	270	6,3

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme pourrait ne pas correspondre aux totaux indiqués. Comme les questions sur les tensions et contraintes au travail, les exigences physiques, le soutien du surveillant et des collègues, la menace pesant sur l'emploi, le stress personnel, les problèmes d'intimité, le sentiment de contrôle et l'activité physique n'ont pas été posées par procuration, le pourcentage de valeurs manquantes est plus élevé pour ces variables. À cause d'un défaut de fonctionnement de l'application d'interview assistée par ordinateur durant le troisième trimestre de la collecte des données de 1994-1995, les questions sur le stress au travail n'ont pas été posées aux participants francophones à l'enquête, ce qui augmente encore davantage la proportion de valeurs manquantes pour ces variables.

† N'inclut pas les travailleurs faisant un quart normal de nuit.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Perte et regain de l'autonomie chez les personnes âgées

Laurent Martel, Alain Bélanger et Jean-Marie Berthelot

Résumé

Objectifs

Le présent article vise à cerner les facteurs de risque associés à la perte et au regain de l'autonomie de la population à domicile âgée de 65 ans et plus.

Sources des données

Les données proviennent de la composante longitudinale des deux premiers cycles (1994-1995 et 1996-1997) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. Des renseignements supplémentaires sont tirés de la composante transversale de l'ENSP de 1998-1999.

Techniques d'analyse

L'analyse descriptive permet d'estimer le nombre de personnes âgées qui ont perdu ou regagné leur autonomie entre 1994-1995 et 1996-1997. La régression logistique sert ici à examiner les liens entre la perte et le regain de l'autonomie et des variables démographiques, comportementales et socioéconomiques ainsi que des problèmes de santé chroniques.

Principaux résultats

Une association significative a été observée entre, d'une part, l'âge, le sexe et les séquelles d'un accident vasculaire cérébral et, d'autre part, la perte et le regain de l'autonomie chez les personnes âgées. La bronchite et l'emphysème, le diabète, la maladie cardiaque, le poids, l'activité physique, le niveau de scolarité et le revenu du ménage étaient associés à la perte de l'autonomie mais non à son regain. Chez les personnes âgées dépendantes ayant des maux de dos ou une incontinence urinaire ou qui étaient des fumeurs, la cote exprimant la possibilité qu'elles retrouvent leur autonomie était faible.

Mots-clés

Vie autonome, activités de la vie quotidienne, activités instrumentales de la vie quotidienne, limitation des activités

Auteurs

Laurent Martel (613-951-2352; laurent.martel@statcan.ca) et Alain Bélanger (613-951-2326; alain.belanger@statcan.ca) travaillent à la Division de la démographie et Jean-Marie Berthelot (613-951-3760; jean-marie.berthelot@statcan.ca) travaille au Groupe d'analyse et de mesure de la santé, tous trois à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Selon les dernières projections de Statistique Canada, la proportion de personnes âgées dans la population doublera d'ici 2031¹. Le Canada compte aujourd'hui près de 4 millions de personnes âgées de 65 ans et plus; dans 30 ans, selon le scénario de croissance moyenne, elles seront 8,7 millions, dont 2,3 millions âgées de 80 ans et plus. L'âge est fortement associé à l'apparition de maladies chroniques, de limitations des activités et d'incapacités ainsi qu'au placement en établissement de santé. Cette augmentation du nombre de personnes âgées exercera donc sans doute des pressions croissantes sur le système de santé².

Les politiques visant à relever les défis que présente une population vieillissante, par exemple à maintenir l'autonomie, doivent être fondées sur une bonne connaissance de la perte de la santé fonctionnelle à la vieillesse. La plupart des nombreux articles sur ce sujet traitent de la prévalence de l'incapacité et des facteurs qui y sont associés³. Toutefois, cette prévalence est le résultat d'événements – manifestation d'un état d'incapacité et sortie de cet état – survenus dans le passé, tandis que les variables explicatives utilisées dans nombre d'études ont été mesurées au même moment que le résultat.

Méthodologie

Sources des données

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), qui a été lancée en 1994-1995, permet de recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Seules les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées sont exclues du champ de l'enquête. L'ENSP comprend une composante longitudinale ainsi qu'une composante transversale.

Les données de l'ENSP sont réparties en deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. Les renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de chaque membre des ménages participants sont regroupés dans le Fichier général. Les renseignements détaillés supplémentaires sur la santé recueillis auprès d'un membre sélectionné au hasard dans chaque ménage participant, ainsi que les renseignements du Fichier général se rapportant à cette personne, sont regroupés dans le Fichier santé.

Sur 17 626 personnes sélectionnées au hasard en 1994-1995, 14 786 satisfaisaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal, de même que 468 personnes auprès desquelles seuls des renseignements généraux ont été recueillis. En outre, 2 022 des 2 383 personnes de moins de 12 ans sélectionnées au hasard satisfaisaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal. Donc, 17 276 personnes remplissaient les conditions pour être réinterviewées en 1996-1997. Le taux de réponse obtenu était de 93,6 %. Des 16 168 personnes ayant participé à l'enquête en 1996-1997, 15 670 ont fourni des renseignements complets, c'est-à-dire qu'elles ont fourni des renseignements généraux et des renseignements détaillés sur leur santé lors des deux cycles de l'enquête ou qu'elles étaient décédées ou avaient été placées en établissement. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP sont décrits plus en détail dans les rapports publiés au sujet de l'enquête^{4,5}.

L'échantillon longitudinal analysé dans le présent article se composait de 2 546 personnes âgées de 65 ans et plus faisant partie de la population à domicile en 1994-1995. De ces personnes, 2 028 étaient autonomes en 1994-1995 et 518 étaient dépendantes.

Pour les besoins de la présente analyse, le groupe des personnes autonomes (celles qui « risquaient » de devenir dépendantes) a été établi en soustrayant les 88 décès qui se sont produits entre 1994-1995 et 1996-1997. (Le groupe de celles qui risquaient de perdre leur autonomie était donc uniquement composé de personnes qui étaient en vie au moment des deux cycles de l'ENSP.) En outre, 19 cas ont été exclus à cause de valeurs manquantes pour les variables utilisées pour définir les états de santé

fonctionnelle. On a ainsi obtenu 1 921 personnes qui risquaient de perdre leur autonomie au cours de la période de deux ans.

Le groupe des personnes dépendantes, donc susceptibles de regagner leur autonomie, a été établi en soustrayant les 113 décès qui s'étaient produits en 1996-1997 et les 6 cas pour lesquels des valeurs manquaient parmi les 518 personnes âgées dépendantes faisant partie de la population à domicile en 1994-1995. On a ainsi obtenu 399 personnes faisant partie de la population à domicile qui étaient susceptibles de regagner leur autonomie (tableau A en annexe).

Les personnes qui vivaient en établissement de soins prolongés à l'une et l'autre date étaient, par définition, dépendantes et ont donc été exclues de l'analyse. En outre, le très petit nombre de personnes âgées ($n = 5$) qui ont quitté un établissement de soins pour vivre à domicile entre 1994-1995 et 1996-1997 ont néanmoins été considérées comme étant dépendantes d'autrui et ont été exclues de l'analyse, puisque des renseignements détaillés n'étaient pas disponibles sur ces personnes (graphique A en annexe).

L'analyse se fonde aussi sur les données transversales de la composante des ménages du cycle de 1998-1999 de l'ENSP concernant le pourcentage de la population des personnes âgées ayant besoin d'aide pour accomplir chacune des activités sur lesquelles est fondée la définition de la dépendance. Le taux de réponse global pour 1998-1999 a été de 88,2 %. Les données ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population des ménages des 10 provinces. Le sous-échantillon de cette analyse était composé de 2 851 personnes âgées de 65 ans et plus.

Techniques d'analyse

On a demandé aux participants si, à cause d'un problème de santé de longue durée, ils avaient besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), par exemple se donner des soins personnels comme se laver, s'habiller ou manger, se déplacer dans la maison, préparer les repas, faire les courses d'épicerie ou autres courses, accomplir les tâches ménagères quotidiennes et faire de gros travaux d'entretien. Les participants dans la catégorie « autonomes » ont déclaré ne pas avoir besoin d'aide pour accomplir ces activités ou bien seulement pour faire de gros travaux d'entretien. Les participants étaient classés dans la catégorie « dépendants » s'ils avaient besoin d'aide pour accomplir au moins une de ces tâches (sauf les gros travaux d'entretien).

Méthodologie – fin

Entre 1994-1995 et 1996-1997, il y a eu 283 transitions de personnes âgées de l'état d'autonomie à celui de dépendance et 138 transitions en sens inverse (graphique A en annexe). Les personnes admises dans un établissement de soins de longue durée entre 1994-1995 et 1996-1997 étaient jugées avoir subi une perte d'autonomie; plus particulièrement, les 28 participants qui étaient autonomes en 1994-1995 mais qui vivaient en établissement de soins prolongés en 1996-1997 ont été ajoutés aux 255 personnes faisant partie de la population à domicile qui étaient autonomes en 1994-1995 mais qui étaient devenues dépendantes en 1996-1997. Les 29 personnes membres de la population à domicile qui étaient dépendantes en 1994-1995, mais qui vivaient en établissement de soins deux ans plus tard étaient considérées comme des personnes dépendantes à l'une et l'autre date.

Des totalisations croisées fondées sur le fichier longitudinal ont ici permis d'estimer la proportion de personnes âgées vivant dans un ménage qui ont perdu ou regagné leur autonomie entre 1994-1995 et 1996-1997, selon le sexe, l'âge, les conditions de logement, les problèmes de santé chroniques, l'indice de masse corporelle, l'activité physique, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, le niveau de scolarité, le revenu du ménage et la résidence en milieu urbain ou rural. Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour explorer la relation entre la perte ou le regain de l'autonomie et l'ensemble choisi de facteurs démographiques, socioéconomiques et comportementaux, ainsi que les problèmes de santé chroniques (voir *Définitions*). Les mêmes variables indépendantes ont été utilisées pour ajuster les différentes régressions afin d'évaluer l'effet de chaque facteur sur la perte ou le regain de l'autonomie, ce qui permet en outre de comparer les résultats des deux régressions.

Les estimations ont été pondérées de manière à représenter la population de personnes âgées au Canada en 1994-1995. Pour tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode *bootstrap*⁶⁻⁸.

Toutefois, les résultats de certaines enquêtes menées aux États-Unis, notamment la *Longitudinal Survey on Aging*, la *National Long-term Care Survey* ou la *Health and Retirement Survey*, ont montré le caractère dynamique de la santé fonctionnelle. Par exemple, certaines personnes, même très âgées, peuvent retrouver leur autonomie après un épisode de dépendance⁹⁻¹⁸.

En 1994-1995, Statistique Canada a lancé l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) qui comporte un panel longitudinal. Parce qu'elle permet de repérer les transitions entre des états de santé fonctionnelle et qu'elle contient des renseignements sur une vaste gamme de caractéristiques liées à la santé, cette enquête a ouvert la voie aux recherches sur les facteurs qui prédisposent les personnes à la perte comme au regain de la santé fonctionnelle^{19,20}. Une analyse des transitions entre états de santé fonctionnelle dans une perspective longitudinale permet de mesurer les déterminants de la santé préalablement aux transitions ainsi que d'examiner les facteurs associés à la perte et au regain de l'autonomie. À l'aide des données longitudinales de l'ENSP, le présent article identifie certains des facteurs de risque significatifs sur le plan statistique associés à la perte et au regain de l'autonomie entre 1994-1995 et 1996-1997 chez les Canadiens âgés (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*).

La capacité de déceler les transitions entre l'autonomie et la dépendance peut varier selon la durée de la période étudiée²¹. Selon les estimations, les épisodes de dépendance durent en moyenne 18 mois dans le cas d'une incapacité modérée et 23 mois dans le cas d'une incapacité grave²². Une comparaison de l'état fonctionnel au début et à la fin d'une longue période (p. ex., de quatre ans ou plus) peut omettre de nombreuses transitions intermédiaires entre l'autonomie et la dépendance. Par conséquent, la présente analyse ne porte que sur les deux premiers cycles de l'ENSP, soit 1994-1995 et 1996-1997. En outre, il est judicieux de n'utiliser que les données des deux premiers cycles, puisque le panel longitudinal est représentatif seulement de la population canadienne en 1994-1995. Par conséquent, le présent article diffère d'une analyse précédente des transitions fonctionnelles fondée sur l'ENSP²⁰.

Cadre conceptuel

Étant donné les nombreux déterminants de la santé fonctionnelle, l'élaboration d'un cadre conceptuel permettant d'analyser la perte et le regain de l'autonomie chez les personnes âgées présente tout

Définitions

On a demandé aux participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) si, à cause d'un problème de santé de longue durée, ils avaient besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir certaines tâches, d'après les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)²³ et les activités de la vie quotidienne (AVQ)²⁴, en leur posant la question suivante : « À cause de votre état ou d'un problème de santé, avez-vous besoin qu'une autre personne vous aide à : a) préparer les repas? b) faire les courses d'épicerie ou autres courses? c) accomplir les tâches ménagères quotidiennes? d) faire de gros travaux d'entretien comme laver les murs ou travailler dans la cour? e) vous donner des soins personnels comme vous laver, vous habiller ou manger? f) vous déplacer dans la maison? » Pour être classé comme *autonome*, un participant devait être sans dépendance aucune ou ne déclarer être dépendant que pour les gros travaux d'entretien. Les participants étaient classés comme *dépendants* s'ils avaient besoin d'aide pour préparer les repas, faire les courses, accomplir les tâches ménagères quotidiennes, se déplacer dans la maison ou se donner des soins personnels.

Cinq *groupes d'âge* (en 1994-1995) ont été utilisés pour les besoins de la présente analyse, soit 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 à 84 ans, et 85 ans et plus.

Le *mode de vie* a été défini de manière à correspondre à trois situations : vit avec le conjoint, que d'autres personnes fassent partie du ménage ou non; vit seul; et vit avec d'autres personnes mais non le conjoint.

Pour déterminer la présence de *problèmes de santé chroniques*, les participants se sont vu demander s'ils avaient « des problèmes de santé de longue durée, soit un état qui persiste ou qui devrait persister six mois ou plus, qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé ». Une liste de problèmes de santé leur a été lue, problèmes parmi lesquels les suivants ont été pris en considération dans la présente analyse : l'asthme, l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite), la bronchite ou l'emphysème, le diabète, les maladies cardiaques, le cancer, les séquelles d'un accident vasculaire cérébral, l'incontinence urinaire, et le glaucome ou les cataractes.

L'*indice de masse corporelle (IMC)* a été calculé en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres et on a regroupé les données ainsi obtenues en quatre catégories pour les besoins de la présente analyse : poids insuffisant (IMC de 18,5 ou moins), poids normal (plus de 18,5 et moins de 25), embonpoint ou obésité (25 ou plus) et « données manquantes ». La catégorie « données manquantes » était nécessaire pour conserver le plus grand nombre de cas possible dans l'analyse multivariée. Les catégories d'IMC sont celles approuvées par l'Organisation mondiale de la santé²⁵ et diffèrent des normes canadiennes²⁶.

L'*activité physique* s'entend de l'activité durant les loisirs. La fréquence de l'activité physique était fondée sur le nombre de fois où les participants avaient participé à des activités physiques pendant au moins 15 minutes au cours des trois mois précédents. Les participants ont été classés comme actifs (au moins quatre fois par mois) ou inactifs (moins de quatre fois par mois).

L'*usage du tabac* a été déterminé d'après les réponses aux questions suivantes : « À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes tous les jours? », « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? » et « Avez-vous déjà fumé des cigarettes à un moment quelconque? » Pour les besoins de la présente analyse, les participants ont été répartis en deux catégories, soit celle des fumeurs (fume tous les jours, fume à l'occasion mais a déjà fumé à tous les jours, et fumait tous les jours mais a cessé de fumer au cours de l'année) et celle des non-fumeurs (a toujours fumé à l'occasion, fumait tous les jours mais a cessé de fumer depuis au moins un an, fumait à l'occasion, et n'a jamais fumé).

Pour déterminer la *consommation d'alcool* en 1994-1995, on a posé aux participants la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées? » Les participants ont été classés dans l'un des deux groupes, soit celui des buveurs courants (au moins 14 verres par semaine) et celui des buveurs occasionnels et des non-buveurs (moins de 14 verres par semaine ou ne boit pas).

Les participants ont été regroupés en deux catégories selon le *niveau de scolarité*, c'est-à-dire le plus haut niveau de scolarité atteint en 1994-1995, soit niveau inférieur au diplôme d'études postsecondaires et diplôme d'études postsecondaires ou niveau supérieur.

Le *revenu du ménage* a été défini d'après le nombre de personnes vivant dans le ménage et le revenu total du ménage provenant de toutes sources durant les 12 mois précédant l'interview de 1994-1995.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Faible	1 ou 2	Moins de 15 000 \$
	3 ou 4	Moins de 20 000 \$
	5 ou plus	Moins de 30 000 \$
Moyen/élevé	1 ou 2	15 000 \$ et plus
	3 ou 4	20 000 \$ et plus
	5 ou plus	30 000 \$ et plus

Le *lieu de résidence* a été défini comme étant rural ou urbain. Un milieu urbain est une région habitée en permanence par au moins 1 000 habitants et dont la densité de population est d'au moins 400 personnes au kilomètre carré.

un défi. Des progrès considérables ont néanmoins été faits au cours des trois dernières décennies sur le plan de la compréhension des processus qui entrent en cause. Le cadre proposé pour les besoins de la présente analyse s'inspire des travaux d'Anderson *et al.*²⁷, d'Evans et Stoddard²⁸ et de Verbrugge et Jetté²⁹, et tient compte aussi de l'approche axée sur la santé de la population élaborée par Santé Canada³. L'analyse examine cinq grandes catégories de facteurs susceptibles d'influer sur la santé fonctionnelle : les variables démographiques, les problèmes de santé chroniques, les facteurs comportementaux, les variables socioéconomiques et le lieu de résidence.

Trois variables démographiques sont incluses dans la présente analyse, soit le sexe, l'âge et le mode de vie. Des études portant sur les transitions entre états de santé fonctionnelle soulignent le lien étroit qui existe entre l'âge et la perte de l'autonomie^{12,15,16}.

Les résultats d'études transversales montrent que la prévalence des incapacités est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, surtout à cause de la plus grande propension des femmes à développer des maladies chroniques invalidantes. L'association entre le sexe et l'autonomie est toutefois moins évidente : elle existe selon les résultats de certaines études^{12,17,20,30}, tandis que d'autres études, qui tiennent compte de la mortalité et du placement en établissement de santé, ne révèlent pas d'association^{15,16,31}.

Le mode de vie est fortement corrélé à l'état matrimonial, qui est significativement associé au placement en établissement de santé^{32,33}. Toutefois, alors que certains chercheurs³⁰ n'ont constaté aucun lien entre la perte de l'autonomie et l'état matrimonial, d'autres¹² ont trouvé que les personnes mariées étaient plus susceptibles de regagner leur autonomie après un épisode de dépendance, ce qui laisse supposer que le conjoint joue peut-être un rôle majeur dans ce processus. En outre, les personnes non mariées étaient plus susceptibles que les personnes mariées de perdre leur autonomie.

Comme on pouvait s'y attendre, certaines maladies chroniques peuvent avoir un effet sur l'autonomie. Elles peuvent même être des déterminants plus importants que l'âge, ce qui porte à croire que

l'autonomie est d'abord et avant tout une question de santé et non d'âge¹⁵. La présente analyse tient compte des effets des maladies suivantes : l'asthme, l'arthrite, les maux de dos, la bronchite ou l'emphysème, le diabète, la maladie cardiaque, le cancer, les accidents vasculaires cérébraux, l'incontinence urinaire ainsi que le glaucome et les cataractes.

L'analyse porte sur quatre facteurs liés aux habitudes de vie : le poids tel que mesuré par l'indice de masse corporelle (IMC), l'activité physique, l'usage du tabac et la consommation d'alcool. L'indice de masse corporelle (IMC) a été inclus dans le modèle en raison des effets néfastes qu'ont sur la santé l'embonpoint et l'obésité^{3,34-39}. Bien que les liens qui existent entre l'obésité et l'autonomie demeurent largement inexplorés, les résultats de recherches récentes montrent que l'obésité chez les personnes plus âgées est associée aux limitations des activités, surtout sur le plan de la mobilité, ainsi qu'aux maladies chroniques³⁷.

L'activité physique est associée à la santé tant physique que mentale^{19,40}. En outre, l'inactivité est reconnue comme étant un important facteur de risque de maladie coronarienne et d'autres problèmes de santé graves³.

Contrairement aux liens entre l'usage du tabac et la mortalité, l'incidence de l'usage du tabac sur la perte de l'autonomie a fait l'objet de peu d'attention, même si certaines études ont montré que l'usage du tabac non seulement réduit l'espérance de vie, mais accroît également le fardeau de l'incapacité^{41,42}.

La consommation d'alcool n'a pas fait l'objet d'une attention particulière en tant que facteur de risque associé aux changements de l'état de santé fonctionnelle. Cependant, il est reconnu qu'une consommation d'alcool modérée a des effets bénéfiques sur la santé, notamment la santé cardiaque^{43,44}.

Deux variables socioéconomiques sont incluses dans le modèle, soit le niveau de scolarité et le revenu du ménage. Les personnes dont le niveau de scolarité est plus faible et qui disposent d'un revenu plus faible sont généralement en moins bonne santé et plus susceptibles de décéder prématurément que les personnes plus aisées et dont le niveau de scolarité

est plus élevé³. Le niveau de scolarité, tout particulièrement, est lié aux habitudes de vie qui peuvent prévenir ou retarder l'apparition de maladies ou d'incapacités⁴⁵. En outre, les personnes dont le niveau de scolarité est plus faible sont plus susceptibles de perdre leur autonomie¹².

Enfin, le modèle utilise le lieu de résidence comme indicateur de l'accès aux soins de santé. On fait la distinction entre les personnes âgées vivant en milieu rural et celles vivant en milieu urbain en supposant que ces dernières ont davantage accès aux services de santé, ce qui pourrait contribuer à leur capacité de vivre de façon autonome.

L'autonomie diminue avec l'âge

Des 2,5 millions de personnes âgées autonomes et faisant partie de la population à domicile en 1994-1995, 14 % (soit un nombre estimé à 348 800 personnes) étaient devenues dépendantes en 1996-1997, c'est-à-dire qu'elles avaient besoin de l'aide d'une autre personne pour accomplir au moins

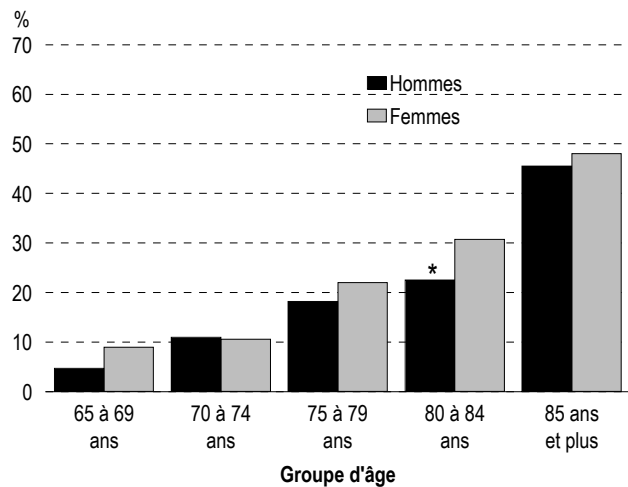
l'une des activités suivantes : la préparation des repas, les courses, les tâches ménagères quotidiennes, les soins personnels (se laver, s'habiller, prendre un bain) ou se déplacer dans la maison (voir *Besoin d'aide en 1998-1999*). Durant la même période, 32 % des personnes âgées qui étaient dépendantes en 1994-1995 ont regagné leur autonomie, soit environ 140 900 personnes.

Dans le cas de l'un et l'autre sexe, la probabilité de perte de l'autonomie a tendance à augmenter avec l'âge (graphique 1, tableau 1). Près de la moitié des aînés autonomes âgés de 85 ans et plus en 1994-1995 étaient devenus dépendants deux ans plus tard. Par contre, 7 % des personnes autonomes âgées de 65 à 69 ans en 1994-1995 étaient dépendantes en 1996-1997.

La probabilité de regagner l'autonomie avait tendance à diminuer avec l'âge. En outre, parmi les aînés dépendants âgés de moins de 75 ans en 1994-1995, les hommes étaient significativement plus susceptibles que les femmes de regagner leur

Graphique 1

Pourcentage de personnes âgées autonomes en 1994-1995 mais dépendantes en 1996-1997, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile† âgée de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris



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

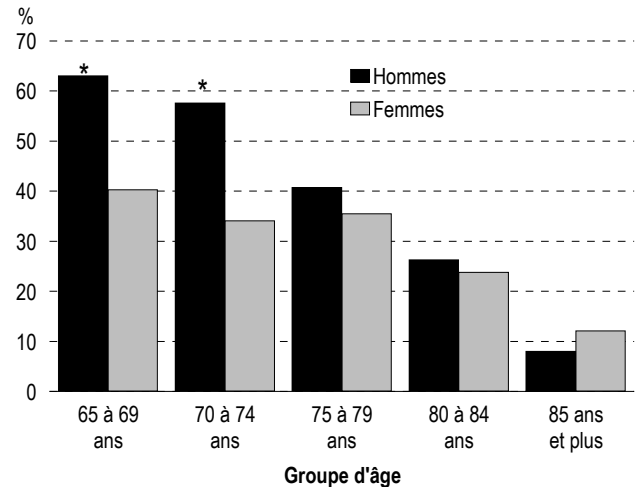
Nota : Pour l'un et l'autre sexe, les pourcentages des personnes qui étaient autonomes en 1994-1995 mais dépendantes en 1996-1997 étaient considérablement plus élevés dans les groupes d'âge des 75 à 79 ans, 80 à 84 ans et 85 ans et plus que dans le groupe des 65 à 69 ans ($p \leq 0,05$).

† Comprend les personnes qui étaient autonomes en 1994-1995 mais qui vivaient en établissement de soins de santé en 1996-1997.

* Valeur significativement plus faible que celle observée pour les femmes ($p \leq 0,05$).

Graphique 2

Pourcentage de personnes âgées dépendantes en 1994-1995 mais autonomes en 1996-1997, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris



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

Nota : Pour l'un et l'autre sexe, les pourcentages des personnes qui étaient dépendantes en 1994-1995 mais autonomes en 1996-1997 étaient considérablement plus élevés dans le groupe d'âge des 65 à 69 ans que dans le groupe des 85 ans et plus ($p \leq 0,05$).

* Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les femmes ($p \leq 0,05$).

Tableau 1

Pourcentages et rapports corrigés de cotes pour la perte et le regain de l'autonomie entre 1994-1995 et 1996-1997, selon certaines caractéristiques, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris

	Perte de l'autonomie			Regain de l'autonomie		
	%	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	%	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Total, 65 ans et plus	13,9	...	...	32,1	...	...
Sexe						
Hommes	11,7	0,66*	0,45- 0,98	37,7 ^{E1}	2,71*	1,25- 5,90
Femmes†	15,7	1,00	...	30,3	1,00	...
Groupe d'âge						
65 à 69 ans†	7,1 ^{E1}	1,00	...	49,2	1,00	...
70 à 74 ans	9,9	1,39	0,80- 2,41	40,1 ^{E1}	0,65	0,24- 1,73
75 à 79 ans	20,4*	3,13*	1,94- 5,05	35,1 ^{E1}	0,52	0,20- 1,34
80 à 84 ans	27,2*	4,60*	2,73- 7,75	24,7 ^{E2}	0,19*	0,06- 0,58
85 ans et plus	46,9 ^{*E1}	13,89*	5,31- 36,36	F	0,08*	0,02- 0,28
Mode de vie						
Vit avec le conjoint†	11,6	1,00	...	33,1	1,00	...
Vit seul	18,1*	0,99	0,68- 1,42	36,9	2,56*	1,20- 5,43
Vit avec d'autres, pas le conjoint	14,7 ^{E2}	0,67	0,33- 1,34	F	1,30	0,48- 3,50
Problèmes de santé chroniques‡						
Asthme	15,0 ^{E2}	0,96	0,38- 2,45	F	0,58	0,19- 1,75
Arthrite	16,7	1,15	0,80- 1,64	31,1	0,79	0,42- 1,48
Maux de dos (sauf l'arthrite)	15,5 ^{E1}	1,32	0,83- 2,11	23,2 ^{E1}	0,41*	0,21- 0,80
Bronchite/emphysème	25,0 ^{E1}	2,68*	1,31- 5,48	26,8 ^{E2}	0,54	0,14- 2,11
Diabète	21,2 ^{E1}	1,92*	1,08- 3,40	28,1 ^{E2}	0,81	0,34- 1,94
Maladie cardiaque	24,4*	2,10*	1,26- 3,50	30,7 ^{E1}	1,07	0,55- 2,08
Cancer	F	0,82	0,25- 2,69	42,4 ^{E2}	1,50	0,42- 5,36
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	47,8 ^{*E1}	5,68*	2,11- 15,28	F	0,30*	0,12- 0,75
Incontinence urinaire	F	1,49	0,61- 3,69	F	0,15*	0,04- 0,55
Glaucome/cataractes	18,4	0,93	0,57- 1,50	24,8 ^{E1}	0,84	0,42- 1,70
Indice de masse corporelle						
Poids insuffisant	35,2 ^{*E1}	2,93*	1,22- 7,04	F	0,45	0,09- 2,25
Poids normal†	11,6	1,00	...	32,0	1,00	...
Embonpoint/obèse	14,4	1,52*	1,02- 2,26	34,5	1,09	0,57- 2,10
Données manquantes§	F	1,39	0,33- 5,92	F	1,02	0,14- 7,45
Activité physique						
Actif†	9,9	1,00	...	42,2	1,00	...
Inactif	23,2*	1,97*	1,32- 2,94	32,8	0,63	0,32- 1,23
Données manquantes§	19,3 ^{E2}	2,72*	1,21- 6,12	F	0,15*	0,03- 0,86
Usage du tabac						
Fumeur	15,9 ^{E1}	1,70	0,99- 2,93	F	0,33*	0,12- 0,92
Non-fumeur†	13,6	1,00	...	33,4	1,00	...
Consommation d'alcool						
Buveur courant	F	0,58	0,15- 2,18	F	0,89	0,12- 6,35
Buveur occasionnel/non-buveur†	14,2	1,00	...	32,1	1,00	...
Niveau de scolarité						
Inférieur au diplôme d'études postsecondaires†	15,1	1,00	...	30,5	1,00	...
Diplôme d'études postsecondaires	8,2*	0,55*	0,32- 0,94	39,6 ^{E1}	1,27	0,48- 3,40
Revenu du ménage						
Faible	21,6*	1,78*	1,19- 2,67	27,9 ^{E1}	0,58	0,29- 1,18
Moyen/élevé†	11,5	1,00	...	35,5	1,00	...
Données manquantes§	15,3	1,48	0,67- 3,29	F	0,39	0,07- 2,13
Lieu de résidence						
Milieu urbain†	14,0	1,00	...	30,0	1,00	...
Milieu rural	13,6	0,96	0,64- 1,44	42,2 ^{E1}	1,44	0,73- 2,86

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

Nota : Le modèle pour la perte de l'autonomie est fondé sur 1 921 participants âgés de 65 ans et plus qui étaient autonomes et vivaient à domicile en 1994-1995 et qui étaient encore en vie en 1996-1997; le modèle pour le regain de l'autonomie est fondé sur 399 participants âgés de 65 ans et plus qui étaient dépendants et vivaient à domicile en 1994-1995 et qui étaient encore en vie en 1996-1997.

† Catégorie de référence.

‡ La catégorie de référence est l'absence du problème de santé chronique.

§ Inclus dans le modèle pour permettre de conserver un nombre important d'observations pour lesquelles ces variables manquaient.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

autonomie (graphique 2). À 75 ans, toutefois, les différences entre les sexes quant au pourcentage de personnes âgées regagnant leur autonomie s'estompent.

Ces données descriptives laissent supposer une association entre l'âge et la perte ou le regain de l'autonomie. Cependant, un certain nombre d'autres caractéristiques généralement propres aux personnes

Besoin d'aide en 1998-1999

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population, la plupart des 3,5 millions de personnes âgées faisant partie de la population à domicile en 1998-1999 étaient autonomes. Seule une minorité avait besoin d'aide pour accomplir leurs activités quotidiennes. La prévalence du besoin d'aide variait selon l'activité et, de façon générale, augmentait avec l'âge.

Les personnes âgées, surtout les femmes, étaient susceptibles d'avoir besoin d'aide surtout pour les gros travaux d'entretien. Dans l'ensemble, 28 % des hommes âgés et 43 % des femmes âgées avaient besoin d'aide pour accomplir ces activités. Pour les deux sexes, les pourcentages avaient tendance à augmenter avec l'âge, de sorte qu'à 85 ans et plus, 49 % des hommes et 78 % des femmes avaient besoin d'aide pour faire de gros travaux d'entretien. Dans tous les groupes d'âge, un pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes avaient besoin de ce genre d'aide.

Les femmes âgées étaient aussi plus susceptibles que les hommes âgés d'avoir besoin d'aide pour accomplir les tâches ménagères quotidiennes, soit 18 % par rapport à 13 %. Toutefois, cette disparité reflétait la situation des personnes âgées de 70 à 79 ans. Dans le cas des personnes de 80 à 84 ans, il n'y avait pas de différence significative.

Une tendance similaire semble se dessiner pour ce qui est des courses. Alors que 16 % des femmes âgées avaient besoin d'aide

pour faire les courses, c'était le cas de 12 % des hommes âgés. Cet écart était largement attribuable aux personnes âgées de 75 à 79 ans. Une fois atteint l'âge de 85 ans, 48 % des hommes et des femmes avaient besoin d'aide pour faire les courses.

Seulement 8 % des femmes âgées et 11 % des hommes âgés avaient besoin d'aide pour préparer les repas. Les pourcentages avaient tendance à augmenter avec l'âge, mais les différences entre les hommes et les femmes n'étaient pas statistiquement significatives.

Relativement peu de personnes âgées faisant partie de la population à domicile avaient besoin d'aide pour se donner des soins personnels (se laver, s'habiller, prendre un bain) ou pour se déplacer dans la maison. Dans l'ensemble, chez les personnes âgées vivant à domicile, environ 6 % d'entre elles avaient besoin d'aide pour les soins personnels, tandis que 6 % des hommes et 3 % des femmes devaient recourir à une tierce personne pour se déplacer dans la maison. Ces faibles pourcentages sont attribuables au fait que les personnes âgées qui ont besoin de pareils soins fondamentaux sont généralement placées en établissement de santé³³. Le besoin de ce genre d'aide avait tendance à être plus répandu chez les personnes plus âgées, et les différences entre les sexes en général n'étaient pas statistiquement significatives.

Pourcentage de la population ayant besoin d'aide pour accomplir certaines activités, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Gros travaux d'entretien		Tâches ménagères quotidiennes		Courses		Préparation des repas		Soins personnels		Se déplacer dans la maison	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%		%		%		%		%		%	
Total, 65 ans et plus	27,8	43,3*	13,1	18,2*	11,9	16,4*	11,0	7,5	6,0	6,2	5,5^{E1}	3,3
65 à 69 ans	18,2	25,9*	5,9 ^{E2}	6,7 ^{E1}	6,7 ^{E1}	4,6 ^{E2}	5,4 ^{E2}	F	F	F	4,2 ^{E2}	F
70 à 74 ans	23,3	39,1*	7,2 ^{E1}	15,9* ^{E1}	6,7 ^{E2}	10,9 ^{E1}	5,4 ^{E2}	3,5 ^{E2}	5,1 ^{E2}	F	4,6 ^{E2}	F
75 à 79 ans	30,9	48,3*	9,7 ^{E1}	20,6* ^{E1}	7,2 ^{E2}	17,4*	9,7 ^{E2}	9,2 ^{E1}	F	9,0* ^{E1}	F	5,1 ^{E1}
80 à 84 ans	45,5	62,6*	27,9 ^{E1}	30,3 ^{E1}	24,9 ^{E1}	34,6	22,2 ^{E1}	14,5 ^{E1}	12,7 ^{E2}	12,6 ^{E1}	11,7 ^{E2}	6,1 ^{E2}
85 ans et plus	49,2 ^{E1}	77,5*	53,0	42,8	47,8 ^{E1}	47,6	43,7 ^{E1}	25,3 ^{E1}	F	19,3 ^{E1}	F	9,4 ^{E2}

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

^{E1} Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

^{E2} Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

* Valeur significativement différente de celle observée pour les hommes ($p \leq 0,05$).

plus âgées peuvent être des facteurs plus importants de ces transitions. Par exemple, à un âge plus avancé, la probabilité de vivre seul est plus grande. En outre, la prévalence des maladies chroniques a tendance à augmenter avec l'âge. Une maladie chronique peut empêcher l'activité physique, ce qui peut avoir une incidence sur le poids. Une analyse multivariée a donc été faite pour déterminer les caractéristiques qui sont significativement associées aux transitions entre l'état d'autonomie et l'état de dépendance.

L'âge et le sexe : deux facteurs de double risque

Même compte tenu d'autres facteurs — le mode de vie, les problèmes de santé chroniques, le poids, l'activité physique, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, le niveau de scolarité, le revenu du ménage et le lieu de résidence —, la cote exprimant le risque de perte de l'autonomie était, au fur et à mesure de l'avancement en âge, plus élevée et celle exprimant la possibilité de regain de l'autonomie, plus faible. Autrement dit, l'âge est un double facteur de risque. Par exemple, la cote exprimant le risque d'avoir perdu leur autonomie en 1996-1997 était 14 fois plus élevée pour les personnes âgées de 85 ans et plus en 1994-1995 que pour celles âgées de 65 à 69 ans. En outre, pour toutes les personnes non autonomes ou dépendantes, la cote exprimant la possibilité de retrouver l'autonomie était significativement plus faible pour les personnes âgées de 85 ans et plus que pour celles âgées de 65 à 69 ans.

Le sexe aussi est un facteur de double risque. La cote exprimant le risque de perdre leur autonomie était plus faible pour les hommes âgés que pour les femmes âgées. En outre, après un épisode de dépendance, la cote exprimant la possibilité de regagner leur autonomie était nettement plus élevée pour les hommes que pour les femmes. Il est probable que la division sexuelle des tâches domestiques utilisée ici pour définir l'autonomie soit en partie responsable des résultats obtenus concernant la variable « sexe ».

Mode de vie

Lorsqu'on tient compte des autres facteurs, y compris l'âge et le sexe, le mode de vie est significatif seulement pour le regain de l'autonomie,

particulièrement dans le cas des personnes âgées qui vivent seules. Dans le cas des personnes dépendantes en 1994-1995, la cote exprimant la possibilité d'avoir retrouvé leur autonomie en 1996-1997 était plus élevée pour les personnes vivant seules que pour celles vivant avec un conjoint. Une analyse plus détaillée (données non présentées) a révélé que la nature de l'aide dont avaient besoin les personnes dépendantes vivant seules était généralement moins lourde (p. ex., pour les courses) que celle dont avaient besoin les personnes dépendantes vivant avec un conjoint (p. ex., pour les soins personnels).

Les problèmes de santé chroniques : un facteur important

Certains problèmes de santé chroniques sont plus susceptibles que d'autres d'entraîner une perte de l'autonomie. Près de la moitié (48 %) des personnes âgées autonomes souffrant des séquelles d'un accident vasculaire cérébral étaient devenues dépendantes en 1996-1997. En fait, lorsqu'on tient compte des effets des autres variables, l'accident vasculaire cérébral demeure le seul problème de santé chronique qui est un facteur de double risque, c'est-à-dire qu'il est associé à une cote exprimant le risque de perdre l'autonomie élevée et à une cote exprimant la possibilité de la regagner faible. Cela n'a rien d'étonnant, puisque les séquelles d'un accident vasculaire cérébral — paralysie totale ou partielle, perte de sensibilité ou de tonicité musculaire, atteinte du système nerveux, aphasie, confusion et perte de mémoire — en font une maladie chronique particulièrement invalidante.

La cote exprimant la possibilité de regagner leur autonomie est élevée pour les personnes âgées souffrant de bronchite ou d'emphysème, de diabète ou de maladie cardiaque. Cependant, le fait de souffrir de ces problèmes ne réduit en rien la cote exprimant la possibilité de regagner son autonomie. Par contre, pour les personnes souffrant de maux de dos et d'incontinence urinaire, la cote exprimant le risque de perdre leur autonomie n'est pas élevée, mais, chez les personnes âgées dépendantes, la cote exprimant la possibilité de regagner leur autonomie est très faible.

Plusieurs maladies ne sont pas significativement associées à la perte ou au regain de l'autonomie à la vieillesse, soit l'asthme, l'arthrite et le cancer. Dans le cas de l'asthme et de l'arthrite, cela peut sembler étonnant, bien que la période relativement courte étudiée (deux ans) ne soit peut-être pas suffisamment longue pour permettre d'observer une importante détérioration de la santé fonctionnelle associée à ces maladies. Il convient de souligner que le cancer, un important facteur de risque de mortalité, n'apparaît pas être significativement associé à la perte de l'autonomie. Cela tient peut-être à ce que les personnes qui sont décédées d'un cancer entre 1994-1995 et 1996-1997 étaient, par définition, exclues du champ de l'analyse, alors qu'elles auraient été les plus susceptibles de perdre leur autonomie.

La comorbidité (le fait de souffrir de plus d'une maladie chronique) a été prise en compte dans l'analyse, mais elle ne s'est pas avérée significative pour la perte ou le regain de l'autonomie (données non présentées). Il semble donc que ce ne soit pas tant le nombre de maladies chroniques dont souffre une personne qui constitue un facteur de risque de perte de l'autonomie, mais bien le type de maladie chronique.

Trois modèles ont été élaborés (données non présentées) pour évaluer l'importance de l'incidence des maladies chroniques ainsi que des facteurs comportementaux et socioéconomiques sur la perte et le regain de l'autonomie. Une par une, toutes les variables ont été éliminées. Les problèmes de santé chroniques se sont avérés être le plus étroitement associés à la perte et au regain de l'autonomie. Toutefois, les facteurs comportementaux étaient aussi significativement associés à la perte de l'autonomie, montrant ainsi que les habitudes et le mode de vie adoptés durant la jeunesse et à l'âge adulte peuvent influencer sur la santé fonctionnelle à la vieillesse.

Comportements liés à la santé

Tout juste 12 % des personnes âgées dont le poids se situait dans la fourchette des poids normaux en 1994-1995 étaient devenues dépendantes en 1996-1997. Toutefois, 35 % des personnes âgées présentant une insuffisance pondérale avaient perdu

leur autonomie. Si l'on tient compte des effets d'autres variables (certaines étroitement liées à l'IMC, comme l'activité physique et l'usage du tabac), on constate une association significative entre l'embonpoint ou le poids insuffisant et la perte de l'autonomie chez les personnes âgées. Dans le cas des personnes âgées autonomes en 1994-1995, la cote exprimant le risque d'avoir perdu leur autonomie en 1996-1997 était nettement plus élevée pour les personnes faisant de l'embonpoint, souffrant d'obésité ou de poids insuffisant que pour les personnes de poids normal. Une insuffisance pondérale peut témoigner d'une faiblesse associée à une maladie non déclarée ou non diagnostiquée, ce qui, à son tour, peut expliquer l'association significative.

L'activité physique est aussi un facteur important. Comparativement aux personnes âgées actives, un pourcentage plus élevé des personnes inactives ont perdu leur autonomie. Lorsqu'on tient compte des effets des autres facteurs, l'inactivité se traduit par une hausse de la cote exprimant le risque de perte de l'autonomie, mais elle n'est pas associée au regain de l'autonomie. Toutefois, on constate un lien significatif entre la catégorie « valeur manquante » pour l'activité physique et la perte ainsi que le regain de l'autonomie. Cela s'explique par le profil âge-sexe de ces non-participants, dont la vaste majorité étaient âgés de 80 ans et plus et dont l'état de santé déclaré était mauvais.

Même en tenant compte des autres variables, la cote exprimant la possibilité de regagner leur autonomie était plus faible pour les personnes faisant un usage quotidien ou occasionnel du tabac que pour les non-fumeurs. Par contre, la consommation d'alcool n'était pas associée de façon significative à la perte ou au regain de l'autonomie chez les personnes âgées.

Niveau de scolarité, revenu et lieu de résidence

Les pourcentages de personnes âgées vivant dans des ménages à faible revenu ou ayant un niveau de scolarité inférieur au diplôme d'études secondaires qui sont devenues dépendantes entre 1994-1995 et 1996-1997 étaient relativement élevés. Lorsqu'on

tient compte des effets d'autres variables, la cote exprimant le risque de perdre leur autonomie demeure plus élevée pour les personnes âgées sans diplôme d'études postsecondaires que pour les personnes dont le niveau de scolarité était plus élevé. Un revenu du ménage faible était également associé à la perte de l'autonomie. Ni le niveau de scolarité ni le revenu n'était significativement associé au regain de l'autonomie. Une désagrégation plus fine des catégories de niveau de scolarité et de revenu (données non présentées) a montré que l'effet positif d'un niveau de scolarité élevé n'existe que dans le cas des personnes âgées au plus haut niveau de scolarité et que l'effet négatif d'un faible revenu n'apparaît que pour les personnes disposant d'un très faible revenu.

La cote élevée exprimant le risque de perte de l'autonomie chez les personnes âgées à faible revenu reflète peut-être en partie une différence de perception entre les personnes au revenu suffisant et celles au revenu insuffisant⁴⁶. Les personnes âgées qui peuvent se permettre de payer pour obtenir de l'aide pour accomplir les tâches sur lesquelles la définition de l'autonomie est fondée, et qui bénéficient de cette aide depuis longtemps, ne se considèrent peut-être pas comme étant dépendantes. Elles pourraient peut-être aussi ne pas se rendre compte qu'elles seraient incapables d'accomplir ces tâches si elles n'avaient pas les moyens de payer pour cette aide.

Les soins de santé et les services de soutien à domicile destinés à favoriser l'autonomie pourraient être considérés comme étant moins accessibles en milieu rural qu'en milieu urbain. Toutefois, les cotes exprimant le risque de perdre leur autonomie ou la possibilité de la regagner étaient sensiblement les mêmes pour les personnes âgées qui vivent dans les régions rurales et pour celles qui résident dans les centres urbains.

Mot de la fin

Selon les données longitudinales tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population, les transitions entre états de santé fonctionnelle ne sont pas invariablement à sens unique dans le cas des personnes âgées. Au contraire, un nombre

considérable d'entre elles regagnent leur autonomie après un épisode de dépendance. Ainsi, la santé fonctionnelle est un processus dynamique et qui n'est pas unidirectionnel. La perte ou le regain de l'autonomie est associé à diverses caractéristiques démographiques, socioéconomiques, de la santé et des habitudes de vie.

Même si l'âge n'était pas le seul facteur lié aux transitions entre l'autonomie et la dépendance chez les personnes âgées entre 1994-1995 et 1996-1997, il était très important et comptait parmi un petit nombre de facteurs de risque double. Autrement dit, toutes choses étant égales par ailleurs, le vieillissement était associé à une cote exprimant le risque de perte de l'autonomie élevée et à une cote exprimant la possibilité de regain de l'autonomie faible.

Le sexe aussi était un facteur de double risque. La cote exprimant le risque de perdre leur autonomie était plus élevée pour les femmes âgées que pour les hommes âgés, et la cote exprimant la possibilité de regagner leur autonomie était plus faible pour les femmes âgées que pour les hommes âgés dépendants. Ces résultats semblent paradoxaux. Les hommes courent un plus grand risque de mortalité à tout âge, mais un risque plus faible de perdre leur autonomie. Cette association tient peut être à la division sexuelle du travail domestique, puisque l'autonomie est mesurée en grande partie d'après la capacité d'accomplir ces tâches. Comme les travaux domestiques et les courses incombent le plus souvent aux femmes⁴⁷, les hommes pourraient être moins exposés au risque de perdre leur autonomie, conformément à la présente définition de cette dernière.

L'accident vasculaire cérébral est la seule maladie chronique chez les personnes examinées qui présente un double risque. Cependant, pour en évaluer l'effet comme il se doit, il faut aussi examiner la prévalence des accidents vasculaires cérébraux. En 1994-1995, relativement peu de personnes âgées avaient été victimes d'un accident vasculaire cérébral, soit moins de 2 % des personnes autonomes et 11 % des personnes dépendantes (tableau A en annexe). Par contre, 13 % des personnes âgées autonomes ont déclaré souffrir

d'une maladie cardiaque et 9 %, de diabète, deux maladies associées de façon significative à la perte de l'autonomie, comparativement à 30 % et 16 %, respectivement, des personnes âgées dépendantes.

En outre, 35 % des personnes âgées dépendantes ont déclaré souffrir de maux de dos, qui sont associés à une cote exprimant la possibilité de regain de l'autonomie faible. Par conséquent, du point de vue

Limites

Certains des membres sélectionnés de l'échantillon longitudinal de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) en 1994-1995 n'ont pas répondu en 1996-1997. Certains n'ont pas été dépistés lors du suivi; d'autres ne voulaient plus participer. Comme la perte au suivi ne représentait que moins de 2 % de tous les participants membres du panel longitudinal (une proportion considérée comme très faible)⁴⁸ et comme la plupart de ces personnes manquantes étaient jeunes, il ne s'agissait pas d'une importante source de biais dans le contexte de la présente analyse. Le taux de non-réponse représente ici une source de préoccupation plus importante en réponse à laquelle les poids d'échantillonnage ont été corrigés pour tenir compte de l'effet de cette non-réponse dans les deux cycles^{4,49}. Néanmoins, les résultats pourraient être entachés d'un certain biais.

Tout a été mis en œuvre pour recueillir des renseignements détaillés sur la santé directement auprès des personnes sélectionnées au hasard. Les réponses par procuration ont tout de même été acceptées, lesquelles représentaient 21,4 % des enregistrements des ménages utilisés dans la présente analyse. Il pourrait en résulter une sous-déclaration de certaines caractéristiques et une atténuation des associations entre la perte ou le regain de l'autonomie et des variables particulières. Par exemple, une personne qui fournit les réponses pour une autre peut ne pas bien connaître l'état de santé de cette personne, ne pas se rappeler certains renseignements pertinents ou mal identifier certains problèmes de santé^{50,51}. Toutefois, une analyse de la déclaration par procuration dans l'ENSP a révélé que, dans le cas de maladies plus graves comme le diabète, les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux, la cote exprimant la possibilité que ces maladies soient déclarées ne différait pas significativement pour les réponses par procuration et celles données en personne⁵².

Le nombre relativement petit de personnes âgées de 65 ans et plus dans le fichier longitudinal a limité les possibilités d'analyse. La sélection des variables à inclure dans le modèle a nécessité l'atteinte d'un juste milieu entre le désir de tenir compte du plus grand nombre de facteurs possibles dans le cadre conceptuel et les limites imposées par les données. Par exemple, le cadre conceptuel comprenait initialement le soutien social et la santé

mentale. Lorsque les modèles ont été calculés en incluant ces variables, ni l'une ni l'autre ne s'est révélée significative. De même, chez les personnes âgées, surtout celles très âgées, la perte de l'autonomie résulte souvent d'une chute causant une fracture de la hanche ou d'autres blessures. Environ 7 % des personnes âgées autonomes en 1994-1995 étaient victimes de blessures menant à des limitations d'activités et environ 2 % ont souffert de fractures. Cette variable a également été incluse initialement dans les modèles multivariés, mais les associations ne se sont pas révélées significatives, peut-être à cause du petit nombre de cas.

En outre, en raison de la taille relativement petite de l'échantillon, seules les transitions entre deux états de santé fonctionnelle ont pu être examinées, soient l'autonomie et la dépendance d'autrui pour ce qui est des activités de la vie quotidienne. De plus, la population « dépendante » est hétérogène. La gamme des activités pour lesquelles elle avait besoin d'aide allait des courses seulement aux soins personnels, par exemple s'habiller ou prendre un bain. Bien qu'il aurait été souhaitable de désagréger la population non autonome en deux catégories plus homogènes, cela n'a pas été possible.

En raison de la petite taille de l'échantillon, les coefficients de variation associés à certaines catégories de variables étaient élevés, d'où l'impossibilité de fournir les estimations.

Les participants peuvent donner des réponses socialement désirables à des questions sur l'usage du tabac, la consommation d'alcool et le poids. En outre, les résultats de plusieurs études ont révélé que l'indice de masse corporelle (IMC) fondé sur la taille et le poids déclarés par la personne elle-même est parfois peu fiable^{38,39,53}, particulièrement dans le cas des personnes âgées. La masse corporelle diminue avec l'âge en raison de la perte de muscle et de masse osseuse^{34,54,55}. En outre, les personnes âgées, dont la taille diminue avec l'âge, déclarent souvent leur taille incorrectement^{56,57}.

L'ENSP ne fournit pas d'indication de la gravité des problèmes de santé chroniques. Par conséquent, alors que les résultats de la présente analyse montrent que la perte de l'autonomie n'était pas significativement associée à un diagnostic d'arthrite, par exemple, dans des cas graves il pourrait néanmoins y avoir une certaine association.

de la santé de la population, les maladies cardiaques, le diabète et les maux de dos peuvent avoir une incidence plus importante sur l'autonomie des personnes âgées que l'accident vasculaire cérébral.

Étant donné le rôle que jouent les problèmes de santé chroniques dans la perte et le regain de l'autonomie, les tendances observées récemment en ce qui concerne certaines de ces maladies fournissent des indications quant à la dépendance qui caractérisera les personnes âgées de demain. Au même âge, les cohortes nées avant 1950 sont plus susceptibles que les cohortes plus jeunes de souffrir de maladies cardiovasculaires, d'arthrite et d'emphysème⁵⁸. De même, la prévalence des maladies cardiaques était plus élevée chez les cohortes plus âgées, tandis que la prévalence du diabète était plus marquée chez celles nées après 1947⁴⁰. Ces constatations montrent l'importance d'une analyse longitudinale qui permet de traiter le vieillissement de la population comme un processus dans lequel des cohortes successives modifient le profil de la population des personnes âgées.

L'usage du tabac était associé de façon significative à la dépendance, la cote exprimant la possibilité de regagner leur autonomie étant plus faible pour les fumeurs que pour les non-fumeurs, après une perte de l'autonomie. Cette constatation s'inscrit dans la foulée des résultats d'autres études^{41,42} et montre que

le renoncement au tabac peut non seulement sauver des vies, mais réduire le fardeau de la dépendance au moment de la vieillesse.

Deux autres facteurs comportementaux, soit l'activité physique et le poids (IMC), étaient associés de façon significative à la perte de l'autonomie, laissant vraisemblablement une certaine marge de manœuvre pour l'élaboration de politiques en matière de santé et de programmes destinés à encourager des habitudes de vie saines.

De faibles niveaux de scolarité et de revenu étaient tous deux associés à la perte de l'autonomie. L'augmentation constante du niveau de scolarité chez les cohortes successives et l'augmentation concomitante du revenu du ménage, particulièrement chez les femmes⁴⁰, pourraient avoir une incidence positive, réduisant la dépendance des personnes âgées à l'avenir.

Le fait de mieux comprendre la dynamique de la santé fonctionnelle et les facteurs qui y sont associés devrait permettre aux décideurs publics de mieux saisir la gamme de choix qui s'offre à eux. Des programmes destinés à encourager des habitudes de vie saines et à prévenir des maladies débilitantes comme les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et les maladies cardiaques pourraient contribuer à assurer aux individus une vieillesse réussie. ●

Références

1. Statistique Canada, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000-2026*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2001 (n° 91-520-XBP au catalogue).
2. M.-A. Contandriopoulos, « Quel avenir pour le système de soins canadien? », *Isuma*, 1(1), 2000, p. 39-43.
3. Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* (n° H39-468/1999F au catalogue), Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999.
4. 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).
5. 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).
6. 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).
7. 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.
8. 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.
9. K.G. Manton, « A longitudinal study of functional change and mortality in the U.S. », *Journal of Gerontology*, 43, 1988, p. 5153-5161.
10. L.G. Branch et L. Ku, « Transition probabilities to dependency, institutionalization and death among the elderly over a decade », *Journal of Ageing and Health*, 1, 1989, p. 370-408.

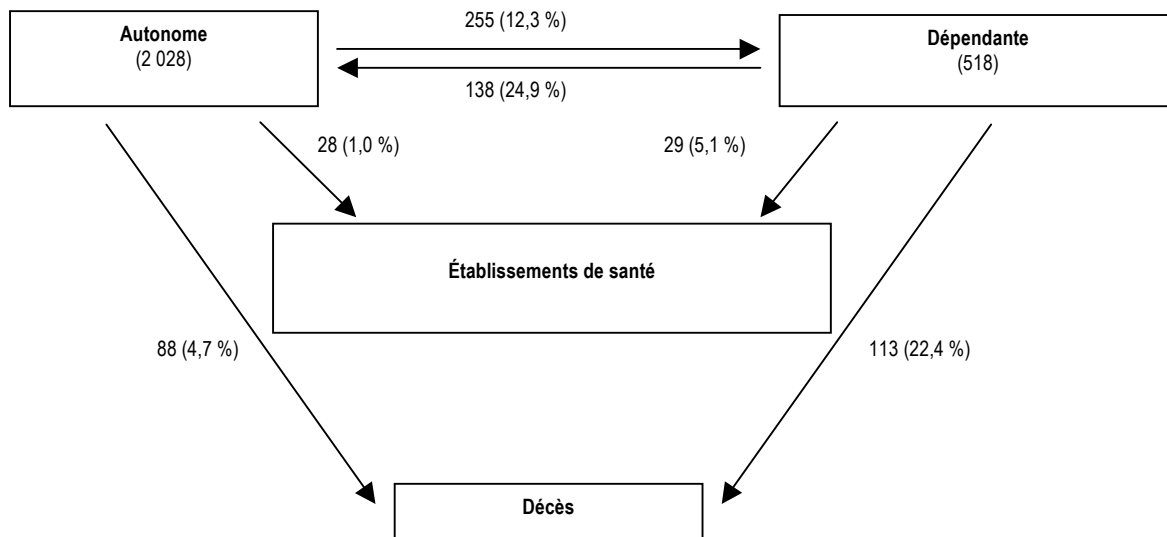
11. R.G. Rogers, A. Rogers et A. Bélanger, « Active life among elderly in the United-States: Multistate life table estimates and population projections », *The Milbank Quarterly*, 67(3-4), 1989, p. 370-411.
12. R.G. Rogers, A. Rogers et A. Bélanger, « Disability-free life among the elderly in the United States », *Journal of Ageing and Health*, 4(1), 1992, p. 19-42.
13. K.G. Manton, L.S. Corder et E. Stallard, « Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the U.S. elderly population from the 1982, 1984 and 1989 National Long Term Care Survey », *Journal of Gerontology*, 48(4), 1993, p. S153-S166.
14. E.M. Crimmins et Y. Saito, « Getting better and getting worse. Transitions in functional status among older Americans », *Journal of Ageing and Health*, 5, 1993, p. 3-36.
15. V. Mor, V. Wilcox, W. Rakowski *et al.*, « Functional transitions among the elderly: Patterns, predictors, and related hospital use », *American Journal of Public Health*, 84(4), 1994, p. 1274-1280.
16. M.A. Runberg, M.I. Parzen, L.A. Leonard *et al.*, « Functional limitation pathways and transitions in community-dwelling older persons », *Gerontologist*, 1996, 36(4), p. 430-440.
17. F. Béland et M.V. Zunzunegui, « Predictors of functional status in older people living at home », *Age and Ageing*, 28, 1999, p. 153-159.
18. S.H. Allaire, M.P. LaValley, S.R. Evans *et al.*, « Evidence for decline in disability and improved health among persons aged 55 to 70 years : The Framingham Heart Study », *American Journal of Public Health*, 89(11), 1999, 1678-1683.
19. 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).
20. Statistique Canada, « L'état de santé des personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 11(3), 2000, p. 53-69 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
21. D.A. Wolf, V. Freedman, J. Marcotte *et al.*, « Periodicity and occurrence bias in estimates of disablement transitions », présenté dans le cadre de REVES 12, Los Angeles, du 20 au 22 mars 2000.
22. D.A. Wolf et S.B. Laditka, « Stochastic modeling of active life and its expectancy », présenté dans le cadre de REVES 9, Rome, du 11 au 13 décembre 1997.
23. M.P. Lawton et E.M. Brody, « Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living », *Gerontologist*, 9(3), 1969, p. 179-186.
24. S. Katz, A.B. Ford et R.W. Moskowitz, « Studies of illness in the aged. The Index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function », *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 1963, p. 914-919.
25. Organisation mondiale de la santé, *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry, Report of the WHO Expert Committee* (WHO Technical Report Series, n° 854), Genève, 1995.
26. 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.
27. R.M. Andersen, L.A. McCutcheon, L.A. Aday *et al.*, « Exploring dimensions of access to medical care », *Health Services Research*, 1983, 18(1), p. 49-74.
28. R.G. Evans et G.L. Stoddart, *Producing Health, Consuming Health Care*, CHEPA Working Paper n° 90-6, Hamilton, Ontario, McMaster University, 1990.
29. L. Verbrugge et A.M. Jetté, « The disablement process », *Social Science and Medicine*, 38(1), 1994, p. 1-14.
30. C. Jagger, N.A. Spiers et M. Clarke, « Factors associated with decline in function, institutionalization and mortality of elderly people », *Age and Ageing*, 22, 1993, p. 190-197.
31. G.A. Kaplan, W.J. Strawbridge, T. Camacho *et al.*, « Factors associated with change in physical functioning in the elderly: a six-year prospective study », *Journal of Ageing and Health*, 5, 1993, p. 140-153.
32. E. Grundy et K. Glaser, « Trends in, and transitions to, institutional residence among older people in England and Wales, 1971-91 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 1997, p. 531-540.
33. H. Trottier, L. Martel, C. Houle *et al.*, « Vieillir chez soi ou en établissement : à quoi cela tient-il? », *Rapports sur la santé*, 11(4), 2000, p. 55-68 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
34. J. Gilmore, « L'indice de masse corporelle et la santé », *Rapports sur la santé*, 11(1), 1999, p. 33-47 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue), p. 31-43.
35. Organisation mondiale de la santé, *Obesity : Preventing and Managing the Global Epidemic*. Genève, 1997.
36. A. Golini, G. Amendola et C. Falorni, « Height, body mass index and self-perceived health. The case of the Italian population », présenté dans le cadre de REVES 12, Los Angeles, du 20 au 22 mars 2000.
37. C.L. Himes, « Obesity, disease, and functional limitation in later life », *Demography*, 37(1) 2000, p. 73-82.
38. A.R. Folsom, S.A. Kaye, T.A. Sellers *et al.*, « Body fat distribution and 5-year risk of death in older women », *Journal of the American Medical Association*, 269, 1993, p. 483-487.
39. J.E. Manson, W.C. Willett, M.J. Stampfer *et al.*, « Body weight and mortality among women », *New England Journal of Medicine*, 333, 1995, p. 677-685.
40. J. Chen et W.J. Millar, « Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? », *Rapports sur la santé*, 11(4), 2000, p. 9-26 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
41. W.J. Nusselder, C.W. Looman, P.J. De Mheen *et al.*, « Smoking and the compression of morbidity », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(8), 2000, p. 566-574.
42. L. Martel, A. Bélanger et J.-M. Berthelot, « L'effet du tabagisme sur l'espérance de vie sans incapacité au Canada », *Rapport sur l'état de la population du Canada*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2001 (Statistique Canada, n° 91-209 au catalogue).
43. C.D. Spies, M. Sander, K. Stangl *et al.*, « Effects of alcohol on the heart », *Current Opinion in Critical Care*, 7(5), 2001, p. 337-343.
44. R.P. Murray, J.E. Connett, S.L. Tyas *et al.*, « Alcohol volume, drinking pattern, and cardiovascular disease morbidity and mortality: Is there a U-shaped function? », *American Journal of Epidemiology*, 155(3), 2002, p. 242-248.

45. W.J. Millar et T. Stephens, « Statut social et risques pour la santé des adultes canadiens : 1985 et 1991 », *Rapports sur la santé*, 5(2), 1992, p. 143-156 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
46. K. Wilkins et E. Park, « Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité », *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 7-17 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
47. K. Marshall, « Les parents occupés et le partage des travaux domestiques », *L'emploi et le revenu en perspective*, 5(3), 1993, p. 23-30 (Statistique Canada, n° 75-001F).
48. Y. Béland et J. Bustros, *Aperçu global de la qualité de l'enquête nationale sur la santé de la population*, Assemblée annuelle de la SSC, Recueil de la Section des méthodes d'enquêtes, 1998.
49. J.-L. Tambay, I. Schioppa-Kratina, J. Mayda *et al.*, « Traitement de la non-réponse du cycle deux de l'enquête nationale sur la santé de la population », *Techniques d'enquête*, 24(2), 1998, p. 147-156 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
50. R.E. Miller, M.P. Massagli et B.R. Clarridge, « Quality of proxy vs. self reports: evidence from a health survey with repeated measures », *American Statistical Association: Proceedings of the Section on Survey Research Methods*, Washington DC, American Statistical Association, 1986, p. 546-551.
51. U.S. National Center for Health Statistics, « Reporting of hospitalization in the Health Interview Survey », *Vital and Health Statistics*, 2(54), 1973, p. 1-24.
52. M. Shields, « Enquête nationale sur la santé de la population – déclaration par procuration », *Rapports sur la santé*, 12(1), 2000, p. 21-39 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
53. K.G. Losonczy, T.B. Harris, E.M. Coroni-Huntley *et al.*, « Does weight loss from middle age to old age explain the inverse weight mortality relation in old age? », *American Journal of Epidemiology*, 141, 1995, p. 312-321.
54. R.N. Baumgartner, S.B. Heymsfield et A.F. Roche, « Human body composition and the epidemiology of chronic disease », *Obesity Research*, 3, 1995, p. 73-95.
55. L. Hayflick, *How and Why We Age*, New York, Ballantine, 1996.
56. A. Kuskowska-Wolk, P. Karlsson, M. Stolt *et al.*, « The predictive validity of body mass index on self-reported weight and height », *International Journal of Obesity*, 13(4) 1989, p.441-453.
57. M.L. Rowland, « Self-reported weight and height », *American Journal of Clinical Nutrition*, 52(6), 1990, p. 1125-1133.
58. S.L. Reynolds, E.M. Crimmins et Y. Saito. « Cohort differences in disability and disease presence », *Gerontologist*, 38(5), 1998, p. 578-590.

Annexe

Graphique A

Dynamique de la dépendance sur deux ans, population à domicile âgée de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1996-1997



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

Nota : Les pourcentages entre parenthèses sont fondés sur des données pondérées.

Tableau A

Certaines caractéristiques de la population à domicile autonome et dépendante âgée de 65 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Autonome		Dépendante		Autonome		Dépendante		
	Taille de l'échantillon		Taille de l'échantillon		Taille de l'échantillon		Taille de l'échantillon		
Âge moyen (en années)	72,4	1 921 [†]	77,5	399 [‡]	%		%		
	%		%						
Sexe					Indice de masse corporelle				
Hommes	45,2	796	25,5	89	3,2	56	4,3 ^{E2}	23	
Femmes	54,8	1 125	74,5	310	44,5	843	49,0	191	
					51,3	1 011	45,2	181	
					F	11	F	4	
Groupe d'âge					Activité physique				
65 à 69 ans	37,9	652	17,5	67	68,4	1 275	28,4	119	
70 à 74 ans	30,7	583	21,0	86	26,3	574	57,6	254	
75 à 79 ans	18,7	385	24,0	92	5,3	72	14,0 ^{E1}	26	
80 à 84 ans	8,3	214	19,4	86	Usage du tabac				
85 ans et plus	4,5	87	18,2 ^{E1}	68	Fumeur	13,9	265	15,7 ^{E1}	58
					Non-fumeur	86,1	1 656	84,3	341
Mode de vie					Consommation d'alcool				
Vit avec le conjoint	59,0	893	39,9	129	Buveur courant	4,1	79	F	8
Vit seul	29,5	880	43,0	238	Buveur occasionnel/non-buveur	95,9	1 842	97,6	391
Vit avec d'autres, pas de conjoint	11,5	148	17,1 ^{E1}	32	Niveau de scolarité				
					Inférieur au diplôme d'études postsecondaires	82,3	1 603	82,0	333
Problèmes de santé chroniques					Diplôme d'études postsecondaires	17,7	318	18,0	66
Asthme	4,5	86	6,9 ^{E1}	32	Revenu du ménage				
Arthrite	36,0	739	66,0	274	Faible	21,8	576	36,0	181
Maux de dos (sauf l'arthrite)	15,3	289	35,2	126	Moyen/élevé	72,8	1 249	60,3	202
Bronchite/emphysème	5,0	100	12,7 ^{E1}	50	Données manquantes	5,4	96	3,7 ^{E2}	16
Diabète	9,2	160	16,0 ^{E1}	60	Lieu de résidence				
Maladie cardiaque	13,1	264	29,5	114	Milieu urbain	82,8	1 399	82,1	283
Cancer	4,2	78	6,7 ^{E1}	26	Milieu rural	17,2	522	17,9	116
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	1,9 ^{E1}	36	11,1 ^{E1}	42					
Incontinence urinaire	2,4 ^{E1}	45	9,9 ^{E1}	39					
Glaucome/cataractes	13,3	294	28,0	102					

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995

Nota : Les pourcentages sont fondés sur des données pondérées.

† Chiffre obtenu en soustrayant 88 décès et 17 cas pour lesquels les valeurs étaient manquantes parmi les 2 028 personnes âgées autonomes observées en 1994-1995.

‡ Chiffre obtenu en soustrayant 113 décès et 5 cas pour lesquels les valeurs étaient manquantes parmi les 518 personnes âgées non autonomes observées en 1994-1995.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire

Francine Mayer, Nancy Ross, Jean-Marie Berthelot et Russell Wilkins

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit le profil de la variation de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) selon la région socio-sanitaire.

Sources des données

Les données sur la mortalité de 1995 à 1997 proviennent de la Base canadienne de données sur l'état civil. Les estimations de l'incapacité (limitation majeure des activités) et des caractéristiques sociodémographiques sont fondées sur les données du Recensement de 1996. Des renseignements supplémentaires ont été fournis par les divisions de la démographie et de la géographie de Statistique Canada.

Techniques d'analyse

L'EVSI est calculée selon une version modifiée de la méthode de Sullivan. Une régression linéaire, en fonction de quatre variables synthétiques résumant le profil sociodémographique des régions socio-sanitaires, est utilisée pour expliquer les variations de l'EVSI. Ces quatre variables sont déterminées par une analyse en composantes principales.

Principaux résultats

En 1996, au Canada, l'EVSI, hommes et femmes confondus, était de 68,6 années. Les estimations selon la région socio-sanitaire varient considérablement. Le statut socioéconomique explique une forte proportion de cette variation.

Mots-clés

Espérance de santé, limitations des activités, méthode de Sullivan, comparaisons géographiques.

Auteurs

Francine Mayer (514-987-3000, poste 8382; mayer.francine@uqam.ca) travaille au Département des sciences économiques de l'Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, H3C 3P8. Nancy Ross (514-398-4307; nancy.ross@mcgill.ca) travaille au Département de géographie de l'Université McGill à Montréal, Québec, H3A 2K6 et fait partie du Groupe d'analyse et de mesure de la santé de Statistique Canada. Jean-Marie Berthelot (613-951-3760; jean-marie.berthelot@statcan.ca) et Russell Wilkins (613-951-5305; russell.wilkins@statcan.ca) font partie du Groupe d'analyse et de mesure de la santé de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

L'espérance de vie est un indicateur de la santé de la population fréquemment utilisé. Toutefois, comme elle repose uniquement sur les taux de mortalité et les chiffres de population, elle mesure la durée de la vie sans tenir compte de la qualité de celle-ci en fonction de l'état de santé. Or, au XX^e siècle, à mesure que l'espérance de vie a augmenté, les maladies chroniques et les limitations fonctionnelles sont devenues plus courantes. Par conséquent, bien qu'elle demeure utile, l'espérance de vie ne représente plus aujourd'hui un indicateur aussi satisfaisant de la santé globale de la population.

Les responsables de la santé publique admettent depuis longtemps qu'un indicateur plus approprié consisterait à étendre le concept de l'espérance de vie afin d'y intégrer une mesure de la capacité de l'individu à fonctionner dans la société^{1,2}. L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) constitue un tel indicateur. L'EVSI permet de distinguer les années vécues sans aucune incapacité de celles vécues avec au moins une incapacité. L'EVSI représente une extension conceptuelle importante de l'indicateur de l'espérance de vie traditionnelle.

Méthodologie

Sources des données

Les données sur la mortalité de 1995 à 1997 proviennent de la Base canadienne de données sur l'état civil. Les estimations démographiques au 1^{er} juillet 1996, corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement net au recensement, ont été fournies par la Division de la démographie de Statistique Canada. Les nombres de personnes vivant dans des logements privés et dans des logements collectifs sont tirés du Recensement de la population de 1996. Les estimations concernant les limitations majeures des activités et les variables démographiques et socioéconomiques utilisées pour l'analyse multivariée se fondent sur les données recueillies auprès de l'échantillon de 20 % de personnes qui ont répondu au questionnaire détaillé du Recensement de 1996. Comme cet échantillon exclut les résidents des logements collectifs, la prévalence des limitations majeures des activités chez ces derniers se fonde sur les hypothèses selon lesquelles 1) toutes les personnes résidant en établissement de santé présentent au moins une limitation majeure des activités et 2) les taux de limitations majeures des activités selon le sexe et le groupe d'âge sont les mêmes pour les résidents des autres logements collectifs (par exemple, maisons de chambres, camps militaires, prisons et missions) que pour les habitants des logements privés.

Les estimations de la densité de population et du nombre de jours sans gel ont été fournies par la Division de la géographie de Statistique Canada.

Techniques d'analyse

Les estimations de l'espérance de vie sans incapacité ont été calculées selon une version modifiée de la méthode de Sullivan fondée sur la prévalence de l'incapacité (1971)³. Des tables de survie abrégées, établies par tranche d'âge de cinq ans, ont été calculées selon la méthode de Chiang (1984)⁴, sauf pour l'intervalle d'âge ouvert (non couvert par Chiang), pour lequel le nombre d'années-personnes de vie vécues (AV) a été calculé comme étant le produit du nombre de survivants (V) au début de l'intervalle d'âge par l'espérance de vie moyenne à cet âge (EV), estimée par l'inverse du taux de mortalité. La méthode de Chiang comprend une formule pour le calcul de la variance des estimations de l'espérance de vie qui tient compte des fluctuations stochastiques des taux de mortalité observés.

La méthode de Sullivan se fonde sur la prévalence de l'incapacité au sein d'une population à un moment précis, selon le sexe et le groupe d'âge. Dans la table d'espérance de santé, le nombre d'années vécues est calculé séparément pour chaque état de santé, afin de pouvoir déterminer l'espérance de vie en établissement de

santé et l'espérance de vie hors établissement de santé, mais avec des limitations majeures des activités.

Le nombre d'années vécues en établissement de santé et le nombre d'années vécues hors établissement de santé avec des limitations majeures des activités, chez les hommes et chez les femmes et selon le groupe d'âge, a été calculé comme suit^{5,6}. Le nombre d'années vécues indépendamment de l'état de santé (AV) est multiplié par la prévalence des limitations majeures des activités, c'est-à-dire la proportion de personnes résidant en établissement de santé (étab) et la proportion de personnes hors établissement de santé mais avec des limitations majeures des activités (lim). Comme il a été mentionné précédemment, on a supposé que le taux des limitations majeures des activités, selon le sexe et le groupe d'âge, était le même pour les personnes vivant dans des logements collectifs autres que des établissements de santé que pour celles vivant dans des logements privés. Donc : $AV_{\text{étab}} = AV \times \text{étab}$ et $AV_{\text{lim}} = (AV - AV_{\text{étab}}) \times \text{lim}$. Puis, le total cumulatif d'années vécues pour chaque état de santé (TAV, TAV_{étab} et TAV_{lim}) selon le groupe d'âge, du plus avancé au plus jeune, a été divisé par le nombre de survivants à chaque âge (V) pour obtenir l'espérance de vie à chaque âge pour chaque état de santé, à savoir l'espérance de vie traditionnelle ($EV = TAV \div V$), l'espérance de vie en établissement de santé ($EV_{\text{étab}} = TAV_{\text{étab}} \div V$) et l'espérance de vie hors établissement de santé mais avec des limitations majeures des activités ($EV_{\text{lim}} = TAV_{\text{lim}} \div V$).

Les calculs ont été effectués séparément pour les hommes et pour les femmes. Puis, pour déterminer les valeurs de V, AV, AV_{étab}, AV_{lim}, TAV, TAV_{étab} et TAV_{lim}, hommes et femmes confondus, on a calculé la moyenne des valeurs correspondantes selon le sexe, de sorte que la distribution réelle selon le sexe et selon l'âge dans les régions socio-sanitaires n'ait aucun effet sur les résultats des tables d'espérance de santé.

Pour calculer l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), on a soustrait de l'espérance de vie la somme de l'espérance de vie en établissement de santé et de l'espérance de vie hors établissement de santé mais avec des limitations majeures des activités, c'est-à-dire $EVSI = EV - (EV_{\text{étab}} + EV_{\text{lim}})$.

La variance des estimations de l'EVSI a été calculée selon la formule proposée par Mathers (1991)⁷. Cette formule tient compte des fluctuations stochastiques des taux de mortalité observés et de la variabilité d'échantillonnage des taux d'incapacité. Les bornes inférieure et supérieure des intervalles de confiance de ces estimations ont été calculées selon l'hypothèse que la distribution d'échantillonnage de l'EVSI est normale.

Méthodologie – fin

Les estimations de l'EVSI selon la région socio-sanitaire sont présentées par quartile (carte). Les régions socio-sanitaires du premier quartile comprennent les 25 % de régions socio-sanitaires où l'EVSI est la plus faible, tandis que le quatrième quartile comprend les 25 % de régions socio-sanitaires pour lesquelles l'EVSI est la plus élevée. Les régions socio-sanitaires classées dans les deuxième et troisième quartiles sont dans des situations intermédiaires.

Les déterminants éventuels des variations de l'EVSI ont été établis selon une méthode en trois étapes. D'abord, 21 variables, en grande partie démographiques et socioéconomiques, ont été sélectionnées comme étant des facteurs susceptibles d'être associés aux variations de l'EVSI dans les 138 régions socio-sanitaires. À l'aide d'une analyse en composantes principales (une méthode de réduction du nombre de variables), ces 21 variables, dont certaines sont fortement colinéaires, ont été regroupées en quatre variables synthétiques orthogonales par construction (composantes principales), éliminant ainsi les problèmes dus à la multicolinéarité (tableau A en annexe). Ces

quatre variables synthétiques — « éloignée », « prospère », « cosmopolite » et « défavorisée » — sont des combinaisons linéaires des 21 variables originales et expliquent 73 % de la variance totale.

La composante « éloignée » est caractérisée par un ratio hommes-femmes élevé, une forte proportion de résidents autochtones et un faible niveau de scolarité. La composante « prospère » est caractérisée par une forte croissance démographique, un revenu personnel élevé et un faible chômage, et la composante « cosmopolite », par une forte proportion de membres des minorités visibles, une forte densité de population et une forte proportion d'immigrants récents. La composante « défavorisée » est caractérisée par une forte proportion de familles monoparentales et une faible proportion de logements occupés par le propriétaire. Les calculs ont été faits au moyen de la sous-routine PROC Factor du logiciel SAS. La troisième étape correspond à l'estimation d'un modèle de régression linéaire de l'espérance de vie sans incapacité en fonction des quatre variables synthétiques comme variables explicatives.

Le présent article illustre le profil des variations de l'espérance de vie sans incapacité au Canada selon la région socio-sanitaire (voir *Méthodologie* et *Limites*). Pour les besoins de l'analyse, l'incapacité est ici définie comme étant une limitation majeure des activités, c'est-à-dire une limitation qui a des répercussions sur les activités à la maison, au travail ou à l'école (voir *Définitions*). L'association entre l'EVSI et certaines caractéristiques socioéconomiques et démographiques au niveau de la région socio-sanitaire est examinée. À cet égard, seulement deux études avaient jusqu'ici porté sur les déterminants de l'espérance de vie sans incapacité au niveau régional^{8,9}. Les résultats de la présente analyse se fondent sur des estimations de l'EVSI pour 1996 (tableau B en annexe).

Inégalités de l'EVSI considérables

Au Canada, en 1996, l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), hommes et femmes confondus, était de 68,6 années (tableau 1, graphique). Ce chiffre masque toutefois des écarts considérables entre régions socio-sanitaires, l'EVSI variant de 61 années pour la région du Nunavik, au Québec, à

presque 73 années pour celle de Richmond, en Colombie-Britannique. Cet écart de près de 12 années laisse entendre que des améliorations de la santé sont possibles dans les régions socio-sanitaires pour lesquelles les estimations de l'EVSI sont les plus faibles.

Tableau 1
Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité, à la naissance, hommes et femmes confondus, Canada, 1996

	Espérance de vie		Espérance de vie sans incapacité	
	Années	Intervalle de confiance de 95 %	Années	Intervalle de confiance de 95 %
Canada	78,3	78,3 - 78,4	68,6	68,5 - 68,6
Minimum [†]	65,4	63,0 - 67,7	61,0	58,8 - 63,2
Maximum [‡]	81,2	80,8 - 81,7	72,8	72,3 - 73,2
Étendue [§]	15,8	13,1 - 18,7	11,8	9,1 - 14,4

Sources des données : Recensement de la population de 1996; Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques de la Division de la démographie; référence n° 10

[†] Valeur minimale observée pour une région socio-sanitaire.

[‡] Valeur maximale observée pour une région socio-sanitaire.

[§] Différence entre les valeurs maximale et minimale.

Définitions

L'*espérance de vie* représente le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre, à compter de la naissance, compte tenu des taux de mortalité par tranche d'âge de cinq ans établis pour la période de référence (ici, 1995 à 1997).

L'*espérance de vie sans incapacité* (EVSI) distingue les années vécues sans limitation majeure des activités ou hors établissement de santé (dont un grand nombre de résidents présentent des limitations majeures des activités) des années vécues avec au moins une limitation majeure des activités (voir *Méthodologie*). Ce concept donne lieu à l'établissement d'un seuil qui est fonction de la nature des limitations. Les années vécues dans un état égal ou supérieur à ce seuil sont comptabilisées, tandis que celles vécues dans un moins bon état ne le sont pas.

Les *limitations majeures des activités* sont celles causées par une incapacité physique, une incapacité mentale ou un problème de santé de longue durée, c'est-à-dire qui a ou qui devrait durer six mois ou plus. Sont exclues les limitations mineures des activités ou les incapacités non invalidantes. Une réponse positive à l'une des questions du recensement suivantes a été considérée comme étant indicatrice d'une limitation majeure des activités : « Cette personne est-elle limitée dans ses activités à cause d'une incapacité physique, d'une incapacité mentale ou d'un problème de santé chronique : a) à la maison? b) à l'école ou au travail? »

En général, les *régions socio-sanitaires* constituent des zones administratives définies par les autorités provinciales aux fins de la prestation locale des services de santé et des services sociaux. Il existe à l'heure actuelle 139 régions socio-sanitaires (carte, tableau B en annexe), mais pour les besoins de la présente analyse, les régions socio-sanitaires de Burntwood et de Churchill, au Manitoba, ont été fusionnées en raison de leur faible population. Les régions socio-sanitaires sont très diverses, particulièrement en ce qui concerne la taille de la population, les caractéristiques démographiques et socioéconomiques et le niveau d'urbanisation.

Le *ratio hommes-femmes* correspond au nombre total d'hommes dans une région socio-sanitaire particulière en 1996, divisé par le nombre total de femmes.

La *population de moins de 15 ans* représente la proportion de jeunes de moins de 15 ans dans une région socio-sanitaire.

La *population autochtone* représente la proportion de la population totale de la région socio-sanitaire qui a déclaré appartenir à un groupe autochtone (Première nation, Inuit ou Métis) lors du Recensement de 1996.

Par *zone d'influence des régions métropolitaines (ZIM) forte*, on entend la proportion de la population de la région socio-sanitaire

qui vit dans une région métropolitaine de recensement (RMR), une agglomération de recensement (AR) ou une collectivité située à l'extérieur d'une RMR/AR, mais dont au moins 30 % des membres de la population active qui ont un emploi se rendent dans une RMR/AR pour travailler. Cette mesure précise le degré d'influence urbaine exercée sur la région socio-sanitaire. Les RMR et les AR sont de grandes zones urbaines auxquelles sont rattachées des régions urbaines et rurales adjacentes présentant un degré important d'intégration économique et sociale avec cette zone urbaine. Les RMR et les AR sont des régions urbaines ayant atteint un seuil particulier de population, à savoir 100 000 habitants pour les RMR et 10 000 habitants pour les AR.

Le *nombre de journées sans gel* équivaut au nombre annuel moyen de journées où la température est supérieure à 5 degrés Celsius.

L'*inabordabilité du logement* correspond à la proportion de ménages qui consacrent plus de 30 % de leur revenu pour se loger.

Le *niveau de scolarité, 25 à 54 ans* représente la proportion de résidents de 25 à 54 ans d'une région socio-sanitaire qui sont titulaires d'un diplôme ou d'un certificat d'études postsecondaires.

La *population de 65 ans et plus* représente la proportion de la population de la région socio-sanitaire âgée de 65 ans et plus.

La *migration interne* correspond à la proportion de la population de cinq ans et plus de la région socio-sanitaire qui vivait dans une subdivision de recensement (municipalité) différente au moment du recensement précédent (1991). Sont exclus les Canadiens qui vivent dans un ménage à l'extérieur du Canada, comme le personnel militaire et les agents gouvernementaux.

La *variation de la population* représente toute variation de la population de la région socio-sanitaire entre 1995 et 1997 (%).

La *taille de la population* correspond à la population de la région socio-sanitaire exprimée en pourcentage de la population canadienne totale.

Le *revenu moyen* correspond au revenu personnel moyen, après transferts et avant impôt, en provenance de toutes les sources, des personnes de 15 ans et plus.

Les *transferts gouvernementaux* incluent les paiements au titre de programmes fédéraux tels que le Supplément de revenu garanti, la Sécurité de la vieillesse, le Régime de pensions du Canada/Régime des rentes du Québec et l'Assurance-emploi, exprimés en proportion du revenu total en provenance de toutes les sources.

Le *chômage* est calculé en divisant le nombre total de chômeurs de 15 ans et plus par le nombre total de membres de 15 ans et plus de la population active.

Définitions – fin

Le taux de membres des *minorités visibles* correspond à la proportion de la population de la région socio-sanitaire appartenant à un groupe de minorités visibles.

La *densité de population* est le nombre d'habitants par kilomètre carré.

L'*immigration* désigne la proportion de personnes qui sont arrivées au Canada entre 1981 et 1996.

La *valeur du logement* représente la valeur moyenne des logements occupés par leur propriétaire qui ne sont pas situés sur une exploitation agricole ou dans une réserve, y compris la valeur du terrain, au moment du Recensement de 1996.

Le taux de *familles monoparentales* correspond à la proportion de familles dirigées par un parent seul parmi l'ensemble des familles de recensement de la région socio-sanitaire vivant dans un logement privé.

Pour mesurer l'*égalité du revenu*, on a calculé le revenu total de l'ensemble des ménages de la région socio-sanitaire, puis la

proportion de ce revenu total des ménages imputable à la tranche de 50 % des ménages les moins bien nantis dans cette région socio-sanitaire (autrement dit, la *part médiane* du revenu). Dans des conditions d'inégalité totale, la moitié inférieure reçoit 0 et la moitié supérieure, 100 % de tous les revenus. Dans des conditions d'égalité totale, les ménages dont le revenu se situe dans la moitié inférieure de la distribution des revenus reçoivent 50 % du total des revenus et la part médiane du revenu pour la région socio-sanitaire est alors égale à 0,50. La répartition des revenus est d'autant plus équitable que la part médiane, dont la valeur est comprise entre 0 et 0,50, est élevée.

Le taux de *logements occupés par le propriétaire* correspond à la proportion de logements privés occupés par leur propriétaire. Les logements visés par les programmes de logement des bandes indiennes et les logements collectifs sont exclus du numérateur et du dénominateur.

Dans le cas du Nunavik et de Richmond, certaines caractéristiques pourraient expliquer partiellement l'écart entre ces deux régions. Le Nunavik est un immense territoire faiblement peuplé, situé dans le Nord du Québec. En 1996, la population du Nunavik, inférieure à 9 000 habitants, était composée principalement d'Autochtones (88 %). Or, les taux de mortalité et de morbidité sont plus élevés au sein de la population autochtone qu'au sein de la population canadienne dans son ensemble¹¹. Les valeurs plus faibles de l'EVSI observées dans les régions comptant une population autochtone importante reflètent cette situation.

En tout, 35 % seulement des résidents de 25 à 54 ans du Nunavik possédaient un diplôme d'études postsecondaires, proportion qui témoigne du niveau relativement faible de scolarité dans cette région. En outre, 25 % des familles du Nunavik étaient monoparentales et moins de 1 % de la population était composée d'immigrants. Qui plus est, le Nunavik est éloigné des grands centres urbains, ce qui rend problématique l'accès aux services de santé.

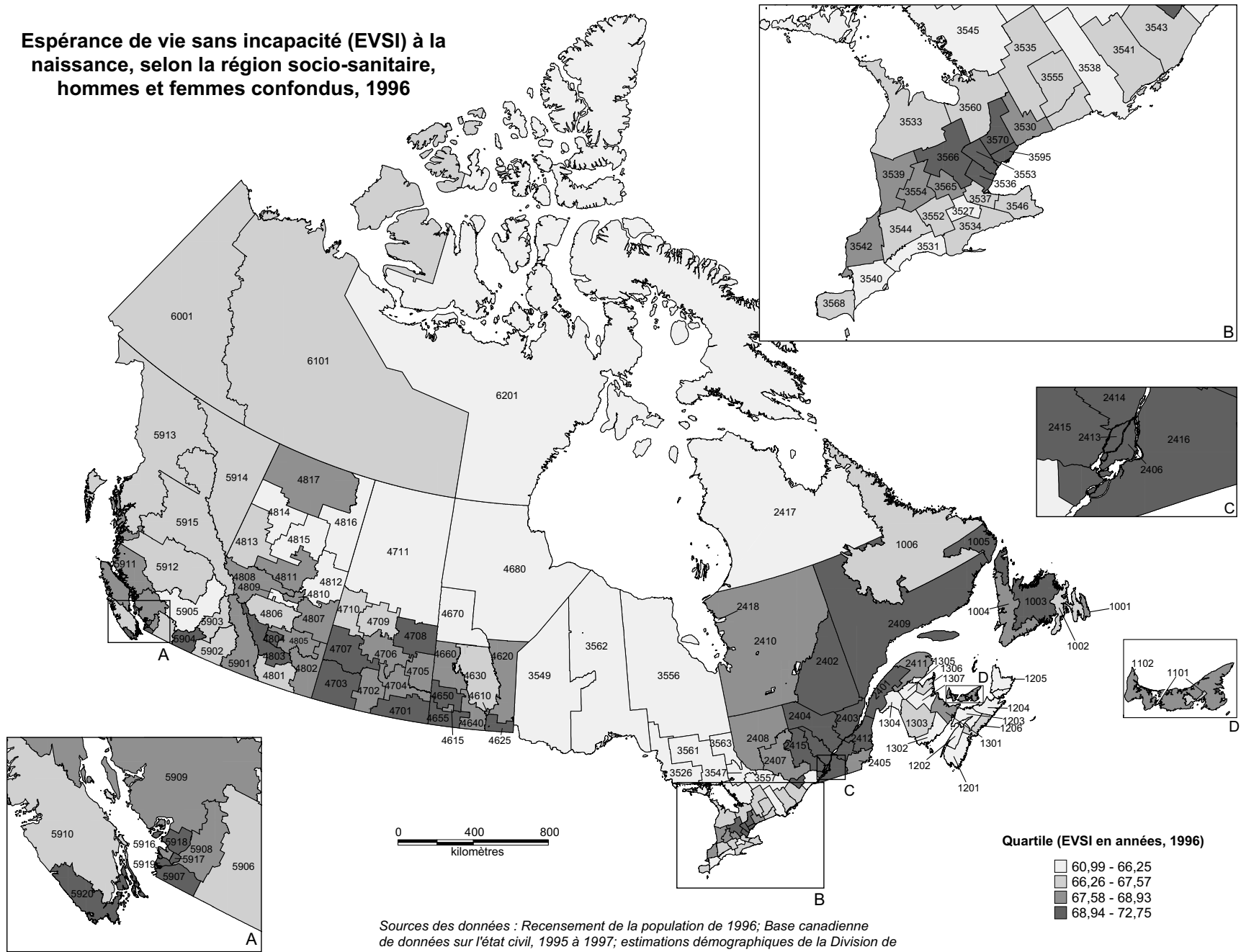
En revanche, la région de Richmond se situe dans le grand Vancouver, zone industrielle, portuaire,

universitaire et touristique, où l'offre de services de santé est très importante. En 1996, la population de Richmond – plus de 1,5 million de personnes – présentait un niveau de scolarité très élevé. En tout, 58 % des résidents de 25 à 54 ans étaient titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires. En outre, presque la moitié (48 %) de la population était formée d'immigrants dont une proportion importante (67 %) étaient arrivés au Canada après 1980. Enfin, moins de 1 % de la population était d'origine autochtone.

EVSI plus élevée dans les régions urbaines et plus faible dans les régions éloignées

En 1996, les régions socio-sanitaires classées dans le quartile inférieur d'EVSI étaient généralement des régions du Nord ou des régions rurales éloignées des grands centres urbains (carte). Dans ces 25 % de régions socio-sanitaires, l'EVSI variait de 61,0 à 66,3 années. Inversement, les régions socio-sanitaires appartenant aux quartiles supérieurs d'EVSI étaient généralement situées dans les zones urbaines ou adjacentes et fortement intégrées à ces

Espérance de vie sans incapacité (EVSI) à la naissance, selon la région socio-sanitaire, hommes et femmes confondus, 1996



zones. Dans ces régions, l'EVSI variait de 68,9 à 72,8 années. Nombre de ces régions sont situées dans le Sud de l'Ontario et dans l'Ouest, régions dont les économies comptent parmi les plus robustes du pays. Peu de régions socio-sanitaires appartenant au quartile supérieur d'EVSI étaient situées dans les provinces de l'Atlantique, dont les économies sont relativement fragiles. Mis à part le Québec, ce profil régional de l'EVSI est comparable à celui de l'espérance de vie¹².

Au Québec, 11 des 18 régions socio-sanitaires appartenaient au quartile supérieur d'EVSI, celle-ci étant supérieure à la médiane dans 15 des 18 régions. Les taux régionaux de limitation majeure des activités sont nettement plus faibles au Québec que dans les autres provinces. Ce niveau plus faible d'incapacité a été observé systématiquement par le passé, au moyen de divers instruments d'enquête⁵.

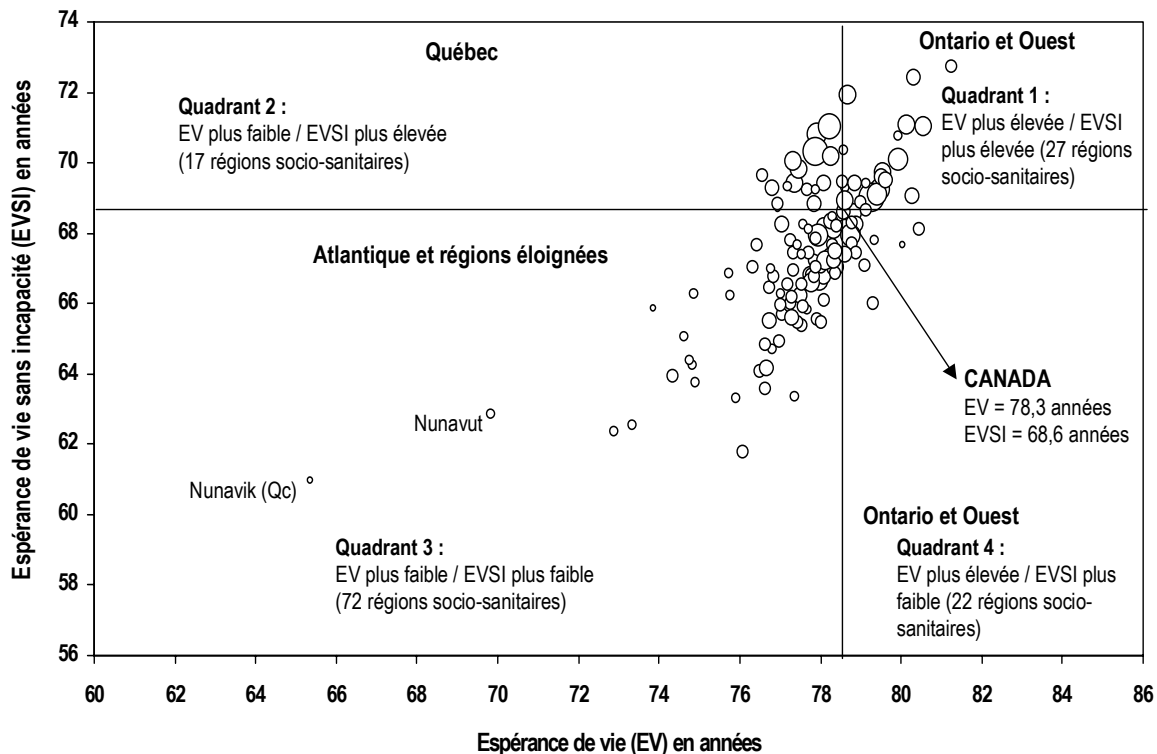
Longue vie, bonne santé

Une longue vie et une bonne santé vont généralement de pair^{13,14}. Une espérance de vie supérieure à la valeur nationale correspondante est habituellement assortie d'une EVSI également supérieure à la valeur nationale, et l'inverse est aussi vrai. Cette situation s'applique à la majorité des régions socio-sanitaires (72).

La classification des estimations de l'espérance de vie et de l'EVSI par quadrant, pour les 138 régions socio-sanitaires, montre le lien entre ces deux indicateurs (graphique, tableau B en annexe). Chaque cercle représente une région socio-sanitaire et le centre du cercle correspond à l'intersection de l'espérance de vie et de l'EVSI pour la région socio-sanitaire en question. La taille du cercle est proportionnelle à la racine carrée de la taille de la population. Le premier quadrant contient les régions

Graphique

Espérance de vie (EV) et espérance de vie sans incapacité (EVSI) à la naissance, selon la région socio-sanitaire, hommes et femmes confondus, Canada, 1996



Sources des données : Recensement de la population de 1996; Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques de la Division de la démographie; référence n° 10

socio-sanitaires pour lesquelles l'espérance de vie et l'EVSI sont supérieures aux valeurs nationales correspondantes. Le quadrant 3 représente la situation opposée : il contient les régions pour lesquelles l'espérance de vie et l'EVSI sont toutes deux inférieures aux valeurs nationales correspondantes. Les quadrants 2 et 4 représentent des situations intermédiaires.

Les valeurs les plus élevées de l'EVSI s'observent le plus souvent dans les grands centres urbains ou dans les régions suburbaines fortement peuplées situées à proximité de ces centres, et sont moins courantes dans les régions rurales éloignées ou dans les régions du Nord.

Espérance de vie et EVSI plus élevées dans les régions « de l'avenue principale »

L'Ontario et les provinces de l'Ouest englobent la plupart des régions socio-sanitaires pour lesquelles l'espérance de vie et l'EVSI sont élevées, comparativement aux valeurs nationales correspondantes (graphique, quadrant 1). En outre, ces régions sont généralement situées dans de grands centres urbains ou dans des zones fortement intégrées aux grands centres urbains. Cette situation reflète leur statut de région « de l'avenue principale », c'est-à-dire des régions où le statut socioéconomique et le niveau d'immigration sont élevés et où les services de santé sont accessibles. Elle témoigne aussi de la robustesse des économies de ces régions.

Cependant, dans certaines régions socio-sanitaires, l'espérance de vie est supérieure à la valeur nationale, tandis que l'EVSI est inférieure à la valeur nationale correspondante (quadrant 4). Presque toutes ces régions sont, elles aussi, situées en Ontario et dans l'Ouest. Toutefois, elles font partie des régions rurales, ou se trouvent à leur périphérie.

Région de l'Atlantique — espérance de vie et EVSI plus faibles

La situation la moins enviable, c'est-à-dire celle où l'espérance de vie et l'EVSI sont inférieures, respectivement, aux valeurs nationales correspondantes (quadrant 3) s'observe le plus fréquemment dans les régions du Nord et dans les

régions rurales éloignées des grands centres urbains. Il en est ainsi de la majorité des régions socio-sanitaires des provinces de l'Atlantique.

Les régions socio-sanitaires où l'espérance de vie est inférieure à la valeur nationale correspondante, mais où l'EVSI est supérieure à la valeur canadienne correspondante (quadrant 2), sont situées principalement au Québec. Les faibles taux de limitation majeure des activités observés dans cette province expliquent ce résultat.

Importance des écarts

Les conséquences de la répartition inégale de l'espérance de vie et de l'EVSI selon la région socio-sanitaire dépendent de l'importance des écarts. Dans certains cas, l'espérance de vie et l'EVSI s'écartent fortement des valeurs nationales correspondantes. Dans le quadrant 1, les deux valeurs sont supérieures à la moyenne nationale.

Pour plusieurs régions socio-sanitaires, l'espérance de vie et l'EVSI sont nettement inférieures aux valeurs nationales correspondantes (quadrant 3). Ainsi, le Nunavik, qui fait partie de ce groupe, était classé dernier en ce qui concerne tant l'espérance de vie (65,4 années) que l'EVSI (61,0 années), soit 12,9 et 7,6 années de moins que les valeurs nationales correspondantes.

Facteurs associés

Les variations de l'espérance de vie sans incapacité ont été étudiées au moyen d'un modèle de régression linéaire (voir *Méthodologie*). Celui-ci comprend quatre variables synthétiques qui résument 21 variables démographiques et socioéconomiques et qui agissent comme variables potentiellement associées à l'EVSI. Ces variables sont les suivantes : éloignée, prospère, cosmopolite et défavorisée (tableau A en annexe).

Une EVSI plus élevée est associée à des valeurs plus faibles des variables synthétiques « éloignée » et « défavorisée », et à des valeurs plus fortes des variables synthétiques « prospère » et « cosmopolite » (tableau 2). Les indicateurs du recensement qui sont associés à la variable synthétique « cosmopolite » sont notamment des taux élevés d'immigrants et de membres des minorités visibles, et une forte densité de population. Les quatre variables synthétiques

Tableau 2
Coefficients de régression reliant les variables synthétiques[†]
à l'espérance de vie sans incapacité, Canada, 1996

Variable synthétique [†]	Coefficient de régression estimé
Éloignée	-0,72 (< 0,01)
Prospère	0,33 (0,02)
Cosmopolite	0,87 (< 0,01)
Défavorisée	-0,84 (< 0,01)
R ²	0,46

Sources des données : Recensement de la population de 1996; Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques de la Division de la démographie; référence n° 10

Nota : La valeur estimée d'un coefficient représente la variation de l'EVSI pour toute augmentation d'un écart-type de la valeur de la variable synthétique correspondante. Le signe du coefficient indique la direction de l'association entre les deux variables. Les nombres entre parenthèses représentent le niveau de signification le plus faible auquel l'hypothèse selon laquelle le coefficient est nul peut être rejetée (valeur *p*). Lors de l'estimation du modèle excluant le Nunavut et le Nunavik, qui sont des régions socio-sanitaires quelque peu exceptionnelles, la part expliquée de la variation de l'EVSI n'a été réduite que légèrement et l'effet des variables synthétiques est demeuré statistiquement significatif. Les régions de Burntwood et Churchill, au Manitoba, ont été fusionnées en raison de leur faible population.

[†] Résumant 21 variables démographiques et socioéconomiques (voir le tableau A en annexe).

ddl = 133; statistique *F* = 27,89 (*p* < 0,01).

sont à l'origine de 46 % de la variation régionale de l'EVSI.

Ces résultats au niveau de la région socio-sanitaire reflètent certaines relations aujourd'hui bien connues, sur le plan individuel, entre l'état de santé et les caractéristiques sociodémographiques¹⁵. Au Canada, un faible statut socioéconomique est généralement associé à un mauvais état de santé et à une plus forte mortalité¹⁶. De surcroît, on a observé par le passé l'« effet de l'immigrant en bonne santé » qu'expliquent des facteurs tels que la tendance des personnes malades à ne pas émigrer, le dépistage médical auquel doivent se soumettre les candidats à l'immigration et la sélection des immigrants fondée en partie sur l'employabilité, qui sous-entend un bon état de santé¹⁷.

Mot de la fin

En 1996, l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) étaient généralement supérieures aux valeurs nationales correspondantes dans les régions socio-sanitaires de l'Ontario et des provinces de l'Ouest. L'espérance de vie avait tendance à être plus faible — souvent considérablement — dans les régions rurales éloignées et les régions du Nord que

Limites

Les questions du Recensement de 1996 sur les limitations des activités étaient conçues non pas pour fournir des estimations de la prévalence de ce type de limitation, mais plutôt pour produire l'échantillon pour une enquête postcensitaire sur la santé et les limitations des activités. Cette enquête n'ayant pas été réalisée en 1996, les données sur les limitations des activités provenant du Recensement de 1996 n'ont fait l'objet d'aucune vérification en vue de confirmer leur complétude et leur cohérence.

Le questionnaire du recensement était un questionnaire à remplir soi-même, si bien que ce sont les perceptions qu'avaient les participants de leurs propres limitations des activités qui ont effectivement été mesurées. Aucune source indépendante n'a été utilisée pour vérifier ces données autodéclarées et nul ne sait dans quelle mesure des erreurs de déclaration les rendent inexactes. Néanmoins, l'état de santé autodéclaré est un bon prédicteur de la mortalité et de l'utilisation des services de santé¹⁸.

L'analyse régionale des déterminants de l'EVSI n'a pas cherché à tenir compte des indicateurs agrégés des facteurs de risque comportementaux, tels que les taux d'usage du tabac ou d'obésité, ni des différences de politiques en matière de santé et de services de santé ou des indicateurs de cohésion sociale. Tous ces éléments pourraient expliquer partiellement certaines variations supplémentaires de l'EVSI, mais il est peu probable que leur pouvoir explicatif excède celui des indicateurs socioéconomiques.

Dans les présentes analyses, le terme « région » désigne une entité qui englobe plus que la somme des habitants de la région. Les estimations régionales de l'EVSI sont ici des agrégats sur des collectivités hétérogènes au sein des régions. Cependant, l'échelle de la région socio-sanitaire représentée, pour l'examen de cet indicateur de la santé de la population, un niveau d'analyse beaucoup plus fin que celui utilisé jusqu'ici dans le contexte canadien.

dans les grands centres urbains. En outre, l'espérance de vie et l'EVSI étaient inférieures aux valeurs nationales correspondantes dans la plupart des régions socio-sanitaires des provinces de l'Atlantique. Dans la majorité des régions socio-sanitaires du Québec, l'espérance de vie était inférieure à la moyenne nationale. Cependant, comme les taux de limitations majeures autodéclarées des activités sont nettement plus faibles dans cette province que dans le reste du pays, la valeur de l'EVSI est généralement plus élevée au Québec qu'au Canada dans son ensemble.

Les indicateurs de statut socioéconomique d'une région socio-sanitaire expliquent une forte proportion (46 %) de la variation de l'EVSI selon la région socio-sanitaire. Ce profil de la santé en fonction des indicateurs sociaux a été observé maintes fois au Canada¹⁹⁻²¹ et ailleurs dans le monde¹³.

Malgré le régime de soins de santé universel, des inégalités considérables persistent au Canada en ce qui concerne l'état de santé. La connaissance du profil régional de l'espérance de santé au Canada, de la nature des disparités entre les régions socio-sanitaires en matière d'EVSI et de l'ampleur de ces disparités devrait permettre de repérer les régions dont les besoins sont les plus évidents et où

l'intervention doit être prioritaire. En outre, la connaissance des déterminants de l'EVSI pourrait, à son tour, éclairer le processus de prise de décisions, en apportant notamment des éclaircissements quant aux outils d'intervention potentiels et souhaitables. L'ampleur des écarts interrégionaux de l'EVSI suggère que la situation pourrait être améliorée dans les régions socio-sanitaires où l'EVSI est la plus faible, notamment les régions rurales éloignées et les régions du Nord. Toutefois, les taux relativement faibles d'incapacité observés au Québec comparativement aux autres provinces laissent entendre qu'il pourrait exister entre divers sous-ensembles de la population canadienne des différences systématiques d'autoévaluation de l'état de santé susceptibles de compliquer l'interprétation des variations régionales des indicateurs de l'espérance de vie sans incapacité. ●

Remerciements

Les auteurs remercient Michel Séguin, Jason Gilmore et Mike Tjepkema.

Références

1. J.-M. Robine, dans « L'espérance de vie sans incapacité », *Espérance de santé*, publié sous la direction de J.-M. Robine, M. Blanchet et J.E. Dowd, Paris, Les éditions INSERM, 1992, p. 1-45.
2. J.E. Ware Jr, R.H. Brook, A.R. Davies *et al.*, « Choosing measures of health status for individuals in general populations », *American Journal of Public Health*, 71, 1981, p. 620-625.
3. D.F. Sullivan, « A single index of mortality and morbidity », *HSMMSA Health Reports*, 86, 1971, p. 347-354.
4. C.L. Chiang, *The Life Table and its Applications*, Malabar, Floride, Robert E. Krieger Publishing Company, 1984.
5. R. Wilkins, « Espérance de vie en santé au Québec et au Canada en 1986 », *Cahiers québécois de démographie*, 20(2), 1991, p. 367-382.
6. R. Wilkins, O. Adams et A. Brancker, « Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986 », *Rapports sur la santé*, 1(2), 1989, p. 137-174 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
7. C. Mathers, *Health Expectancies in Australia, 1981 and 1988*, Canberra, Australian Institute of Health, Australian Government Publishing Service, 1991.
8. J.L. Gutiérrez-Fisac, R. Gisbert et J. Solà, « Factors explaining the geographical differences in disability free life expectancy in Spain », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 2000, p. 451-455.
9. M.R. Bone, A.C. Bebbington, C. Jagger *et al.*, *Health Expectancy and its Uses*, Londres Her Majesty's Stationery Office, 1995.
10. Statistique Canada, *Indicateurs de la santé* (n° 82-221-XIF au catalogue), 2001(3), 2001, disponible à <http://www.statcan.ca>.
11. H.L. MacMillan, A.B. MacMillan, D.R. Offord *et al.*, « Aboriginal health », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 155, 1996, p. 1569-1578.
12. Statistique Canada, « L'espérance de vie », *Rapports sur la santé*, 11(3), 1999, p. 9-24 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
13. J.-M. Robine, I. Romieu et E. Cambois, « Health expectancy indicators », *Bulletin of the World Health Organization*, 77(2), 1999, p. 181-185.

14. R. Pampalon, R. Choinière et M. Rochon, « L'espérance de santé au Québec », *Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001.
15. R. Evans, M. Barer *et al.*, *Why are Some People Healthy and Others Not?*, New York, Aldine deGruyter, 1994.
16. R. Wilkins, E. Ng et J-M. Berthelot, *Trends in mortality by income in urban Canada from 1971 to 1996. Session 65: Cause of death analyses, differentials and trends*, rapport présenté à la Population Association of America, Washington, DC, mars 2001.
17. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, « Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986-1991 », *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 31-41 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
18. D.G. Manuel et S.E. Schultz, « Adding years to life and life to years: life and health expectancy in Ontario », *Atlas Reports: The Health of Ontarians, Report 1*, Toronto, Institut de recherche en services de santé, 2001.
19. M.C. Wolfson, « Espérance de vie ajustée sur la santé », *Rapports sur la santé*, 8(1), 1996, p. 43-49 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
20. R. Wilkins et O.B. Adams, « Health expectancy in Canada, late 1970s: demographic, regional, and social dimensions », *American Journal of Public Health*, 73(9), 1983, p. 1073-1080.
21. R. Wilkins, F. Mayer, N. Ross *et al.*, « Health expectancy by neighbourhood income in urban Canada, using census disability data for 1996 », présenté dans le cadre de REVES 13, Vancouver, juin 2001.

Annexe

Tableau A

Quatre variables synthétiques résumant 21 variables démographiques et socioéconomiques

Variable synthétique	% de la variance totale expliquée	Variabes démographiques et socioéconomiques ayant les poids les plus élevés dans la variable synthétique (direction de l'association)
Éloignée	32	Ratio hommes-femmes (+) Population de moins de 15 ans (+) Population autochtone (+) Zone d'influence des régions métropolitaines forte (-) Nombre de journées sans gel (-) Inabordabilité du logement (-) Niveau de scolarité, 25 à 54 ans (-) Population de 65 ans et plus (-)
Prospère	20	Migration interne (+) Variation de la population (+) Revenu moyen (+) Transferts gouvernementaux (-) Chômage (-)
Cosmopolite	15	Minorités visibles (+) Densité de population (+) Immigration (+) Valeur du logement (+) Taille de la population (+)
Défavorisée	6	Familles monoparentales (+) Égalité du revenu (-) Logements occupés par le propriétaire (-)

Sources des données : Recensement de la population de 1996; Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques de la Division de la démographie; référence n° 10

Nota : Les signes entre parenthèses indiquent la direction de l'association entre la variable synthétique et les principales variables démographiques et socioéconomiques qui la composent.

Tableau B

Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité à la naissance, selon la région socio-sanitaire, hommes et femmes confondus, Canada, 1996

Région socio-sanitaire				Espérance de vie		Espérance de vie sans incapacité	
N°	Nom	Type†	Quadrant	Années	Intervalle de confiance de 95 %	Années	Intervalle de confiance de 95 %
Canada				78,3	78,3 - 78,4	68,6	68,5 - 68,6
Terre-Neuve							
1001	St. John's	CHR	3	78,1	77,7 - 78,5	68,2	67,8 - 68,6
1002	Eastern	CHR	3	76,3	75,8 - 76,8	67,0	66,6 - 67,5
1003	Central	CHR	2	77,7	77,2 - 78,1	69,2	68,8 - 69,7
1004	Western	CHR	3	77,3	76,7 - 77,8	67,8	67,2 - 68,3
1005	Grenfell	CHR	2	78,3	77,0 - 79,5	70,8	69,6 - 72,0
1006	Labrador	HCO	3	74,9	73,3 - 76,4	66,3	64,9 - 67,7
Île-du-Prince-Édouard							
1101	Urban	URA	3	77,0	76,4 - 77,7	66,3	65,6 - 66,9
1102	Rural	URA	1	79,1	78,5 - 79,7	68,8	68,1 - 69,4
Nouvelle-Écosse							
1201	Yarmouth	ZON	3	77,5	77,1 - 78,0	65,4	64,9 - 65,8
1202	Kentville	ZON	4	79,3	78,8 - 79,8	66,0	65,5 - 66,6
1203	Thuro	ZON	3	77,9	77,4 - 78,4	65,6	65,1 - 66,0
1204	New Glasgow	ZON	3	78,1	77,6 - 78,6	66,1	65,6 - 66,6
1205	Cape Breton	ZON	3	76,1	75,6 - 76,5	61,8	61,4 - 62,2
1206	Halifax	ZON	3	77,9	77,6 - 78,1	66,8	66,5 - 67,1
Nouveau-Brunswick							
1301	Moncton	HRE	4	78,8	78,4 - 79,2	68,1	67,7 - 68,4
1302	Saint John	HRE	3	77,5	77,1 - 77,9	66,3	65,9 - 66,6
1303	Fredericton	HRE	3	77,8	77,3 - 78,2	66,8	66,4 - 67,2
1304	Edmundston	HRE	3	76,8	76,0 - 77,6	64,7	64,0 - 65,4
1305	Campbellton	HRE	3	77,4	76,4 - 78,3	63,4	62,5 - 64,3
1306	Bathurst	HRE	4	79,1	78,5 - 79,7	67,1	66,5 - 67,7
1307	Miramichi	HRE	3	77,7	76,9 - 78,5	65,9	65,1 - 66,6
Québec							
2401	Bas-Saint-Laurent	RSS	2	78,1	77,7 - 78,5	69,4	69,1 - 69,8
2402	Saguenay - Lac-Saint-Jean	RSS	2	76,8	76,5 - 77,1	69,3	69,0 - 69,6
2403	Québec	RSS	2	77,9	77,7 - 78,1	70,8	70,6 - 71,0
2404	Mauricie et Centre-du-Québec	RSS	2	77,4	77,1 - 77,6	69,4	69,2 - 69,7
2405	Estrie	RSS	2	77,9	77,5 - 78,2	68,9	68,6 - 69,2
2406	Montréal-Centre	RSS	2	77,9	77,7 - 78,0	70,3	70,2 - 70,4
2407	Outaouais	RSS	3	77,1	76,7 - 77,4	68,3	68,0 - 68,6
2408	Abitibi-Témiscamingue	RSS	3	76,4	76,0 - 76,9	67,7	67,2 - 68,1
2409	Côte-Nord	RSS	2	76,6	76,0 - 77,1	69,7	69,1 - 70,2
2410	Nord-du-Québec	RSS	2	76,9	75,2 - 78,6	68,7	67,0 - 70,5
2411	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	RSS	2	76,9	76,4 - 77,5	68,8	68,3 - 69,3
2412	Chaudière-Appalaches	RSS	2	78,3	78,0 - 78,5	70,2	69,9 - 70,5
2413	Laval	RSS	1	78,7	78,4 - 78,9	72,0	71,7 - 72,2
2414	Lanaudière	RSS	2	77,5	77,2 - 77,8	69,8	69,5 - 70,1
2415	Laurentides	RSS	2	77,3	77,1 - 77,6	70,0	69,8 - 70,3
2416	Montréal	RSS	2	78,2	78,1 - 78,4	71,1	70,9 - 71,2
2417	Nunavik	RSS	3	65,4	63,0 - 67,7	61,0	58,8 - 63,2
2418	Terres-Cries-de-la-Baie-James	RSS	3	73,9	71,9 - 75,9	65,9	63,8 - 67,9

Région socio-sanitaire				Espérance de vie		Espérance de vie sans incapacité	
N°	Nom	Type†	Quadrant	Années	Intervalle de confiance de 95 %	Estimation	Intervalle de confiance de 95 %
Ontario							
3526	Algoma	PHU	3	77,0	76,5 - 77,5	64,9	64,5 - 65,4
3527	Brant	PHU	3	77,6	77,1 - 78,0	65,9	65,4 - 66,4
3530	Durham PHU	PHU	4	78,3	78,1 - 78,6	68,1	67,9 - 68,4
3531	Elgin-St Thomas	PHU	3	77,1	76,5 - 77,6	65,7	65,1 - 66,3
3533	Bruce-Grey-Owen Sound	PHU	3	77,8	77,4 - 78,2	67,2	66,8 - 67,6
3534	Haldimand-Norfolk	PHU	3	77,8	77,3 - 78,3	66,8	66,3 - 67,3
3535	Haliburton-Kawartha-Pine Ridge	PHU	3	78,2	77,8 - 78,6	67,2	66,8 - 67,6
3536	Halton	PHU	1	80,1	79,9 - 80,4	71,1	70,8 - 71,4
3537	Hamilton-Wentworth	PHU	3	78,0	77,7 - 78,2	66,6	66,4 - 66,9
3538	Hastings-Prince Edward	PHU	3	77,4	77,0 - 77,9	65,5	65,1 - 65,9
3539	Huron	PHU	4	78,5	77,9 - 79,2	68,2	67,6 - 68,8
3540	Kent-Chatham	PHU	3	76,6	76,1 - 77,1	64,9	64,4 - 65,3
3541	Kingston-Frontenac-Lennox-Addington	PHU	3	78,1	77,7 - 78,5	66,8	66,4 - 67,1
3542	Lambton	PHU	3	78,3	77,9 - 78,8	67,7	67,2 - 68,1
3543	Leeds-Grenville-Lanark	PHU	3	77,2	76,8 - 77,6	66,5	66,1 - 66,9
3544	Middlesex-London	PHU	4	78,4	78,1 - 78,6	67,0	66,8 - 67,3
3545	Muskoka-Parry Sound	PHU	3	77,3	76,6 - 77,9	66,0	65,4 - 66,6
3546	Niagara	PHU	3	78,3	78,0 - 78,5	67,3	67,1 - 67,5
3547	North Bay	PHU	3	76,6	76,1 - 77,2	63,6	63,1 - 64,1
3549	Northwestern	PHU	3	74,3	73,7 - 75,0	63,9	63,3 - 64,6
3551	Ottawa Carleton	PHU	1	79,5	79,3 - 79,7	69,2	69,0 - 69,4
3552	Oxford	PHU	3	78,0	77,5 - 78,5	67,0	66,5 - 67,5
3553	Peel	PHU	1	79,9	79,7 - 80,1	70,1	69,9 - 70,3
3554	Perth	PHU	1	78,7	78,1 - 79,3	68,6	68,0 - 69,2
3555	Peterborough	PHU	4	78,4	77,9 - 78,8	66,9	66,4 - 67,3
3556	Porcupine	PHU	3	76,5	75,9 - 77,0	64,1	63,6 - 64,6
3557	Renfrew	PHU	3	78,0	77,5 - 78,5	65,5	65,0 - 66,0
3558	Eastern Ontario	PHU	3	77,3	76,9 - 77,7	65,6	65,2 - 66,0
3560	Simcoe	PHU	3	78,1	77,8 - 78,4	67,2	66,9 - 67,5
3561	Sudbury	PHU	3	76,7	76,3 - 77,0	64,2	63,8 - 64,5
3562	Thunder Bay	PHU	3	76,7	76,3 - 77,1	65,5	65,1 - 65,9
3563	Timiskaming	PHU	3	75,9	75,0 - 76,7	63,3	62,5 - 64,1
3565	Waterloo	PHU	1	78,8	78,6 - 79,1	68,6	68,3 - 68,8
3566	Wellington-Dufferin-Guelph	PHU	1	78,8	78,5 - 79,2	69,4	69,1 - 69,8
3568	Windsor-Essex	PHU	3	77,8	77,5 - 78,0	66,6	66,3 - 66,9
3570	York	PHU	1	80,6	80,3 - 80,8	71,1	70,8 - 71,3
3595	City of Toronto	PHU	1	79,3	79,2 - 79,4	69,0	68,9 - 69,1
Manitoba							
4610	Winnipeg	HRE	3	77,9	77,7 - 78,2	68,0	67,8 - 68,2
4615	Brandon	HRE	4	79,3	78,6 - 80,1	67,8	67,1 - 68,6
4620	North Eastman	HRE	3	77,6	76,6 - 78,6	68,3	67,3 - 69,2
4625	South Eastman	HRE	1	79,3	78,6 - 80,1	69,3	68,5 - 70,0
4630	Interlake	HRE	3	77,3	76,7 - 78,0	67,4	66,8 - 68,1
4640	Central	HRE	1	79,0	78,4 - 79,5	68,9	68,4 - 69,4
4650	Marquette	HRE	2	77,9	76,9 - 78,8	69,3	68,4 - 70,1
4655	South Westman	HRE	2	77,2	76,3 - 78,1	69,3	68,5 - 70,2
4660	Parkland	HRE	3	77,4	76,6 - 78,3	67,7	66,9 - 68,5
4670	Norman	HRE	3	74,6	73,5 - 75,8	65,1	64,0 - 66,2
4680/4690	Burntwood and Churchill†	HRE	3	72,9	71,7 - 74,0	62,4	61,3 - 63,4
Saskatchewan							
4701	Weyburn (A)	SAR	1	79,1	78,4 - 79,8	69,4	68,8 - 70,1
4702	Moose Jaw (B)	SAR	4	78,7	78,0 - 79,5	68,2	67,5 - 68,8
4703	Swift Current (C)	SAR	1	79,9	79,1 - 80,7	70,8	70,0 - 71,5
4704	Regina (D)	SAR	3	78,3	77,9 - 78,6	68,4	68,0 - 68,7
4705	Yorkton (E)	SAR	3	78,3	77,6 - 78,9	68,5	67,8 - 69,1

Région socio-sanitaire				Espérance de vie		Espérance de vie sans incapacité	
N°	Nom	Type†	Quadrant	Années	Intervalle de confiance de 95 %	Années	Intervalle de confiance de 95 %
4706	Saskatoon (F)	SAR	4	78,9	78,5 - 79,2	68,3	67,9 - 68,6
4707	Rosetown (G)	SAR	1	78,6	77,9 - 79,3	70,4	69,7 - 71,1
4708	Melfort (H)	SAR	1	78,6	77,8 - 79,4	69,3	68,5 - 70,1
4709	Prince Albert (I)	SAR	4	78,4	77,7 - 79,1	67,2	66,6 - 67,9
4710	North Battleford (J)	SAR	3	77,3	76,6 - 78,0	66,9	66,2 - 67,6
4711	Northern (K)	HSB	3	73,3	72,0 - 74,7	62,5	61,3 - 63,8
Alberta							
4801	Chinook	RHA	3	77,7	77,2 - 78,2	67,4	67,0 - 67,9
4802	Palliser	RHA	1	79,1	78,5 - 79,7	68,7	68,1 - 69,3
4803	Headwaters	RHA	1	78,5	77,9 - 79,2	69,5	68,8 - 70,1
4804	Calgary	RHA	1	79,4	79,2 - 79,6	69,1	68,9 - 69,3
4805	Crowfoot-Wild Rose	RHA	3	77,7	76,9 - 78,5	68,1	67,4 - 68,9
4806	David Thompson	RHA	4	78,3	77,9 - 78,8	67,2	66,8 - 67,6
4807	East Central	RHA	4	78,6	78,1 - 79,2	68,2	67,7 - 68,7
4808	WestView	RHA	4	80,4	79,7 - 81,1	68,1	67,4 - 68,8
4809	Crossroads	RHA	3	74,8	73,8 - 75,8	64,3	63,4 - 65,2
4810	Capital	RHA	4	78,8	78,6 - 79,0	68,0	67,8 - 68,1
4811	Aspen	RHA	4	78,8	78,2 - 79,4	67,7	67,1 - 68,3
4812	Lakeland	RHA	3	77,0	76,5 - 77,5	66,0	65,4 - 66,5
4813	Mistahia	RHA	3	77,5	76,9 - 78,2	66,6	65,9 - 67,2
4814	Peace	RHA	3	74,9	73,5 - 76,2	63,8	62,6 - 65,0
4815	Keeweenaw Lakes	RHA	3	74,8	73,3 - 76,2	64,4	63,0 - 65,8
4816	Northern Lights	RHA	3	75,8	74,3 - 77,3	66,3	64,9 - 67,6
4817	Northwestern	RHA	4	80,0	77,9 - 82,1	67,7	65,5 - 69,8
Colombie-Britannique							
5901	East Kootenay	HRE	4	78,8	78,1 - 79,4	68,3	67,7 - 68,9
5902	West Kootenay-Boundary	HRE	3	77,9	77,2 - 78,5	66,8	66,2 - 67,4
5903	North Okanagan	HRE	4	78,9	78,4 - 79,4	67,4	66,9 - 67,9
5904	South Okanagan Similkameen	HRE	1	80,3	79,9 - 80,6	69,1	68,7 - 69,4
5905	Thompson	HRE	3	77,3	76,8 - 77,8	66,2	65,7 - 66,7
5906	Fraser Valley	HRE	4	78,6	78,3 - 79,0	67,4	67,1 - 67,8
5907	South Fraser Valley	HRE	1	79,6	79,3 - 79,8	69,7	69,5 - 70,0
5908	Simon Fraser	HRE	1	78,6	78,3 - 78,9	68,6	68,3 - 68,9
5909	Coast Garibaldi	HRE	4	78,4	77,8 - 79,0	68,2	67,6 - 68,9
5910	Central Vancouver Island	HRE	4	78,4	78,0 - 78,7	67,5	67,1 - 67,8
5911	Upper Island/Central Coast	HRE	3	77,9	77,3 - 78,4	67,9	67,3 - 68,4
5912	Cariboo	HRE	3	76,7	76,0 - 77,5	66,5	65,8 - 67,1
5913	North West	HRE	3	77,9	77,2 - 78,6	67,1	66,4 - 67,7
5914	Peace Liard	HRE	3	77,5	76,7 - 78,4	67,4	66,6 - 68,2
5915	Northern Interior	HRE	3	76,8	76,3 - 77,4	66,8	66,2 - 67,3
5916	Vancouver	HRE	1	78,6	78,4 - 78,8	68,9	68,7 - 69,2
5917	Burnaby	HRE	1	79,5	79,1 - 79,9	69,6	69,2 - 70,0
5918	North Shore	HRE	1	80,3	80,0 - 80,7	72,5	72,1 - 72,8
5919	Richmond	HRE	1	81,2	80,8 - 81,7	72,8	72,3 - 73,2
5920	Capital	HRE	1	79,6	79,4 - 79,9	69,5	69,2 - 69,8
Territoires							
6001	Yukon	HRE	3	75,7	74,5 - 77,0	66,9	65,6 - 68,1
6101	Northwest	HRE	3	76,8	75,5 - 78,1	67,0	65,8 - 68,2
6201	Nunavut	HRE	3	69,8	68,2 - 71,5	62,9	61,3 - 64,5

Sources des données : Recensement de la population de 1996; Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques de la Division de la démographie; référence n° 10

CHR = Community Health and Social Services Region; HCO = Health Corporation; URA = Région urbaine ou rurale; ZON = Health Zone; HRE = Health Region; RSS = Région socio-sanitaire; PHU = Public Health Unit, SAR = Service Area; HSB = Health Services Branch; RH = Regional Health Authority.

‡ Les régions de Burntwood et Churchill, au Manitoba, ont été fusionnées en raison de leur faible population.



Données disponibles

Aperçu des données sur la santé
produites récemment par
Statistique Canada

Avortements thérapeutiques, 1999

Au Canada, un total de 65 627 avortements ont été déclarés en 1999. Les données à cet égard pour cette même année ont trait aux territoires et à l'ensemble des provinces à l'exception de l'Ontario.

Étant donné que l'on associe à l'Ontario environ 40 % de tous les avortements pratiqués au pays, les données sur les avortements qui ont trait à cette province ont une grande incidence sur les chiffres nationaux. Ainsi, pour les besoins de la comparaison avec l'année précédente, les totaux pour l'Ontario ont été soustraits des chiffres de 1998.

Le calcul du taux d'avortements thérapeutiques se fonde sur les avortements pratiqués dans les hôpitaux et les cliniques à l'extérieur de l'Ontario, ainsi que sur les avortements légaux obtenus par des Canadiennes aux États-Unis. Le taux d'avortements (sans tenir compte de l'Ontario) a diminué pour passer de 32,3 avortements pour 100 naissances vivantes en 1998 à 31,8 en 1999. Le taux d'avortements a diminué partout au Canada sauf à Terre-Neuve et au Manitoba.

Plus de la moitié (52 %) des femmes qui ont eu recours à l'avortement en 1999 étaient dans la vingtaine. En moyenne, 27 femmes dans la vingtaine sur 1 000 ont obtenu un avortement.

Certains tableaux produits pour la période de 1995 à 1999 sont présentés dans le module « Le Canada en statistiques » du site Web de Statistique Canada (www.statcan.ca).

Les données sur les avortements thérapeutiques pratiqués en 1999 ont été recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Pour plus de renseignements, communiquez avec l'Institut canadien d'information sur la santé au (416) 481-2002, poste 3523; télécopieur : (416) 481-2950.

Incidence du cancer, 1999 (données provisoires)

Les données sur l'incidence du cancer pour 1999 (le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en 1999 et déclarés par les registres provinciaux et territoriaux du cancer) sont maintenant disponibles pour les provinces et les territoires à l'exception de l'Ontario

et du Québec. Les données sur l'incidence du cancer à l'échelle nationale sont également disponibles pour 1996.

Pour plus de renseignements ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes et la qualité des données, communiquez avec Michel Cormier au (613) 951-1775 ou avec la Sous-section des services personnalisés à la clientèle au (613) 951-1746, Division de la statistique de la santé.

Indicateurs de la santé, vol. 2001, n° 3

La troisième édition des *Indicateurs de la santé*, un produit de données qui se présente sous forme de publication électronique préparée conjointement par Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, est maintenant disponible. Les indicateurs, conçus de façon à permettre des comparaisons à l'échelle du Canada, des provinces, des territoires et des régions socio-sanitaires, se fondent sur des définitions et des méthodes normalisées.

Les indicateurs sont regroupés en quatre catégories : l'état de santé (problèmes de santé, taux de mortalité, mesures du bien-être, etc.), les déterminants non médicaux de la santé (caractéristiques socioéconomiques, comportement et santé), le rendement du système de santé (mesures de l'accessibilité, pertinence, efficacité des services de santé) et les caractéristiques des collectivités et du système de santé (renseignements contextuels).

La plus récente édition des *Indicateurs de la santé* présente des faits saillants, des cartes et des tableaux pour une série d'indicateurs de la santé (par exemple, les années potentielles de vie perdues et les décès dus à des maladies traitables médicalement) en plus de tous les faits saillants et les tableaux de données des éditions précédentes.

Cette édition des *Indicateurs de la santé* offre pour la première fois un lien entre les sites Web de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé de façon à ce que toutes les sources de données des indicateurs soient intégrées dans une publication en ligne, offerte gratuitement.

La publication *Indicateurs de la santé*, vol. 2001, n° 3 (82-221-XIF, gratuite) est accessible dans le site Web de Statistique Canada (www.statcan.ca). Pour plus de renseignements, communiquez avec Brenda Wannell au (613) 951-8554 (brenda.wannell@statcan.ca), Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, ou avec Anick Losier au (613) 241-7860, Institut canadien d'information sur la santé. ●



Index par sujet

Index par sujet, volumes 9 à 13

A

Accessibilité aux services de santé

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

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

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

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

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

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

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.

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

La 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.

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. 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.

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

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

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.

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.

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.

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.

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.

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

Causes de décès

Voir aussi 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.

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

Césariennes

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.

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

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

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 Soins de santé

Couplage de dossiers médicaux

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

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

D**Décès**

Voir aussi Causes de décès

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.

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

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.

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

Démence

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.

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.

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

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

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.

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.

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.

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

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.

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

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

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

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

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.

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

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

H

Hôpitaux

Voir Établissements de soins de santé

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.

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

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.

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

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.

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

Indicateurs du statut de la santé

Voir aussi Espérance de vie

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

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

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

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

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.

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

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.

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

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.

Mammographie

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

Médecins

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

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

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

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

Peuples autochtones

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.

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.

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

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.

Poids faible à la naissance

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.

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

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

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

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.

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.

R

Résidents du grand nord

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

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

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 fonctionnelle

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

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

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.

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

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.

Santé préventive

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

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

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.

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

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.

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

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

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

Soins ambulatoires

Voir Soins de santé

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
- Soins ambulatoires

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

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.

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

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

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. Earl, 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.

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

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

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.

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

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

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

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.

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

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

Suicide

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

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.

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'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.

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.

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.

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

Tendances saisonnières

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

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.

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.

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.

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.

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

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.



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 <i>Remplacé par Indicateurs de la santé, publication électronique</i>	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 dans 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 (aussi au : http://www.cihi.ca)	Internet	Gratuit
Cancer			
L'incidence du cancer au Canada <i>(De 1994 à 1998, ces données sont disponibles en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle)</i>			
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 \$
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)†‡
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*	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, 1990-1992	84-537-XPB	Papier	40 \$
	84-537-XDB	Disquette	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 de l'année de référence 1996.			
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	84F0210XPB	Papier	20 \$
Décès	84F0211XPB	Papier	20 \$
Mariages	84F0212XPB	Papier	20 \$
Divorces	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
Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+)	82F0086XDB	Disquette	Gratuit
(Pour obtenir le FCCP+, les clients doivent d'abord acheter le FCCP.)			
Renseignements historiques			
Recueil de statistiques de l'état civil, 1996	84-214-XPB	Papier	45 \$
	84-214-XIF	Internet	33 \$
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, dictionnaire 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, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	500 \$
Composante des établissements de soins de santé	Données transversales, fichier texte ASCII	82M0010XCB	CD-ROM	250 \$ Les clients qui achètent la composante des ménages des fichiers de microdonnées 1996-1997 recevront gratuitement la composante des établissements de soins de santé
Tableaux personnalisés	Ménages 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, fureteur Beyond 20/20 – fichier texte ASCII, Guide de l'utilisateur	82F0001XCB	CD-ROM	300 \$
Composante des établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	75 \$
Tableaux personnalisés	Ménages 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.



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 « 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 « Méthodes statistiques », ensuite « Questionnaire » 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 ».

Centres de données de recherche statistique

Statistique Canada, en collaboration avec le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), a lancé une initiative qui permettra d'améliorer la capacité de recherche sociale du pays, d'appuyer la recherche en vue de l'élaboration de politiques et de fournir des aperçus sur d'importants enjeux pour le public canadien. L'initiative prévoit la création de neuf centres de données de recherche situés à la McMaster University à Hamilton, à l'Université de Montréal, à la Dalhousie University et aux universités de Toronto, de Waterloo, de Calgary, de l'Alberta, du Nouveau-Brunswick (Fredericton) et de la Colombie-Britannique. Les chercheurs potentiels qui souhaitent travailler à partir des données des enquêtes doivent soumettre des propositions de projet à un comité de décision fonctionnant sous les auspices du CRSH et de Statistique Canada. L'approbation des propositions sera basée sur le mérite du projet de recherche et sur le besoin d'accéder à des données détaillées. Les centres et les projets de recherche seront évalués périodiquement afin d'estimer les normes de sécurité et le succès des analyses découlant des projets. Les chercheurs effectueront le travail aux termes de la *Loi sur la statistique*, tout comme le ferait un employé de Statistique Canada. Cela signifie que les centres seront protégés au moyen d'un système d'accès sécuritaire, que les ordinateurs contenant des données ne seront pas reliés à des réseaux externes, que les chercheurs devront prêter le serment de garder confidentiels tous renseignements pouvant identifier une personne et que les résultats de leurs recherches seront publiés par Statistique Canada. Pour plus de renseignements, communiquez avec Garnett Picot au (613) 951-8214, Division de l'analyse des entreprises et du marché du travail.