



N° 82-003-XIF au catalogue

Rapports sur la santé

Vol. 14, n° 4

● Lésions dues aux
mouvements répétitifs

● Problèmes de santé
chroniques

● Personnes âgées non
autonomes



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 « Nos 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 14, numéro 4

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2003

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

Août 2003

N° 82-003-XPF au catalogue, vol. 14, n° 4
ISSN 1492-7128

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 14, n° 4
ISSN 1209-1375

Périodicité : trimestrielle

Ottawa

Note de reconnaissance

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

SIGNES CONVENTIONNELS

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

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

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



Au sujet de Rapports sur la santé

Rédactrice en chef
Christine Wright

Rédactrice principale
Mary Sue Devereaux

Rédactrice
Barbara Riggs

Rédacteurs adjoints
Lori Anderson
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
Elizabeth Lin
Nazeem Muhajarine
Yves Péron
Georgia Roberts
Geoff Rowe
Eugene Vayda

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, 3^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-1765. Courrier électronique : healthreports@statcan.ca. Télécopieur : (613) 951-4436.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



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 14 de *Rapports sur la santé*. L'équipe de la rédaction désire les remercier de leurs précieux conseils et du temps qu'elles ont consacré à ce travail.

Tom Abernathy	Marthe R. Gold	Wendy Nicklin
Owen Adams	Michael Hayes	Jennifer O'Loughlin
John Antoniou	Charles H. Hennekens	Robert Pampalon
Kristan Aronson	Gerry B. Hill	John R. Penrod
Carol Ashton	John P. Hirdes	Kate Pickett
Graham R. Barr	David Hutchinson	John A. Poisal
Jean-Marie Berthelot	Neill Isco	Jürgen Rehm
Ruth Bond	Bill Johnston	Michel Rossignol
Susan Bondy	Peter T. Katzmarzyk	Geoff Rowe
Michael H. Boyle	Norah Keating	Robert Semenciw
Marni D. Brownell	Arthur L. Klatsky	Barbara Silverstein
Heather Bryant	Hans J. Kreder	Thomas Stephens
Neena Chappell	Nizar Ladak	Ira B. Tager
Jean Chouinard	Sharon Levine	Robert B. Tate
David Feeny	Isra Levy	Beth Theis
Eric J. Feuer	David M. Mannino	J. William Thomas
William Furlong	Ellen Meara	Helen Ward
Hertzel C. Gerstein	Verena H. Menic	Fred Wolfe
Richard Glazier	Robert P. Murray	

Merci

Gerry Hill a récemment délaissé les rangs du groupe des rédacteurs associés de *Rapports sur la santé*. Auparavant directeur de la Division de la statistique de la santé, M. Hill a collaboré tant à titre de rédacteur qu'à titre d'auteur de plusieurs articles à caractère analytique. L'équipe de la rédaction tient à le remercier pour sa généreuse contribution à notre publication.

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.

Versión 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 « Parcourir les publications Internet (PDF ou HTML) », « 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 de catalogue permet de faciliter l'entreposage et la recherche de la publication en bibliothèque, que cela se fasse manuellement ou électroniquement. Ainsi, nous demandons que les auteurs qui citent un article de *Rapports sur la santé* dans d'autres documents publiés incluent le numéro au catalogue dans la citation.

Exemple :

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

Travaux de recherche

Lésions dues aux mouvements répétitifs 11

En 2000-2001, 10 % des Canadiens de 20 ans et plus, soit approximativement 2,3 millions de personnes, ont déclaré avoir souffert d'une lésion due à des mouvements répétitifs (LMR) au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Les activités liées au travail étaient la cause la plus fréquente de telles lésions. Les personnes aux prises avec une LMR consultent plus fréquemment les professionnels de la santé et ont une prévalence plus élevée de la douleur chronique et de la détresse psychologique que les personnes exemptes de telles lésions.

Michael Tjepkema

Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide 33

Plus de la moitié des personnes âgées non autonomes vivant à domicile ont reçu une aide provenant uniquement de sources non officielles, tandis qu'environ le quart ont reçu une aide tirée uniquement de sources officielles. Chez les personnes qui recevaient de l'aide de chacune de ces sources, l'augmentation du nombre d'heures d'aide de sources officielles ne réduisait pas de façon significative les heures d'aide de sources non officielles.

Sylvie A. Lafrenière, Yves Carrière, Laurent Martel et Alain Bélanger

Effet des problèmes de santé chroniques 45

L'effet des problèmes de santé chroniques sur l'état de santé varie selon l'âge. Chez les personnes jeunes, l'incontinence urinaire et l'arthrite ou le rhumatisme sont les problèmes qui ont le plus de répercussions sur la qualité de la vie liée à l'état de santé, tandis que chez les personnes plus âgées, la maladie d'Alzheimer et les troubles dus à un accident vasculaire cérébral sont ceux qui ont le plus d'effet.

Susan E. Schultz et Jacek A. Kopec



Données disponibles

Mariages, 2000 61
Décès, 2000 61
Avortements provoqués (thérapeutiques), 2000 61
Indicateurs de la santé, 2003 (1) 62

Index par sujet

65

Pour commander les publications

81

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



Travaux de recherche

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

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Lésions dues aux mouvements répétitifs

Michael Tjepkema

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les caractéristiques des personnes qui déclarent une lésion due aux mouvements répétitifs (LMR) et examine l'association entre une LMR et la douleur chronique ainsi que la détresse psychologique.

Sources des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 et de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 à 2000-2001 de Statistique Canada.

Techniques d'analyse

La prévalence des LMR et de la consultation des professionnels de la santé en fonction de certaines caractéristiques a été estimée au moyen de totalisations croisées. Des modèles de régression logistique multiple ont ensuite permis de déterminer si les associations observées persistent lorsque l'effet d'autres facteurs est pris en compte et s'il existe une association significative entre les LMR et la douleur chronique ainsi que la détresse psychologique.

Principaux résultats

En 2000-2001, 10 % des Canadiens de 20 ans et plus ont déclaré avoir souffert d'une LMR suffisamment grave pour limiter leurs activités normales au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Les activités liées au travail étaient la cause la plus fréquente et les blessures étaient plus courantes à la partie supérieure qu'à la partie inférieure du corps. Comparativement à celles qui en sont exemptes, les personnes aux prises avec une LMR ont fait état d'un plus grand nombre de consultations avec des professionnels de la santé et d'une plus forte prévalence de la douleur chronique et de la détresse psychologique. Deux ans après la déclaration initiale d'une LMR, la prévalence de la douleur et de la détresse psychologique restait élevée chez les hommes et avait augmenté chez les femmes.

Mots-clés

Détresse psychologique, douleur chronique, utilisation des services de santé, études longitudinales.

Auteur

Michael Tjepkema (416-952-4620; Michael.Tjepkema@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, au bureau régional de Toronto, 25, avenue St. Clair est, Toronto, Ontario, M4T 1M4.

L'expression lésions dues aux mouvements répétitifs (LMR) désigne une catégorie générale de blessures habituellement causées par des mouvements répétitifs qui affectent les muscles, les tendons et les nerfs¹ (voir *Lésions dues aux mouvements répétitifs*). Contrairement à d'autres lésions, qui surviennent habituellement à un point particulier dans le temps, les LMR se manifestent sur une période prolongée². L'origine et l'évolution des LMR tiennent cependant à de multiples facteurs et suscitent une certaine controverse³. Certains facteurs de stress ergonomique, comme les mouvements répétitifs et énergiques, ont été mis en cause, de même que des facteurs psychologiques². Les symptômes, qui incluent généralement de la douleur, des engourdissements et des picotements ou des fourmillements, peuvent durer des mois ou des années². Les LMR peuvent entraîner une incapacité professionnelle, des limitations fonctionnelles ou des limitations des activités, ainsi que des troubles du sommeil⁴. Plus récemment, elles ont été associées à la dépression⁵, quoiqu'elles aient entretenu le débat quant à savoir si elles précèdent ou suivent cette dernière^{6,7}.

Un grand nombre d'études des LMR sont transversales, portent sur des emplois particuliers et se concentrent sur les hommes ou sur les femmes. Un nombre assez faible

Sources des données

La partie principale de l'analyse se fonde sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada en 2000-2001. L'ESCC est conçue pour recueillir des données transversales sur la santé de la population canadienne tous les deux ans. La collecte des données du cycle 1.1 a débuté en septembre 2000 et s'est poursuivie pendant 14 mois. La présente analyse couvre la population à domicile de 12 ans et plus des provinces et des territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées.

La 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. Puis, la liste des logements a été dressée, liste de laquelle un échantillon a ensuite été tiré. La majorité (83 %) des ménages échantillonnés occupaient un logement figurant dans la base aréolaire. Enfin, des membres des ménages ainsi échantillonnés ont été sélectionnés au hasard en vue de leur participation à une interview sur place. Dans certaines régions, la méthode de composition aléatoire ou une liste de numéros de téléphone a été utilisée pour sélectionner les 17 % restants de l'échantillon qui ont été interviewés par téléphone.

Dans 82 % environ des ménages sélectionnés à partir de la base aréolaire, une personne a été sélectionnée au hasard; dans les autres ménages, deux personnes ont ainsi été sélectionnées. Dans les ménages échantillonnés à partir des bases de sondage téléphoniques, seule une personne a été sélectionnée au hasard. Pour la base de sondage combinée, le taux de réponse a été de 84,7 %. En tout, 6,3 % des interviews ont été réalisées par procuration. Un rapport déjà publié donne une description plus détaillée du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'interview de l'ESCC⁸.

La deuxième partie de l'analyse est fondée sur les données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Lancée en 1994-1995, l'ENSP est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre la population à domicile et les personnes qui résident en établissement de santé des provinces et des territoires, sauf celles qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. Les données utilisées dans la présente analyse portent sur la population à domicile des 10 provinces.

L'ENSP comprend une composante transversale et une composante longitudinale. En 1994-1995, les données sur la population à domicile des 10 provinces ont été recueillies au moyen de deux questionnaires, à savoir le questionnaire général et le questionnaire sur la santé. Des données sur les caractéristiques sociodémographiques et certaines données générales sur la santé de tous les membres des ménages échantillonnés ont été recueillies, pour chaque ménage, auprès d'un membre bien informé du ménage

au moyen du questionnaire général. En outre, dans chaque ménage, des données détaillées sur la santé ont été recueillies auprès d'un membre sélectionné au hasard au moyen du questionnaire sur la santé. Étant donné la nature détaillée de ce questionnaire, la réponse par procuration n'a été acceptée que dans des circonstances particulières (par exemple, si la personne sélectionnée était incapable de fournir les renseignements demandés à son propre égard à cause d'un problème de santé).

En 1994-1995, 20 725 ménages ont participé à l'ENSP. Par conséquent, on a recueilli au moins les réponses au questionnaire général pour la personne sélectionnée au hasard dans ces ménages, ce qui représente un taux de réponse de 88,7 %. Le taux de réponse au questionnaire sur la santé (s'adressant aux personnes sélectionnées au hasard dans les ménages) était de 96,1 %. Les 17 126 personnes sélectionnées au hasard dans les ménages en 1994-1995 représentent le panel longitudinal de base. Lors des cycles subséquents, les taux de réponse du panel longitudinal pour la composante santé ont été de 93,6 % (1996-1997), 88,9 % (1998-1999) et 84,8 % (2000-2001). Lors des trois premiers cycles, l'ENSP comptait une composante longitudinale et une composante transversale, mais elle est devenue strictement longitudinale à partir du cycle de 2000-2001.

Pour le fichier transversal de l'ENSP de 1998-1999 utilisé dans la présente analyse, le taux global de réponse était de 88,2 % au niveau des ménages. Le taux de réponse pour le panel longitudinal de personnes sélectionnées au hasard dans ces ménages était de 98,5 %.

En 1994-1995, la majorité des entrevues ont été réalisées sur place. Lors des cycles suivants, si les membres du panel étaient d'accord et capables de le faire, les interviews ont été réalisées par téléphone. Des renseignements plus détaillés sur le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP figurent dans des rapports publiés antérieurement^{9,10}.

L'échantillon de l'ESCC sur lequel porte le présent article compte 113 796 participants à l'enquête qui avaient 20 ans et plus en 2000-2001 et qui ont répondu aux questions sur les lésions dues aux mouvements répétitifs (LMR). De ces personnes, 11 821 ont déclaré souffrir d'une LMR.

L'analyse portant sur l'association immédiate entre une LMR et la douleur chronique ainsi que la détresse psychologique se fonde sur un échantillon de 13 739 participants à l'ENSP qui avaient 20 ans et plus en 1998-1999. Parmi ces personnes, 1 274 ont dit avoir souffert d'une LMR au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. L'analyse de l'association, après deux ans, entre une LMR et la douleur chronique ainsi que la détresse psychologique est fondée sur un échantillon de 9 255 membres du panel longitudinal qui avaient 20 ans et plus en 1998-1999, qui faisaient encore partie de la population à domicile en 2000-2001 et qui n'avaient pas déclaré de LMR en 1996-1997. Parmi ces membres, 737 ont indiqué souffrir d'une LMR en 1998-1999.

Lésions dues aux mouvements répétitifs

L'expression lésions dues aux mouvements répétitifs (LMR) – ou encore microtraumatismes répétés, syndrome de tension répétée ou syndrome de la surutilisation – est une expression générale utilisée pour regrouper des blessures qui sont souvent causées par des mouvements répétitifs¹¹. On ne connaît pas leur physiopathologie exacte, mais il est généralement reconnu que les activités répétitives endommagent les tendons, affectent la circulation et exercent des tensions biomécaniques sur les tissus mous parce que le temps de récupération entre les mouvements n'est pas suffisant¹². Les symptômes incluent de la douleur, des engourdissements, ainsi que des picotements ou des fourmillements dans les parties atteintes du corps².

Les LMR se répartissent en deux grands groupes, à savoir les affections des tendons et celles résultant de la compression chronique des nerfs périphériques². Les affections des tendons comprennent l'inflammation ou la blessure du tendon et de sa gaine. Les plus courantes incluent la tendinite, la ténosynovite, l'épicondylite (« golfer's elbow » ou « tennis elbow ») et la tendinite du sus-épineux. Les syndromes de compression chronique des nerfs périphériques comportent, comme leur nom l'indique, la compression d'un nerf. Le plus courant est le syndrome du canal carpien, qui est causé par la compression du nerf médian. Vient ensuite le syndrome du canal cubital, causé par la compression du nerf cubital au coude.

On a précisé aux participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) que les *lésions dues aux mouvements répétitifs* sont causées par la surutilisation des mêmes muscles et tendons ou par la répétition fréquente d'un même mouvement, en leur donnant comme exemple le syndrome du canal carpien, le « tennis elbow » et la tendinite. On leur a demandé : « Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous blessé(e) à cause de mouvements répétitifs de façon assez grave pour limiter vos activités normales? ». Dans le cas de l'ESCC, les personnes qui ont répondu « oui » se sont vu demander d'indiquer la partie du corps la plus atteinte et le genre d'activité à laquelle elles s'adonnaient au moment où est survenue la blessure : sport ou exercice physique, loisirs ou passe-temps, travail rémunéré, tâches ménagères, autre travail non rémunéré ou éducation, sommeil, repas ou soins personnels, ou toute autre activité. Les réponses multiples à la question concernant l'activité étaient permises.

d'entre elles sont longitudinales et représentatives de la population, et permettent d'analyser les données selon le sexe¹³. En outre, la plupart portent sur les cas les plus graves de syndrome du canal carpien¹⁴⁻²¹.

Le présent article s'appuie sur des données transversales de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001. Ces données permettent d'évaluer la prévalence des LMR chez les Canadiens et les Canadiennes de 20 ans et plus ainsi que les facteurs de risque et la consultation des professionnels de la santé. En outre, l'analyse des données transversales et longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) sert ici à évaluer les associations, immédiates et après deux années, des LMR et de la douleur chronique ainsi que la détresse psychologique (voir *Sources des données, Techniques d'analyse, Définitions et Limites*).

Prévalence des lésions dues aux mouvements répétitifs à la hausse

En 2000-2001, un Canadien de 20 ans et plus sur 10, soit environ 2,3 millions de personnes, a déclaré souffrir d'une LMR suffisamment grave pour limiter les activités normales au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Ce résultat reflète l'augmentation régulière du taux de LMR depuis 1996-1997 (tableau 1), laquelle fait écho à d'autres études montrant la croissance du nombre de cas de LMR

Tableau 1
Prévalence des lésions dues aux mouvements répétitifs, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001

	Les deux sexes		
	%	Hommes %	Femmes %
1996-1997	8,0	8,2	7,9
1998-1999	9,4*	9,6*	9,3*
2000-2001	10,1*	9,9	10,3*

Sources des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillons transversaux, 1996-1997 et 1998-1999; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

Nota : Les comparaisons entre 1996-1997 et 1998-1999 tiennent compte du chevauchement des échantillons.

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

Techniques d'analyse

La totalisation croisée des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 a permis d'estimer la prévalence des lésions dues aux mouvements répétitifs (LMR) chez les hommes et chez les femmes en fonction de certaines caractéristiques personnelles et liées à l'emploi, ainsi que certains indicateurs du mode de vie (tableau A en annexe). La régression logistique multiple a servi à modéliser l'association entre ces variables et la déclaration d'une LMR.

Les données recueillies auprès de l'échantillon transversal du cycle de 1998-1999 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) (tableau B en annexe) ont été utilisées pour examiner l'association entre une LMR et la douleur chronique ainsi que la détresse psychologique. Les données de l'ESCC de 2000-2001 ont servi à examiner l'association entre une LMR et le nombre de consultations avec un omnipraticien, un chiropraticien ou un physiothérapeute l'année qui a précédé l'enquête. L'analyse a été réalisée séparément pour les hommes et pour les femmes par la régression linéaire multiple. Les variables indépendantes incluses dans les modèles sont la présence d'une LMR, l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, la situation d'emploi, l'obésité, l'activité physique durant les loisirs, l'usage quotidien du tabac, l'arthrite, le diabète et les problèmes thyroïdiens. Dans chaque modèle, l'âge a été introduit sous forme de variable continue, et les enregistrements pour lesquels des valeurs manquaient pour les variables indépendantes ont été éliminés, sauf le revenu du ménage et l'obésité, pour lesquelles une catégorie spéciale a été créée pour tenir compte des valeurs manquantes.

Le fichier longitudinal de l'ENSP a servi à évaluer les associations sur deux ans d'une LMR avec la douleur chronique et la détresse psychologique (tableau C en annexe). La situation concernant l'existence d'une LMR a été déterminée d'après les données de 1996-1997 (les questions concernant les LMR n'ont pas été posées en 1994-1995). Les personnes qui n'ont pas déclaré de LMR en 1996-1997 ont été suivies de 1998-1999 à 2000-2001. Les variables indépendantes pour 1998-1999 étaient les mêmes que celles utilisées pour l'analyse transversale. Pour évaluer les changements, on a soustrait la valeur de 1998-1999 de la variable dépendante (p. ex., détresse psychologique en 1998-1999) de la valeur de 2000-2001 de la même variable dépendante (détresse psychologique en 2000-2001) pour déterminer si celle-ci avait augmenté, diminué ou n'avait pas varié au cours des deux années. La valeur de référence (1998-1999) de la variable observée a été incluse dans chaque modèle. L'objectif était de déterminer si une LMR nouvellement déclarée était associée à cette variable.

Les données transversales ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives des chiffres de population du Canada en 1998-1999 et en 2000-2001. Les estimations longitudinales ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population canadienne en 1994-1995. Un programme tenant compte du chevauchement des échantillons a été utilisé afin de comparer les tendances caractérisant la prévalence des LMR de 1996-1997 à 1998-1999. Enfin, pour tenir compte des effets de plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés par la technique du *bootstrap*²⁶⁻²⁸. Le niveau de signification a été fixé à $p < 0,05$.

durant les années 1980 et au début des années 1990²²⁻²⁵. Les hommes et les femmes étaient aussi susceptibles les uns que les autres de souffrir d'une LMR, mais les parties du corps atteintes et les activités ayant causé les blessures différaient selon le sexe.

La moitié des LMR sont liées au travail

La plupart des lésions dues aux mouvements répétitifs sont causées par des activités professionnelles. D'après l'ESCC, 55 % des LMR sont survenues en milieu de travail; les circonstances de manifestation des LMR occupant le deuxième rang sont les activités sportives ou l'exercice physique

(20 %) (tableau 2). Bien que plus de la moitié des LMR soient liées au travail chez les hommes comme chez les femmes, elles sont plus courantes chez les premiers. Ceux-ci sont aussi plus susceptibles que les femmes de mentionner les activités sportives ou l'exercice physique. Les femmes, quant à elles, mentionnent plus souvent que les hommes des activités associées aux tâches domestiques, au travail non rémunéré ou aux études.

La plupart des LMR affectent la partie supérieure du corps. Plus précisément, 25 % des personnes ont mentionné le cou ou l'épaule, 23 %, le poignet ou la main, 19 %, la partie supérieure ou inférieure du dos, et 16 %, le coude ou l'avant-bras. Enfin,

Tableau 2
Caractéristiques des lésions dues aux mouvements répétitifs, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus ayant déclaré une LMR, Canada, 2000-2001

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Total	2 283	100,0	1 098	100,0	1 185	100,0
Partie du corps[†]						
Cou/épaule	566	24,8	250	22,8*	316	26,7
Poignet/main	531	23,3	195	17,8*	335	28,3
Dos	422	18,5	246	22,4*	176	14,9
Coude/avant-bras	367	16,1	199	18,1*	167	14,1
Genou/jambe	199	8,7	108	9,9*	91	7,6
Cheville/pied	115	5,0	57	5,2	58	4,9
Activité[‡]						
Travail	1 233	54,6	620	57,1*	613	52,3
Sport/exercice physique	446	19,7	275	25,3*	171	14,6
Tâches domestiques/travail non rémunérée/études	317	14,0	94	8,7*	222	19,0
Loisirs/passe-temps	142	6,3	63	5,8	79	6,8

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

Nota : En 2000-2001, 5 237 hommes et 6 584 femmes ont déclaré une LMR. † Les données pour la catégorie « Autre » n'étant pas présentées, la somme des proportions indiquées peut ne pas être égale à 100 %.

‡ Réponses multiples permises.

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

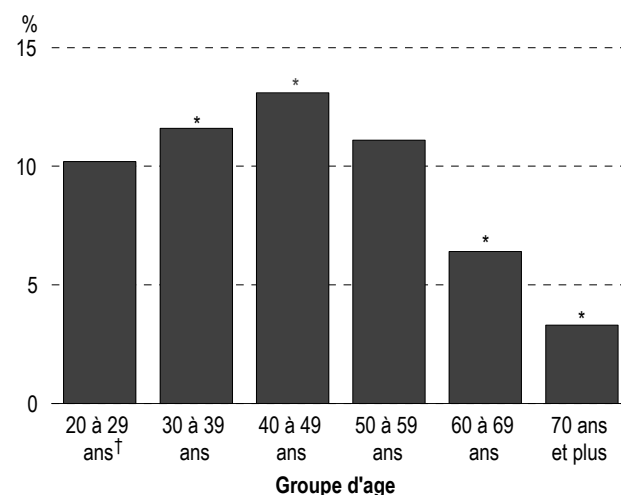
17 % souffraient d'une blessure au membre inférieur ou à une partie non précisée du corps.

Les hommes mentionnent plus fréquemment des blessures au bras, à la jambe et au dos que les femmes et celles-ci mentionnent plus fréquemment des blessures au cou ou à l'épaule, ainsi qu'au poignet ou à la main. Les travaux de recherche indiquent systématiquement que la prévalence du syndrome du canal carpien est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, tandis que celle des LMR au coude est plus forte chez les hommes que chez les femmes^{4,29-32}. Ces différences sont vraisemblablement attribuables aux activités auxquelles s'adonnent les hommes et les femmes. Une étude réalisée en tenant compte de l'effet des tâches professionnelles montre que le taux de syndrome du canal carpien est sensiblement le même chez les hommes que chez les femmes, ce qui donne à penser que la nature du travail et l'exposition professionnelle expliquent les taux plus élevés enregistrés chez les femmes³³.

Tendance à la baisse chez les personnes âgées

Étant donné que plus de la moitié des LMR surviennent en milieu de travail, il est peu surprenant que ce genre de blessure ait tendance à affecter les personnes aux âges d'activité maximale et que leur prévalence diminue chez les personnes plus âgées (graphique 1). Cependant, le profil n'est pas le même chez les hommes que chez les femmes (tableau 3). Si l'on tient compte de l'effet d'autres caractéristiques sociodémographiques et de facteurs liés au travail et au mode de vie, la cote exprimant le risque de déclarer une LMR est sensiblement la même pour les hommes dans la vingtaine, la trentaine ou la quarantaine. En revanche, chez les femmes, elle est nettement plus élevée chez celles dans la trentaine, la quarantaine ou la cinquantaine que chez celles dans la vingtaine. Chez les personnes plus âgées, le risque est nettement plus faible pour les deux sexes, peut-être parce qu'à ces âges, assez peu de personnes font encore partie de la population active ou accomplissent des tâches éreintantes.

Graphique 1
Prévalence des lésions dues aux mouvements répétitifs, selon le groupe d'âge, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001



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

† Catégorie de référence.

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

Tableau 3

Prévalence et rapport corrigé de cotes pour les lésions dues aux mouvements répétitifs, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001

	Les deux sexes				Hommes				Femmes			
	Nombre	Prévalence	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre	Prévalence	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre	Prévalence	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Total	2 283	10,1	...	...	1 098	10,0	...	...	1 185	10,3	...	...
Groupe d'âge												
20 à 29 ans [†]	422	10,2	1,0	...	225	10,8	1,0	...	197	9,6	1,0	...
30 à 39 ans	551	11,6*	1,1*	1,0-1,2	278	11,7	1,0	0,9-1,2	273	11,5*	1,2*	1,1-1,4
40 à 49 ans	668	13,1*	1,2*	1,1-1,3	320	12,6*	1,1	0,9-1,2	348	13,6*	1,4*	1,2-1,6
50 à 59 ans	405	11,1	1,0	0,9-1,1	176	9,6	0,8*	0,6-0,9	229	12,6*	1,3*	1,1-1,5
60 à 69 ans	153	6,4*	0,6*	0,5-0,7	67	5,8*	0,5*	0,4-0,7	86	7,0*	0,8*	0,6-0,9
70 ans et plus	83	3,3*	0,4*	0,4-0,6	32	3,0*	0,4*	0,3-0,6	52	3,6*	0,5*	0,4-0,7
État matrimonial												
Marié(e)/union libre	1 520	10,2	1,0	0,9-1,1	746	9,9	1,1	1,0-1,2	774	10,5	0,9	0,8-1,0
Marié(e) antérieurement	287	9,2*	1,1	1,0-1,2	93	9,7	1,1	1,0-1,4	195	9,0*	1,0	0,9-1,2
Jamais marié(e) [†]	474	10,5	1,0	...	258	10,2	1,0	...	216	11,0	1,0	...
Niveau de scolarité												
Diplôme d'études secondaires ou moins [†]	830	8,8	1,0	...	404	9,0	1,0	...	426	8,6	1,0	...
Au moins certaines études postsecondaires	1 432	11,1*	1,1*	1,1-1,2	682	10,6*	1,1	1,0-1,2	750	11,6*	1,2*	1,1-1,3
Revenu du ménage												
Inférieur/moyen-inférieur	187	8,1*	0,8*	0,7-0,9	72	8,2*	0,8*	0,6-1,0	115	8,1*	0,8*	0,7-0,9
Moyen	392	8,8*	0,9*	0,8-1,0	179	8,7*	0,9	0,8-1,0	213	8,8*	0,8*	0,7-1,0
Moyen-supérieur	806	11,1	1,0	0,9-1,1	391	10,7	1,0	0,9-1,1	415	11,6	1,0	0,9-1,1
Supérieur [†]	721	11,5	1,0	...	387	11,3	1,0	...	333	11,7	1,0	...
Situation d'emploi (20 à 75 ans)												
Occupé(e) au moment de l'enquête [†]	1 731	11,8	1,0	...	905	11,3	1,0	...	826	12,4	1,0	...
A travaillé au cours des 12 derniers mois	158	11,6	1,0	0,9-1,2	70	10,8	1,0	0,8-1,2	88	12,4	1,1	0,9-1,2
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	345	6,9*	0,9	0,7-1,3	104	5,9*	0,8	0,4-1,3	241	7,4*	1,1	0,7-1,7
Profession (20 à 75 ans)												
Gestion [†]	182	10,1	1,0	...	113	10,0	1,0	...	69	10,3	1,0	...
Professionnel	316	11,6*	1,2*	1,0-1,3	134	10,8	1,1	1,0-1,4	182	12,2*	1,2*	1,0-1,5
Technologue, technicien ou emploi technique	153	10,7	1,2*	1,0-1,4	101	10,1	1,1	0,9-1,3	52	12,2	1,3*	1,1-1,7
Administration, finances ou travail de bureau	226	11,3	1,2*	1,0-1,4	37	10,8	1,2	0,9-1,5	189	11,4	1,2*	1,0-1,5
Vente ou services	391	12,1*	1,4*	1,2-1,6	147	10,9	1,2*	1,0-1,5	243	12,9*	1,6*	1,3-1,9
Métiers, transport ou machinerie	318	13,2*	1,6*	1,4-1,8	275	12,9*	1,5*	1,3-1,8	43	15,0*	1,8*	1,4-2,4
Agriculture, foresterie, pêches ou extraction minière	67	12,3*	1,6*	1,4-1,9	48	11,2	1,5*	1,2-1,8	20	16,2*	2,1*	1,6-2,9
Transformation, fabrication ou services publics	110	13,3*	1,7*	1,4-2,0	64	11,9	1,4*	1,1-1,8	46	16,0*	2,2*	1,7-2,9
Autre	125	12,2*	1,5*	1,2-1,7	57	11,9	1,4*	1,1-1,8	69	12,5	1,5*	1,2-1,9
Stress dans la vie quotidienne												
Pas du tout ou pas tellement stressante [†]	400	10,1	1,0	...	210	9,8	1,0	...	191	10,4	1,0	...
Un peu stressante	678	11,6*	1,1	1,0-1,2	355	11,4*	1,1	0,9-1,2	323	11,9*	1,1	1,0-1,3
Assez stressante	548	13,7*	1,2*	1,1-1,3	275	13,5*	1,2	1,0-1,3	273	14,0*	1,2*	1,1-1,4
Extrêmement stressante	172	16,4*	1,3*	1,1-1,5	71	14,1*	1,1	0,9-1,4	101	18,4*	1,4*	1,2-1,7
Stress dans la vie quotidienne												
Pas du tout ou pas tellement stressante [†]	567	7,4	1,0	...	285	7,3	1,0	...	282	7,5	1,0	...
Un peu stressante	922	10,4*	1,2*	1,1-1,3	450	10,5*	1,3*	1,1-1,4	472	10,2*	1,2*	1,1-1,3
Assez stressante	619	12,8*	1,4*	1,3-1,6	293	12,5*	1,5*	1,3-1,7	326	13,0*	1,4*	1,3-1,6
Extrêmement stressante	173	15,9*	1,8*	1,6-2,1	69	14,0*	1,7*	1,4-2,1	104	17,5*	1,9*	1,6-2,3
Activité durant les loisirs												
Actif(ve)	554	13,3*	1,6*	1,5-1,8	294	12,9*	1,7*	1,5-1,9	260	13,7*	1,6*	1,4-1,8
Moderatement actif(ve)	575	11,7*	1,4*	1,3-1,5	279	11,9*	1,5*	1,3-1,7	295	11,6*	1,3*	1,2-1,4
Inactif(ve) [†]	1 047	8,9	1,0	...	452	8,6	1,0	...	596	9,2	1,0	...
Obésité												
Non [†]	1 851	9,9	1,0	...	906	9,8	1,0	...	946	10,1	1,0	...
Oui	379	11,5*	1,1*	1,0-1,2	188	10,9*	1,1	1,0-1,2	191	12,0*	1,2*	1,1-1,3
Usage quotidien du tabac												
Non [†]	1 659	9,5	1,0	...	776	9,4	1,0	...	883	9,6	1,0	...
Oui	622	12,2*	1,2*	1,1-1,3	321	11,5*	1,1*	1,0-1,2	302	12,9*	1,3*	1,1-1,4
Arthrite/rhumatisme												
Non [†]	1 781	9,6	1,0	...	903	9,4	1,0	...	878	9,7	1,0	...
Oui	500	12,8*	2,0*	1,9-2,1	193	13,5*	2,1*	1,9-2,4	307	12,5*	1,9*	1,7-2,0
Diabète												
Non [†]	2 191	10,2	1,0	...	1 056	10,1	1,0	...	1 135	10,3	1,0	...
Oui	91	8,6*	1,1	0,9-1,2	41	7,5*	1,0	0,8-1,2	49	9,9	1,2	1,0-1,4
Troubles thyroïdiens												
Non [†]	2 146	10,1	1,0	...	1 076	9,9	1,0	...	1 071	10,2	1,0	...
Oui	135	11,2	1,3*	1,1-1,5	21	10,5	1,3	1,0-1,7	114	11,3	1,2*	1,1-1,4

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

Nota : Le modèle pour l'ensemble de la population est fondé sur 112 124 personnes. Le modèle pour les hommes est fondé sur 51 080 personnes et celui pour les femmes, sur 61 044 personnes. La catégorie « Situation inconnue » a été incluse dans les modèles pour le revenu du ménage, l'obésité, l'activité physique et le stress au travail afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. La catégorie « Sans objet » a été introduite dans les modèles pour la situation d'emploi, la profession et le stress au travail, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés. À cause de données manquantes pour d'autres catégories, 892 personnes ont été éliminées du modèle pour les hommes et 900, du modèle pour les femmes. Les chiffres ayant été arrondis, les intervalles de confiance dont la borne inférieure/supérieure est égale à 1,0 sont significatifs.

[†] Catégorie de référence.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

Lien à la profession

Une forte proportion de LMR qui sont associées au travail sont attribuables à des mouvements répétitifs et énergiques, à la levée de lourdes charges ou à l'exposition à des vibrations qui sont des caractéristiques de nombreux emplois³³⁻³⁹. Les personnes qui ne travaillent pas ne sont pas exposées aux facteurs de risque en milieu de travail, si bien qu'en principe, en 2000-2001, ces personnes auraient dû être moins susceptibles de déclarer une LMR que celles qui travaillaient. Pourtant, quant on tient compte des effets d'autres caractéristiques sociodémographiques et des facteurs liés au mode de vie, la situation d'emploi n'est pas significativement associée à la manifestation d'une LMR. Par contre, parmi la population active, la profession y est associée significativement.

La cote exprimant le risque de déclarer une LMR est plus forte pour les hommes dont la profession a trait aux secteurs de la vente ou des services; des métiers, du transport ou de la machinerie; de l'agriculture, de la foresterie, des pêches ou de l'extraction minière; et de la transformation, de la fabrication ou des services publics que pour ceux ayant un poste de gestion. Chez les femmes, la cote exprimant le risque de déclarer une LMR est plus élevée dans toutes les professions autres que les postes de gestion. Elle est particulièrement élevée pour les femmes dont l'emploi touche des secteurs traditionnellement dominés par les hommes, comme les métiers, le transport ou la machinerie; l'agriculture, la foresterie, les pêches ou l'extraction minière; et la transformation, la fabrication ou les services publics.

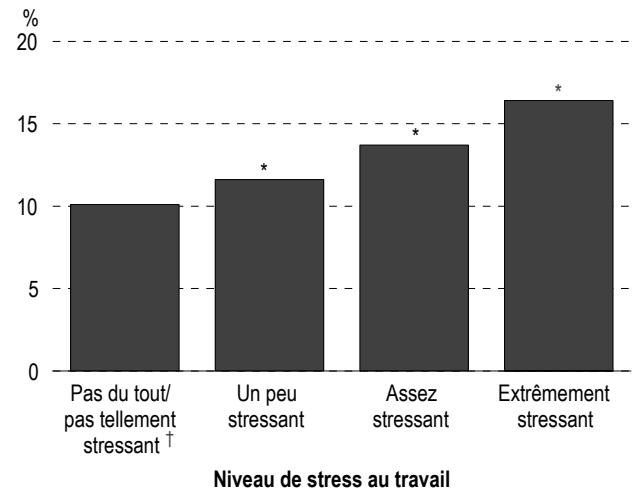
Le stress augmente le risque

Les facteurs psychologiques, comme un rythme rapide de travail, la définition ambiguë du rôle à remplir, les inquiétudes, les tâches monotones et le stress, ont été associés aux LMR^{13,16,23,38-44}. En 2000-2001, la prévalence des LMR était assez forte chez les personnes éprouvant au moins un certain stress au travail (graphique 2). Cela était particulièrement le cas chez les femmes dont le travail était « extrêmement » stressant, 18 % d'entre elles ayant déclaré une LMR comparativement à 10 % de celles considérant que leur travail n'était

« pas du tout » ou « pas tellement » stressant. Même si l'on tient compte de l'effet d'autres facteurs, la cote exprimant le risque de déclarer une LMR est

Graphique 2

Prévalence des lésions dues aux mouvements répétitifs, selon le niveau de stress au travail, population à domicile de 20 à 75 ans ayant travaillé au cours des 12 derniers mois, Canada, 2000-2001



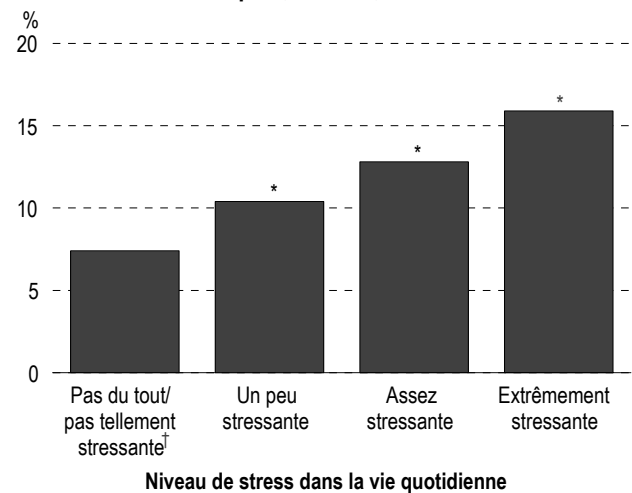
Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001

† Catégorie de référence.

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

Graphique 3

Prévalence des lésions dues aux mouvements répétitifs, selon le niveau de stress dans la vie quotidienne, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001



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

† Catégorie de référence.

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

plus forte pour les femmes qui jugent que la plupart de leurs journées de travail sont assez ou extrêmement stressantes que pour celles qui considèrent que leur travail n'est pas tellement ou pas du tout stressant. En revanche, chez les hommes, si l'on tient compte de l'effet d'autres facteurs, le stress au travail n'est pas associé de façon significative aux LMR.

Il existe aussi une association significative entre le stress de la vie quotidienne et la déclaration d'une LMR (graphique 3). Cette association persiste chez les hommes comme chez les femmes même si l'on tient compte des autres facteurs éventuellement confusionnels. La cote exprimant le risque de souffrir d'une LMR est plus élevée pour les hommes et les femmes dont le niveau de stress est élevé que pour ceux estimant que leur vie n'est pas du tout ou pas tellement stressante.

Autres facteurs de risque

Puisque les activités sportives et l'exercice sont à l'origine d'environ une LMR sur cinq, il n'est pas étonnant que la cote exprimant le risque de déclarer une LMR soit significativement plus élevée chez les hommes et chez les femmes au moins moyennement actifs durant leurs loisirs que chez les autres. En outre, chez les femmes, mais non chez les hommes, l'obésité est associée aux LMR. Ce résultat pourrait refléter le syndrome du canal carpien chez les premières, puisque, selon plusieurs études, il existerait un lien entre cette affection et un indice de masse corporelle (IMC) élevé^{19,20,36,45,46}. En outre, chez les hommes et chez les femmes, la cote exprimant le risque de présenter une LMR est significativement plus élevée pour les personnes qui fument tous les jours que pour celles qui ne fument pas quotidiennement.

À l'instar d'autres études⁴⁷, les résultats de l'analyse des données de l'ESCC de 2000-2001 montrent que la cote exprimant le risque de déclarer une LMR est significativement plus élevée chez les hommes et les femmes faisant de l'arthrite ou du rhumatisme que chez les personnes qui n'en font pas. En outre, la cote exprimant le risque de présenter une LMR est élevée chez les femmes souffrant d'un problème thyroïdien.

Consultation des professionnels de la santé et résultats

Pour déterminer le nombre de consultations avec des professionnels de la santé, on a demandé aux participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : « Sans compter les séjours dans un établissement de santé, au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux un [liste de professionnels de la santé]? » Les catégories lues aux personnes interrogées incluaient *médecin de famille ou omnipraticien, chiropraticien et physiothérapeute*.

Pour évaluer la *douleur* ou les *malaises chroniques*, les participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999 et de 2000-2001 se sont vu demander : « Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises? ». Les personnes qui ont répondu « non » ont été invitées à indiquer si l'intensité de leurs douleurs était habituellement faible, moyenne ou forte. La cote pouvait varier de 0 pour l'absence de douleur à 3 pour des douleurs fortes.

L'évaluation de la *détresse psychologique* est fondée sur les réponses des participants aux cycles de 1998-1999 et de 2000-2001 de l'ENSP aux questions suivantes : « Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e)

...si triste que plus rien de pouvait vous faire sourire?

...nerveux(se)?

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

...désespéré(e)?

...bon(ne) à rien?

...combien de fois avez-vous senti que tout était un effort?

Les réponses à chaque question ont été enregistrées sur une échelle de cinq points : « tout le temps » (cote de 4), « la plupart du temps » (3), « parfois » (2), « pas souvent » (1) ou « jamais » (0). Pour chaque personne, on a totalisé les réponses à chaque question; la cote globale possible pouvait varier de 0 à 24, la détresse étant d'autant plus forte que la cote était élevée. En 1998-1999, la cote moyenne était de 2,9, avec un écart-type de 3,3. Pour résoudre le problème des valeurs extrêmes biaisant la distribution, les cotes qui s'écartaient de plus de deux écarts-types de la moyenne ont été plafonnées (les valeurs supérieures à 10 ont été plafonnées à 10). Pour le fichier de données transversales de l'ENSP de 1998-1999, les valeurs de moins de 6 % des enregistrements ont été plafonnées. Pour le fichier longitudinal, les valeurs d'environ 4 % des enregistrements l'ont été pour 1998-1999 et de 3 %, pour 2000-2001. Le coefficient alpha de Cronbach calculé pour les questions de l'échelle d'évaluation de la détresse psychologique était de 0,794 en 1998-1999.

Définitions

Six groupes d'âge ont été déterminés pour la première partie de l'analyse : 20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 ans et 70 ans et plus. Dans les modèles de régression linéaire multiple, l'âge était une variable continue.

L'état matrimonial a été classé en trois catégories : marié(e) ou en union libre, marié(e) antérieurement (divorcé(e), séparé(e) ou veuf(ve)) et jamais marié(e).

Le niveau de scolarité est fondé sur le niveau le plus élevé atteint; deux groupes ont été définis : diplôme d'études secondaires ou moins et au moins certaines études postsecondaires.

Les groupes de revenu du ménage sont fondés sur le nombre de membres du ménage, ainsi que sur le revenu total du ménage en provenance de toutes les sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue :

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

La situation d'emploi pour les participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) âgés de 20 à 75 ans a été classée en trois catégories : occupé(e) au moment de l'enquête, a travaillé au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête et n'a pas travaillé au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Aux participants à l'ESCC qui travaillaient au moment de l'entrevue ou qui avaient travaillé au cours des 12 mois précédents, on a demandé laquelle des neuf catégories suivantes décrivait le mieux leur profession : 1) gestion; 2) professionnel (y compris les comptables); 3) technologue, technicien ou emploi technique; 4) administration, finances ou travail de bureau; 5) vente ou services; 6) métiers, transport ou machinerie; 7) agriculture, foresterie, pêches ou extraction minière; 8) transformation, fabrication ou services publics; 9) autre.

L'évaluation du stress au travail a été faite en demandant aux participants à l'ESCC de 20 à 75 ans qui travaillaient ou qui avaient travaillé à un emploi ou à une entreprise durant l'année qui a précédé l'entrevue les renseignements suivants au sujet de leur emploi principal : « Diriez-vous que la plupart de vos journées étaient stressantes : ...pas du tout? ...pas tellement? ...un peu? ...assez? ...extrêmement? ». Pour les besoins de l'analyse, les catégories « pas du tout stressantes » et « pas tellement stressantes » ont été regroupées.

Le niveau d'activité physique durant les loisirs a été déterminé en calculant la dépense d'énergie (DE) pour chaque activité à laquelle s'adonnaient les participants à l'enquête durant leurs loisirs. Ainsi, le nombre de fois qu'une personne s'était adonné à une activité au cours d'une période de 12 mois a été multiplié par la durée moyenne, exprimée en heures, et par le coût énergétique de l'activité (kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par heure d'activité). Pour calculer la DE quotidienne moyenne pour l'activité, l'estimation ainsi obtenue a été divisée par 365. Le calcul a été répété pour toutes les activités de loisirs déclarées et la somme des estimations résultantes a été faite pour obtenir une valeur quotidienne agrégée de la DE. Les personnes dont la DE durant les loisirs était inférieure à 1,5 kcal/kg/jour ont été considérées comme étant physiquement inactives. Une DE comprise entre 1,5 et 2,9 kcal/kg/jour a été considérée comme un indicateur d'une activité moyenne. Les personnes dont la DE était égale ou supérieure à 3,0 kcal/kg/jour ont été considérées comme actives.

L'obésité a été définie comme correspondant à un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 30,0. Le calcul de l'IMC se fait en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Les femmes enceintes sont exclues de ce calcul.

Deux catégories d'usage du tabac ont été déterminées, à savoir l'usage quotidien du tabac et l'usage non quotidien du tabac.

Pour déterminer la prévalence de certains problèmes de santé chroniques, les participants aux enquêtes se sont vu demander s'ils souffraient d'un problème de santé de longue durée qui avait duré ou devrait durer au moins six mois et qui avait été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Une liste de problèmes de santé leur a été lue. Les problèmes de santé dont il est tenu compte dans la présente analyse sont l'arthrite ou rhumatisme, le diabète et les troubles thyroïdiens.

Consultation des professionnels de la santé

En 2000-2001, les hommes et les femmes qui ont déclaré une LMR étaient plus susceptibles que les autres d'avoir consulté un omnipraticien, un chiropraticien ou un physiothérapeute au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, et la différence était significative pour presque toutes les parties du corps atteintes (graphique 4) (voir *Consultation des professionnels de la santé et résultats*).

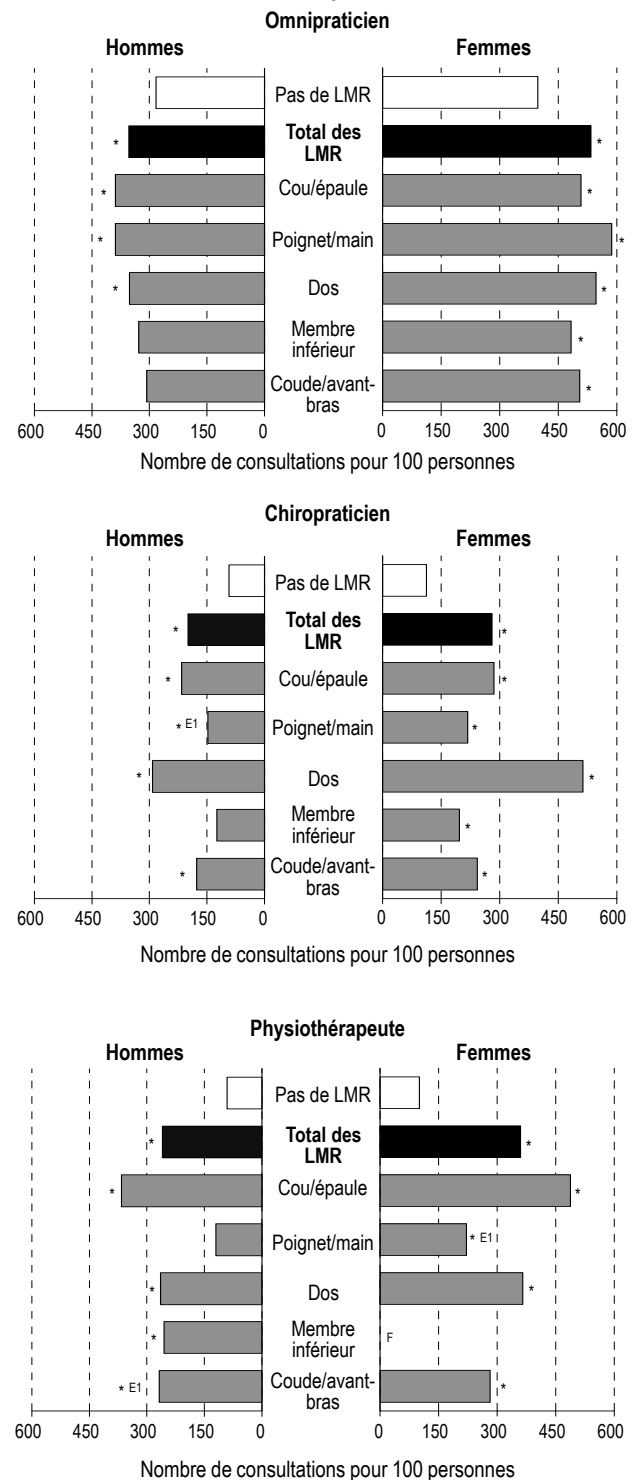
Ces associations persistent aussi bien chez les hommes que chez les femmes lorsqu'on tient compte d'autres facteurs. En moyenne, les hommes ayant déclaré une LMR ont fait état d'environ une consultation de plus avec un omnipraticien durant l'année qui a précédé l'enquête que ceux n'en déclarant pas (tableau D en annexe). Les femmes souffrant d'une LMR ont déclaré, en moyenne, 1,37 consultation de plus avec un omnipraticien que celles ne présentant pas ce genre d'affection. Le profil est le même pour les visites chez un chiropraticien ou un physiothérapeute (tableaux E et F en annexe).

Douleur chronique et détresse

Les LMR peuvent avoir des conséquences physiques ainsi que psychologiques. L'analyse des données de l'ENSP de 1998-1999 indique que 23 % des hommes souffrant d'une LMR ont déclaré des douleurs et des malaises chroniques, comparativement à 13 % des hommes qui ont dit ne pas souffrir d'une LMR (données non présentées). Les chiffres correspondants pour les femmes sont de 31 % et 16 %. Même si l'on tient compte de l'effet d'autres facteurs, dont l'âge et l'arthrite (une affection douloureuse), la déclaration d'une LMR est associée positivement à la douleur chronique tant chez les hommes que chez les femmes (tableau G en annexe). En outre, les hommes et les femmes présentant une LMR ont déclaré un niveau significativement plus élevé de détresse psychologique que ceux et celles ne présentant pas de LMR. Cependant, les données n'indiquent pas si la douleur et la détresse psychologique ont précédé ou suivi la manifestation de la LMR, ou si elles sont le résultat de cette dernière ou d'autres affections et circonstances.

Les LMR peuvent durer longtemps^{4,5,15,29,48,49}. En 2000-2001, le niveau élevé de douleur chronique et

Graphique 4
Nombre de consultations avec des professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois pour 100 personnes de 20 ans et plus, selon le sexe et la partie du corps atteinte par une lésion due aux mouvements répétitifs, Canada, 2000-2001



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

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

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

* Valeur significativement plus élevée que pour l'absence de LMR ($p < 0,05$).

Limites

Le dépistage des participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ou à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) qui présentent une lésion due aux mouvements répétitifs (LMR) est fondé sur des renseignements autodéclarés. Nul ne sait si la LMR a effectivement été diagnostiquée par un professionnel de la santé. Selon certaines études, les participants aux enquêtes sembleraient plus susceptibles de déclarer une LMR lorsqu'ils deviennent plus au courant de ce problème^{22,30,50}. Par conséquent, les données de l'ENSP et de l'ESCC pourraient donner lieu à une surestimation de la prévalence des LMR, comparativement à des études qui se fondent sur des définitions plus rigoureuses.

La gravité des LMR n'a pas été évaluée. Ce manque d'information pourrait donner lieu à une surestimation ou à une sous-estimation de l'association entre les LMR et certaines variables.

La partie du corps considérée comme étant la plus atteinte pourrait ne pas être celle à l'origine de la douleur. Il pourrait notamment en être ainsi en cas de douleurs projetées dues à la compression d'un nerf, particulièrement si la personne interrogée n'a pas consulté de professionnel de la santé. En outre, les données tirées des enquêtes ne fournissent aucun renseignement quant au type particulier de

LMR (p. ex., syndrome du canal carpien, tennis elbow). Or il se pourrait que divers types de LMR et le fait qu'elles se manifestent ou non à un siège particulier et soient assorties de symptômes objectifs ou subjectifs soient associés à des facteurs de risque et à des résultats différents^{29,48,51}. Le regroupement des LMR en une catégorie pourrait masquer ce genre de différence et empêcher de déceler les associations significatives.

Il n'est pas possible de déterminer si les personnes qui ont déclaré avoir consulté un omnipraticien, un chiropraticien ou un physiothérapeute durant l'année qui a précédé l'enquête l'ont fait à cause d'une LMR.

La profession d'une personne au moment de l'interview n'est pas nécessairement celle qui a contribué à la manifestation de la LMR. En outre, aucun renseignement n'a été recueilli sur les tâches nécessitant des mouvements répétés et (ou) énergiques. La mesure de l'association entre les LMR et certaines caractéristiques pourrait être influencée par l'absence de ces variables.

La mesure de la dépense énergétique sous-estime vraisemblablement l'activité physique totale puisqu'elle ne tient pas compte des activités physiques au travail ou durant les tâches ménagères.

de détresse déclaré par les hommes atteints d'une LMR n'avait pas diminué. En outre, chez les femmes, la déclaration d'une LMR en 1998-1999 est associée à une augmentation de la douleur et de la détresse en 2000-2001 (tableau H en annexe).

Mot de la fin

Les lésions dues aux mouvements répétitifs affectent un nombre croissant de Canadiens et de Canadiennes. En 2000-2001, environ 10 % de la population de 20 ans et plus ont déclaré avoir eu une LMR l'année qui a précédé l'enquête, proportion en hausse par rapport aux 8 % enregistrés en 1996-1997. Bien que cette croissance puisse effectivement être due à un nombre plus élevé de blessures, elle pourrait aussi refléter une plus grande sensibilisation aux LMR^{3,11,22,30,50}. Néanmoins, l'importance de ces résultats empiriques tient au nombre pur et simple de personnes déclarant ce genre de blessure – selon les estimations, 2,3 millions en 2000-2001.

Plus de la moitié des LMR sont causées par des activités liées au travail et les blessures sont plus fréquentes à la partie supérieure qu'à la partie inférieure du corps. Les LMR ont tendance à affecter les personnes dans la trentaine et la quarantaine, résultat qui souligne la gravité de ces blessures aux âges d'activité maximale.

Les LMR ont des répercussions non seulement sur la santé physique, mais aussi sur la santé mentale. La prévalence de la douleur chronique et de la détresse psychologique était forte chez les personnes souffrant d'une LMR et n'a pas diminué sur une période de deux ans. En outre, les LMR représentent un fardeau supplémentaire pour le système de santé. Les personnes souffrant d'une LMR ont déclaré un nombre significativement plus élevé de consultation avec un omnipraticien, un chiropraticien ou un physiothérapeute que celles ne présentant pas ce genre d'affection. ●

Remerciements

L'auteur remercie Margot Shields de son aide et de ses conseils.

Références

1. T.L. Guidotti, « Occupational repetitive strain injury », *American Family Physician*, 45(2), 1992, p. 585-592.
2. A. Yassi, « Repetitive strain injuries », *Lancet*, 349(9056), 1997, p. 943-947.
3. J.M. Melhorn, « Cumulative trauma disorders and repetitive strain injuries. The future », *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 351, 1998, p. 107-126.
4. M. Rossignol, S. Stock, L. Patry et al., « Carpal tunnel syndrome: what is attributable to work? The Montreal study », *Occupational and Environmental Medicine*, 54, 1997, p. 519-523.
5. J.P. Keogh, I. Nuwayhid, J.L. Gordon et al., « The impact of occupational injury on injured worker and family: outcomes of upper extremity cumulative trauma disorders in Maryland workers », *American Journal of Industrial Medicine*, 38(5), 2000, p. 498-506.
6. B.B. O'Neil, M.E. Forsythe et W.D. Stanish, « Chronic occupational repetitive strain injury », *Médecin de famille canadien*, 47, 2001, p. 311-316.
7. G. Magni, C. Moreschi, S. Rigatti-Luchini et al., « Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain », *Pain*, 56(3), 1994, p. 289-297.
8. 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).
9. 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).
10. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. L.J. Frederick, « Cumulative trauma disorders: an overview », *American Association of Occupational Health Nurses*, 40(3), 1992, p. 113-116.
12. L.L. Crumpton-Young, M.K. Killough, P.L. Parker et al., « Quantitative analysis of cumulative trauma risk factors and risk factor interactions », *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 42(10), 2000, p. 1013-1020.
13. M. Barnekow-Bergkvist, G.E. Hedberg, U. Janlert et al., « Determinants of self-reported neck-shoulder and low back symptoms in a general population », *Spine*, 23(2), 1998, p. 235-243.
14. A.J. Rege et J.L. Sher, « Can the outcome of carpal tunnel release be predicted? », *Journal of Hand Surgery [Br]*, 26(2), 2001, p. 148-150.
15. F. DeStefano, D.L. Nordstrom et R.A. Vierkant, « Long-term symptom outcomes of carpal tunnel syndrome and its treatment », *Journal of Hand Surgery [Am]*, 22(2), 1997, p. 200-210.
16. D.L. Nordstrom, R.A. Vierkant, F. DeStefano et al., « Risk factors for carpal tunnel syndrome in a general population », *Occupational and Environmental Medicine*, 54, 1997, p. 734-740.
17. S.P. Stallings, M.L. Kasdan, T.M. Soergel et al., « A case-control study of obesity as a risk factor for carpal tunnel syndrome in a population of 600 patients presenting for independent medical examination », *Journal of Hand Surgery [AM]*, 22A, 1997, p. 211-215.
18. J.N. Katz, K.K. Fossel, B.P. Simmons et al., « Symptoms, functional status, and neuromuscular impairment following carpal tunnel release », *Journal of Hand Surgery [Am]*, 20(4), 1995, p. 549-555.
19. P.E. Higgs, D. Edwards, D.S. Martin et al., « Carpal tunnel surgery outcomes in workers: effect of workers' compensation status », *Journal of Hand Surgery [Am]*, 20(3), 1995, p. 354-360.
20. M.L. Adams, G.M. Franklin et S. Barnhart, « Outcome of carpal tunnel surgery in Washington State workers' compensation », *American Journal of Industrial Medicine*, 25, 1994, p. 527-536.
21. J.N. Katz, R.B. Keller, A.H. Fossel et al., « Predictors of return to work following carpal tunnel release », *American Journal of Industrial Medicine*, 31, 1997, p. 85-91.
22. F.D. Ashbury, « Occupational repetitive strain injuries and gender in Ontario, 1986 to 1991 », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37(4), 1995, p. 479-485.
23. D. Hess, « Employee perceived stress: relationship to the development of repetitive strain injury symptoms », *American Association of Occupational Health Nurses*, 45(3), 1997, p. 115-123.
24. A. Silversides, « Confusion surrounding repetitive strain injury highlighted at conference », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 156(10), 1997, p. 1459-1460.
25. Bureau of Labor Statistics, Disorders associated with repeated trauma; rate and number of cases by industry for 1997, diffusé en 1999, disponible à : <http://stats.bls.gov/iif/oshwc/osh/os/ostb0653.txt>, site consulté le 10 mars 2003.
26. 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.
27. 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).
28. 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.

29. M. Feuerstein, V.L. Miller, L.M. Burrell et al., « Occupational upper extremity disorders in the federal workforce. Prevalence, health care expenditures, and patterns of work disability », *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 40(6), 1998, p. 546-555.
30. S. Tanaka, D.K. Wild, P.J. Seligman et al., « The US prevalence of self-reported carpal tunnel syndrome: 1988 National Health Interview Survey data », *American Journal of Public Health*, 84(11), 1994, p. 1846-1848.
31. B. Silverstein, E. Welp, N. Nelson et al., « Claims incidence of work-related disorders of the upper extremities: Washington State, 1987 through 1995 », *American Journal of Public Health*, 88, 1998, p. 1827-1833.
32. G.M. Franklin, J. Haug, N. Heyer et al., « Occupational carpal tunnel syndrome in Washington State 1984-1988 », *American Journal of Public Health*, 81(6), 1991, p. 741-746.
33. M. McDiarmid, M. Oliver, J. Ruser et al., « Male and female rate differences in carpal tunnel syndrome injuries: personal attributes or job tasks? », *Environmental Research*, 83(1), 2000, p. 23-32.
34. M. Hagberg, H. Morgenstern et M. Kelsh, « Impact of occupations and job tasks on the prevalence of carpal tunnel syndrome », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 18(6), 1992, p. 337-345.
35. B. Stenlund, I. Goldie, M. Hagberg et al., « Shoulder tendinitis and its relation to heavy manual work and exposure to vibration », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 1993, 19(1), p. 43-49.
36. G. Wieslander, D. Norback, C.J. Gothe et al., « Carpal tunnel syndrome (CTS) and exposure to vibration, repetitive wrist movement, and heavy manual work: a case-referent study », *British Journal of Industrial Medicine*, 46, 1989, p. 43-47.
37. C.J. English, W.M. Maclaren, C. Court-Brown et al., « Relations between upper limb soft tissue disorders and repetitive movements at work », *American Journal of Industrial Medicine*, 27(1), 1995, p. 75-90.
38. K. Ekberg, B. Bjorkqvist, P. Malm et al., « Case-control study of risk factors for disease in the neck and shoulder area », *Occupational and Environmental Medicine*, 51(4), 1994, p. 262-266.
39. K. Ekberg, M. Karlsson, O. Axelson et al., « Cross-sectional study of risk factors for symptoms in the neck and shoulder area », *Ergonomics*, 38(5), 1995, p. 971-980.
40. K. Fredriksson, L. Alfredsson, C.B. Thorbjornsson et al., « Risk factors for neck and shoulder disorders: a nested case-control study covering a 24-year period », *American Journal of Industrial Medicine*, 38(5), 2000, p. 516-518.
41. A.J. Haufler, M. Feuerstein et G.D. Huang, « Job stress, upper extremity pain and functional limitations in symptomatic computer users », *American Journal of Industrial Medicine*, 38(5), 2000, p. 507-515.
42. R.H. Westgaard, C. Jensen et K. Hansen, « Individual and work-related risk factors associated with symptoms of musculoskeletal complaints », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 64(6), 1993, p. 405-413.
43. K. Ohlsson, R.G. Attewell, B. Palsson et al., « Repetitive industrial work and neck and upper limb disorders in females », *American Journal of Industrial Medicine*, 27(5), 1995, p. 731-747.
44. D.P. Pope, P.R. Croft, C.M. Pritchard et al., « Occupational factors related to shoulder pain and disability », *Occupational and Environmental Medicine*, 54, 1997, p. 316-321.
45. S. Tanaka, D.K. Wild, L.L. Cameron et al., « Association of occupational and non-occupational risk factors with the prevalence of self-reported carpal tunnel syndrome in a national survey of the working population », *American Journal of Industrial Medicine*, 1997, 32, p. 550-556.
46. M.C. de Krom, A.D.M. Kester, P.G. Knipschild et al., « Risk factors for carpal tunnel syndrome », *American Journal of Epidemiology*, 132(6), 1990, p. 1102-1110.
47. D.H. Solomon, J.N. Katz, R. Bohn et al., « Nonoccupational risk factors for carpal tunnel syndrome », *Journal of General Internal Medicine*, 14(5), 1999, p. 310-314.
48. M.W. Crossman, C.A. Gilbert, A. Travlos et al., « Nonneurologic hand pain versus carpal tunnel syndrome: do psychological measures differentiate? », *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(2), 2001, p. 100-107.
49. S.I. Bekkelund, C. Pierre-Jerome, T. Torbergsen et al., « Impact of occupational variables in carpal tunnel syndrome », *Acta Neurologica Scandinavica*, 103, 2001, p. 193-197.
50. A. Yassi, J. Sprout et R. Tate, « Upper limb repetitive strain injuries in Manitoba », *American Journal of Industrial Medicine*, 30(4), 1996, p. 461-472.
51. S. Tanaka, M. Petersen et L. Cameron, « Prevalence and risk factors of tendinitis and related disorders of the distal upper extremity among U.S. workers: comparison to carpal tunnel syndrome », *American Journal of Industrial Medicine*, 39, 2001, p. 328-335.

Annexe

Tableau A

Répartition de certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%		milliers	%		milliers	%
Total	113 796	22 541	100,0	51 919	11 034	100,0	61 877	11 507	100,0
Lésion due aux mouvements répétitifs									
Oui	11 821	2 283	10,1	5 237	1 098	9,9	6 584	1 185	10,3
Non	101 975	20 258	89,9	46 682	9 936	90,1	55 293	10 322	89,7
Groupe d'âge									
20 à 29 ans	16 428	4 139	18,4	7 522	2 094	19,0	8 906	2 045	17,8
30 à 39 ans	22 860	4 756	21,1	10 697	2 375	21,5	12 163	2 381	20,7
40 à 49 ans	24 393	5 106	22,7	11 841	2 538	23,0	12 552	2 567	22,3
50 à 59 ans	18 708	3 650	16,2	8 969	1 829	16,6	9 739	1 822	15,8
60 à 69 ans	14 030	2 397	10,6	6 367	1 154	10,5	7 663	1 243	10,8
70 ans et plus	17 377	2 492	11,1	6 523	1 043	9,5	10 854	1 449	12,6
Etat matrimonial									
Marié(e)/union libre	68 218	14 896	66,1	33 355	7 542	68,4	34 863	7 354	63,9
Marié(e) antérieurement	24 439	3 122	13,8	7 242	955	8,7	17 197	2 167	18,8
Jamais marié(e)	20 985	4 501	20,0	11 268	2 529	22,9	9 717	1 972	17,1
Données manquantes	154	22	0,1	54	7 ^{E1}	0,1 ^{E1}	100	14 ^{E1}	0,1 ^{E1}
Niveau de scolarité									
Diplôme d'études secondaires ou moins	51 644	9 421	41,8	23 126	4 474	40,5	28 518	4 947	43,0
Au moins certaines études postsecondaires	60 923	12 910	57,3	28 170	6 447	58,4	32 753	6 463	56,2
Données manquantes	1 229	211	0,9	623	113	1,0	606	98	0,8
Revenu du ménage									
Inférieur/moyen-inférieur	15 794	2 299	10,2	5 262	888	8,0	10 532	1 412	12,3
Moyen	25 232	4 476	19,6	10 725	2 054	18,6	14 507	2 422	21,0
Moyen-supérieur	35 817	7 262	32,2	17 526	3 672	33,3	18 291	3 590	31,2
Supérieur	25 260	6 265	27,8	13 678	3 420	31,0	11 582	2 845	24,7
Données manquantes	11 693	2 238	9,9	4 728	1 000	9,1	6 965	1 238	10,8
Situation d'emploi									
Occupé(e) au moment de l'enquête	68 234	14 660	65,0	35 459	7 987	72,4	32 775	6 673	58,0
A travaillé au cours des 12 derniers mois	6 409	1 359	6,0	2 859	650	5,9	3 550	709	6,2
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	28 388	5 013	22,6	9 752	1 781	16,1	18 636	3 233	28,1
Sans objet (75 ans et plus)	9 875	1 324	5,9	3 398	523	4,7	6 477	801	7,0
Données manquantes	890	185	0,8	451	93	0,8	439	92	0,8
Profession									
Gestion	8 223	1 807	8,0	4 965	1 136	10,3	3 258	671	5,8
Professionnel	12 141	2 730	12,1	4 824	1 241	11,2	7 317	1 489	12,9
Technologue, technicien ou emploi technique	5 755	1 432	6,4	3 844	1 001	9,1	1 911	430	3,7
Administration, finances ou travail de bureau	9 030	2 009	8,9	1 246	343	3,1	7 784	1 666	14,5
Vente ou services	15 197	3 235	14,4	5 514	1 351	12,2	9 683	1 884	16,4
Métiers, transport ou machinerie	11 632	2 414	10,7	10 146	2 128	19,3	1 486	286	2,5
Agriculture, foresterie, pêches ou extraction minière	4 526	546	2,4	3 549	424	3,8	977	122	1,1
Transformation, fabrication ou services publics	3 464	829	3,7	2 287	540	4,9	1 177	269	2,5
Autre	4 736	1 023	4,5	1 960	474	4,3	2 776	549	4,8
Sans objet	38 296	6 346	28,2	13 165	2 308	20,9	25 131	4 039	35,1
Données manquantes	796	170	0,8	419	88	0,8	377	81	0,7
Stress au travail									
Pas du tout ou pas tellement stressant	19 442	3 973	17,6	9 930	2 132	19,3	9 512	1 840	16,0
Un peu stressant	28 057	5 829	25,9	14 259	3 108	28,2	13 798	2 721	23,6
Assez stressant	18 041	3 998	17,7	8 658	2 040	18,5	9 383	1 957	17,0
Extrêmement stressant	4 683	1 051	4,7	2 121	505	4,6	2 562	546	4,7
Sans objet	37 312	6 029	26,7	12 510	2 136	19,4	24 802	3 893	33,8
Données manquantes	6 261	1 662	7,4	4 441	1 112	10,1	1 820	549	4,8
Stress dans la vie quotidienne									
Pas du tout ou pas tellement stressante	41 217	7 703	34,2	19 405	3 915	35,5	21 812	3 788	32,9
Un peu stressante	44 182	8 877	39,4	19 904	4 269	38,7	24 278	4 608	40,0
Assez stressante	22 903	4 846	21,5	10 184	2 343	21,2	12 719	2 503	21,8
Extrêmement stressante	5 293	1 087	4,8	2 317	491	4,5	2 976	596	5,2
Données manquantes	201	27	0,1	109	15	0,1	92	12	0,1
Activité durant les loisirs									
Actif(ve)	22 172	4 177	18,5	11 107	2 273	20,6	11 065	1 904	16,6
Moderément actif(ve)	25 674	4 892	21,7	11 308	2 349	21,3	14 366	2 543	22,1
Inactif(ve)	59 631	11 758	52,2	24 904	5 259	47,7	34 727	6 499	56,5
Données manquantes	6 319	1 713	7,6	4 600	1 153	10,4	1 719	560	4,9
Obésité									
Non	91 638	18 643	82,7	42 426	9 244	83,8	49 212	9 399	81,7
Oui	18 647	3 307	14,7	9 106	1 721	15,6	9 541	1 587	13,8
Données manquantes	3 511	591	2,6	387	69	0,6	3 124	521	4,5
Usage quotidien du tabac									
Non	85 796	17 380	77,1	37 787	8 217	74,5	48 009	9 163	79,6
Oui	27 801	5 116	22,7	14 009	2 786	25,2	13 792	2 330	20,2
Données manquantes	199	45	0,2	123	31	0,3	76	14 ^{E1}	0,1 ^{E1}
Arthrite/rhumatisme									
Non	89 341	18 627	82,6	43 439	9 586	86,9	45 902	9 041	78,6
Oui	24 348	3 896	17,3	8 427	1 438	13,0	15 921	2 458	21,4
Données manquantes	107	18	0,1	53	9 ^{E1}	0,1 ^{E1}	54	9 ^{E1}	0,1 ^{E1}
Diabète									
Non	107 449	21 475	95,3	48 829	10 475	94,9	58 620	11 000	95,6
Oui	6 290	1 053	4,7	3 067	551	5,0	3 223	501	4,4
Données manquantes	57	13 ^{E1}	0,1 ^{E1}	23	F	F	34	6 ^{E2}	0,1 ^{E2}
Troubles thyroïdes									
Non	106 592	21 316	94,6	50 807	10 826	98,1	55 785	10 490	91,2
Oui	7 113	1 210	5,4	1 082	201	1,8	6 031	1 010	8,8
Données manquantes	91	15 ^{E1}	0,1 ^{E1}	30	8 ^{E2}	0,1 ^{E2}	61	7 ^{E1}	0,1 ^{E1}

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

Nota : Sont exclus 120 personnes pour lesquelles on ne connaît pas la situation concernant les LMR en 2000-2001. Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

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 %.

Tableau B
Répartition de certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%		milliers	%		milliers	%
Total	13 739	21 621	100,0	6 242	10 562	100,0	7 497	11 059	100,0
Lésion due aux mouvements répétitifs									
Oui	1 274	2 038	9,4	586	1 013	9,6	688	1 025	9,3
Non	12 465	19 583	90,6	5 656	9 550	90,4	6 809	10 034	90,7
État matrimonial									
Marié(e)/union libre	8 188	14 103	65,2	4 038	7 231	68,5	4 150	6 873	62,1
Marié(e) antérieurement	2 853	3 317	15,3	802	1 016	9,6	2 051	2 301	20,8
Jamais marié(e)	2 698	4 201	19,4	1 402	2 316	21,9	1 296	1 885	17,0
Niveau de scolarité									
Diplôme d'études secondaires ou moins	5 504	8 194	37,9	2 519	3 917	37,1	2 985	4 277	38,7
Au moins certaines études postsecondaires	8 223	13 401	62,0	3 715	6 629	62,8	4 508	6 772	61,2
Données manquantes	12	F	F	8	F	F	4	F	F
Revenu du ménage									
Inférieur/moyen-inférieur	2 223	2 704	12,5	755	1 063	10,0	1 468	1 641	14,8
Moyen	3 699	5 366	24,8	1 638	2 531	24,0	2 061	2 835	25,6
Moyen-supérieur	4 599	7 562	35,0	2 258	3 843	36,4	2 341	3 719	33,6
Supérieur	2 406	4 586	21,2	1 238	2 472	23,4	1 168	2 115	19,1
Données manquantes	812	1 403	6,5	353	654	6,2	459	749	6,8
Situation d'emploi									
Occupé(e) au moment de l'enquête	8 126	13 768	63,7	4 238	7 604	72,0	3 888	6 164	55,7
A travaillé au cours des 12 derniers mois	901	1 312	6,1	394	586	5,5	507	726	6,6
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	3 547	5 261	24,3	1 203	1 849	17,5	2 344	3 412	30,9
Sans objet (75 ans et plus)	1 163	1 269	5,9	407	524	5,0	756	744	6,7
Données manquantes	2	F	F	0	0	0	2	F	F
Activité durant les loisirs									
Actif(ve)	2 615	4 175	19,3	1 342	2 279	21,6	1 273	1 895	17,1
Modérément actif(ve)	3 247	5 230	24,2	1 485	2 634	24,9	1 762	2 595	23,5
Inactif(ve)	7 613	11 675	54,0	3 233	5 310	50,3	4 380	6 364	57,5
Données manquantes	264	542	2,5	182	339	3,2	82	204	1,8
Obésité									
Non	11 323	18 079	83,6	5 227	8 921	84,5	6 096	9 158	82,8
Oui	2 152	3 144	14,5	982	1 586	15,0	1 170	1 558	14,1
Données manquantes	264	399	1,8	33	56 ^{E1}	0,5 ^{E1}	231	343	3,1
Usage quotidien du tabac									
Non	10 269	16 382	75,8	4 499	7 775	73,6	5 770	8 606	77,8
Oui	3 446	5 191	24,0	1 729	2 759	26,1	1 717	2 432	22,0
Données manquantes	24	49 ^{E2}	0,2 ^{E2}	14	F	F	10	F	F
Arthrite/rhumatisme									
Non	10 890	17 827	82,5	5 300	9 185	87,0	5 590	8 643	78,2
Oui	2 842	3 778	17,5	939	1 372	13,0	1 903	2 406	21,8
Données manquantes	7	F	F	3	F	F	4	F	F
Diabète									
Non	13 124	20 762	96,0	5 943	10 088	95,5	7 181	10 674	96,5
Oui	614	853	3,9	299	474	4,5	315	378	3,4
Données manquantes	1	F	F	0	0	0	1	F	F
Troubles thyroïdiens									
Non	12 979	20 584	95,2	6 115	10 375	98,2	6 864	10 209	92,3
Oui	758	1 035	4,8	127	188	1,8	631	847	7,7
Données manquantes	2	F	F	0	0	0	2	F	F

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

Nota : Sont exclues 17 personnes pour lesquelles on ne connaît pas la situation concernant les LMR en 1998-1999. Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

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 %.

Tableau C

Répartition de certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile ayant 20 ans et plus en 1998-1999 n'ayant pas déclaré de LMR en 1996-1997, Canada, territoires non compris

	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%		milliers	%		milliers	%
Total	9 255	18 416	100,0	4 048	8 959	100,0	5 207	9 456	100,0
Lésion due aux mouvements répétitifs									
Oui	737	1 512	8,2	332	741	8,3	405	771	8,2
Non	8 512	16 896	91,8	3 712	8 212	91,7	4 800	8 684	91,8
Données manquantes	6	F	F	4	F	F	2	F	F
État matrimonial									
Marié(e)/union libre	5 664	12 107	65,7	2 719	6 245	69,7	2 945	5 861	62,0
Marié(e) antérieurement	1 904	2 805	15,3	488	822	9,2	1 416	1 983	21,0
Jamais marié(e)	1 687	3 505	19,0	841	1 892	21,1	846	1 612	17,1
Niveau de scolarité									
Diplôme d'études secondaires ou moins	3 665	6 701	36,4	1 587	3 097	34,6	2 078	3 604	38,1
Au moins certaines études postsecondaires	5 589	11 713	63,6	2 460	5 860	65,4	3 129	5 853	61,9
Données manquantes	1	F	F	1	F	F	0	0	0
Revenu du ménage									
Inférieur/moyen-inférieur	1 392	2 085	11,3	419	724	8,1	973	1 361	14,4
Moyen	2 523	4 522	24,6	1 062	2 133	23,8	1 461	2 389	25,3
Moyen-supérieur	3 205	6 599	35,8	1 517	3 333	37,2	1 688	3 266	34,5
Supérieur	1 675	4 177	22,7	858	2 295	25,6	817	1 882	19,9
Données manquantes	460	1 033	5,6	192	474	5,3	268	558	5,9
Situation d'emploi									
Occupé(e) au moment de l'enquête	5 520	11 985	65,1	2 781	6 602	73,7	2 739	5 383	56,9
A travaillé au cours des 12 derniers mois	578	1 099	6,0	234	478	5,3	344	621	6,6
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	2 402	4 350	23,6	788	1 528	17,1	1 614	2 822	29,8
Sans objet (75 ans et plus)	755	982	5,3	245	352	3,9	510	630	6,7
Données manquantes									
Activité durant les loisirs									
Actif(ve)	1 746	3 563	19,3	865	1 962	21,9	881	1 602	16,9
Modérément actif(ve)	2 271	4 614	25,1	1 004	2 353	26,31	267	2 261	23,9
Inactif(ve)	5 127	9 970	54,1	2 102	4 480	50,0	3 025	5 490	58,1
Données manquantes	111	268	1,5	77	165	1,8	34	104 ^{E1}	1,1 ^{E1}
Obésité									
Non	7 634	15 419	83,7	3 408	7 589	84,7	4 226	7 829	82,8
Oui	1 479	2 720	14,8	623	1 334	14,9	856	1 386	14,7
Données manquantes	142	278	1,5	17	36 ^{E2}	0,4 ^{E2}	125	241	2,6
Usage quotidien du tabac									
Non	6 961	13 995	76,0	2 940	6 601	73,7	4 021	7 394	78,2
Oui	2 279	4 385	23,8	1 099	2 335	26,1	1 180	2 051	21,7
Données manquantes	15	F	F	9	F	F	6	F	F
Arthrite/rhumatisme									
Non	7 312	15 231	82,7	3 425	7 799	87,1	3 887	7 431	78,6
Oui	1 940	3 182	17,3	622	1 160	12,9	1 318	2 022	21,4
Données manquantes	3	F	F	1	F	F	2	F	F
Diabète									
Non	8 869	17 718	96,2	3 865	8 582	95,8	5 004	9 135	96,6
Oui	385	692	3,8	183	377	4,2	202	315	3,3
Données manquantes	1	F	F	0	0	0,0	1	F	F
Troubles thyroïdiens									
Non	8 740	17 593	95,5	3 966	8 813	98,4	4 774	8 780	92,9
Oui	514	821	4,5	82	146	1,6	432	675	7,1
Données manquantes	1	F	F	0	F	F	1	F	F

Sources des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 à 2000-2001

Nota : Sont exclues 968 personnes qui ont déclaré une LMR en 1996-1997 et 4 personnes pour lesquelles on ne connaît pas la situation concernant les LMR en 1996-1997. Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

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 %.

Tableau D

Coefficients de régression reliant le nombre de consultations avec un omnipraticien au cours des 12 derniers mois à certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001

	Nombre de consultations avec un omnipraticien au cours des 12 derniers mois					
	Hommes			Femmes		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta
LMR déclarée†	0,96*	0,73 - 1,18	0,05*	1,37*	1,11 - 1,63	0,06*
Âge	0,00	-0,01 - 0,01	0,00	-0,04*	-0,05 - -0,04	-0,11*
État matrimonial						
Marié(e)/union libre	0,21	-0,02 - 0,44	0,02	0,26*	0,01 - 0,52	0,02*
Marié(e) antérieurement	0,45*	0,16 - 0,74	0,02*	0,62*	0,30 - 0,95	0,04*
Jamais marié(e)‡	...	...	...	...	...	...
Au moins certaines études postsecondaires†	-0,16*	-0,31 - -0,01	-0,01*	-0,25*	-0,43 - -0,07	-0,02*
Revenu du ménage						
Inférieur/moyen-inférieur	0,76*	0,29 - 1,24	0,03*	0,97*	0,62 - 1,33	0,05*
Moyen	0,21*	0,02 - 0,40	0,01*	0,23	-0,01 - 0,47	0,01
Moyen-supérieur	0,05	-0,09 - 0,20	0,00	0,06	-0,13 - 0,24	0,00
Supérieur‡	...	...	...	...	...	...
Situation d'emploi (20 à 75 ans)						
Occupé(e) au moment de l'enquête‡	...	...	...	...	...	...
A travaillé au cours des 12 derniers mois	0,64*	0,40 - 0,89	0,03*	0,83*	0,49 - 1,18	0,03*
N'a pas travaillé au cours de 12 derniers mois	2,02*	1,60 - 2,45	0,12*	1,07*	0,87 - 1,27	0,07*
Activité durant les loisirs						
Actif(ve)	-0,44*	-0,63 - -0,26	-0,03*	-0,55*	-0,74 - -0,36	-0,03*
Modérément actif(ve)	-0,24*	-0,40 - -0,09	-0,02*	-0,39*	-0,55 - -0,24	-0,02*
Inactif(ve)‡	...	...	...	...	...	...
Obésité†	0,47*	0,29 - 0,65	0,03*	0,90*	0,64 - 1,16	0,05*
Usage quotidien du tabac†	0,17	-0,03 - 0,37	0,01	0,26*	0,03 - 0,48	0,01*
Arthrite/rhumatisme†	1,90*	1,56 - 2,23	0,11*	2,20*	1,94 - 2,46	0,13*
Diabète†	2,93*	2,24 - 3,62	0,11*	2,08*	1,54 - 2,62	0,06*
Troubles thyroïdiens†	1,58*	0,94 - 2,22	0,04*	1,08*	0,79 - 1,37	0,04*
Coordonnée à l'origine	1,64			4,47		
Renseignements sur le modèle						
Taille de l'échantillon	51 125			60 985		
R ²	0,08			0,05		
R ² corrigé	0,08			0,05		
Degrés de liberté	20			20		
Éliminé à cause de valeurs manquantes	51 104			60 964		
	794			892		

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

Nota : On a introduit dans les modèles la catégorie « Situation inconnue » pour le revenu du ménage et l'obésité et la catégorie « Sans objet » pour la situation d'emploi afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les valeurs des coefficients B et bêta ne sont pas présentées.

† La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

‡ Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau E

Coefficients de régression reliant le nombre de consultations avec un chiropraticien au cours des 12 derniers mois à certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001

	Nombre de consultations avec un chiropraticien au cours des 12 derniers mois					
	Hommes			Femmes		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta
LMR déclarée†	0,94*	0,67 - 1,21	0,05*	1,52*	1,16 - 1,88	0,07*
Âge	-0,01*	-0,01 - 0,00	-0,02*	0,00	-0,01 - 0,00	-0,01
État matrimonial						
Marié(e)/union libre	0,37*	0,19 - 0,55	0,03*	-0,11	-0,39 - 0,16	-0,01
Marié(e) antérieurement	0,43*	0,19 - 0,67	0,02*	-0,07	-0,35 - 0,22	0,00
Jamais marié(e)‡	...	...	...	...	...	...
Au moins certaines études postsecondaires†	0,05	-0,09 - 0,20	0,00	0,25*	0,09 - 0,41	0,02*
Revenu du ménage						
Inférieur/moyen-inférieur	-0,34	-0,80 - 0,11	-0,02	-0,49*	-0,76 - -0,23	-0,03*
Moyen	-0,34*	-0,53 - -0,14	-0,02*	-0,21*	-0,41 - -0,01	-0,01*
Moyen-supérieur	-0,24*	-0,39 - -0,09	-0,02*	0,04	-0,17 - 0,25	0,00
Supérieur‡	...	...	...	...	...	...
Situation d'emploi (20 à 75 ans)						
Occupé(e) au moment de l'enquête‡	...	...	...	...	...	...
A travaillé au cours des 12 derniers mois	-0,31*	-0,51 - -0,10	-0,01*	-0,12	-0,53 - 0,28	0,00
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	-0,17	-0,49 - 0,15	-0,01	-0,30*	-0,47 - -0,13	-0,02*
Activité durant les loisirs						
Actif(ve)	0,13	-0,02 - 0,27	0,01	0,32*	0,12 - 0,53	0,02*
Modérément actif(ve)	0,15	-0,02 - 0,32	0,01	0,28*	0,11 - 0,45	0,02*
Inactif(ve)‡	...	...	...	...	...	...
Obésité†	0,08	-0,08 - 0,24	0,01	0,20	-0,03 - 0,43	0,01
Usage quotidien du tabac†	-0,10	-0,29 - 0,09	-0,01	-0,01	-0,21 - 0,18	0,00
Arthrite/rhumatisme†	0,67*	0,39 - 0,95	0,04*	0,69*	0,51 - 0,88	0,05*
Diabète†	-0,19	-0,42 - 0,04	-0,01	-0,16	-0,41 - 0,08	-0,01
Troubles thyroïdiens†	0,15	-0,32 - 0,62	0,00	0,18	-0,03 - 0,39	0,01
Coordonnée à l'origine	1,06			1,20		
Renseignements sur le modèle						
Taille de l'échantillon	51 206			61 114		
R ²	0,01			0,01		
R ² corrigé	0,01			0,01		
Degrés de liberté	20			20		
Éliminé à cause de valeurs manquantes	51 185			61 093		
	713			763		

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

Nota : On a introduit dans les modèles la catégorie « Situation inconnue » pour le revenu du ménage et l'obésité et la catégorie « Sans objet » pour la situation d'emploi afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les valeurs des coefficients B et bêta ne sont pas présentées. Les chiffres ayant été arrondis, les intervalles de confiance dont la borne supérieure est nulle peuvent être significatifs.

† La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

‡ Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau F

Coefficients de régression reliant le nombre de consultations avec un physiothérapeute au cours des 12 derniers mois à certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, 2000-2001

	Nombre de consultations avec un physiothérapeute au cours des 12 derniers mois					
	Hommes			Femmes		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta
LMR déclarée†	1,60*	1,21 - 1,99	0,06*	2,51*	1,89 - 3,13	0,09*
Âge	-0,01*	-0,02 - 0,00	-0,03*	0,01	-0,01 - 0,02	0,01
État matrimonial						
Marié(e)/union libre	0,00	-0,32 - 0,33	0,00	-0,16	-0,44 - 0,13	-0,01
Marié(e) antérieurement	0,18	-0,30 - 0,66	0,01	-0,16	-0,59 - 0,27	-0,01
Jamais marié(e)‡	...	...	...	...	...	...
Au moins certaines études postsecondaires†	-0,05	-0,28 - 0,18	0,00	0,31*	0,05 - 0,57	0,02*
Revenu du ménage						
Inférieur/moyen-inférieur	-0,03	-0,59 - 0,53	0,00	0,19	-0,39 - 0,77	0,01
Moyen	0,10	-0,22 - 0,42	0,01	-0,03	-0,35 - 0,30	0,00
Moyen-supérieur	-0,01	-0,20 - 0,18	0,00	0,14	-0,13 - 0,41	0,01
Supérieur‡	...	...	...	...	...	...
Situation d'emploi (20 à 75 ans)						
Occupé(e) au moment de l'enquête‡	...	...	...	...	...	...
A travaillé au cours des 12 derniers mois	0,43	-0,01 - 0,87	0,01	0,14	-0,27 - 0,56	0,00
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	0,55*	0,10 - 1,00	0,03*	-0,01	-0,25 - 0,23	0,00
Activité durant les loisirs						
Actif(ve)	0,09	-0,16 - 0,33	0,00	0,04	-0,23 - 0,31	0,00
Modérément actif(ve)	-0,11	-0,32 - 0,10	-0,01	0,00	-0,26 - 0,26	0,00
Inactif(ve)‡	...	...	...	...	...	...
Obésité†	0,04	-0,17 - 0,26	0,00	0,11	-0,15 - 0,36	0,00
Usage quotidien du tabac†	0,09	-0,18 - 0,37	0,01	0,07	-0,16 - 0,31	0,00
Arthrite/rhumatisme†	1,07*	0,71 - 1,42	0,05*	0,95*	0,62 - 1,27	0,05*
Diabète†	0,11	-0,25 - 0,48	0,00	0,21	-0,29 - 0,70	0,01
Troubles thyroïdiens†	0,52	-0,38 - 1,43	0,01	0,05	-0,22 - 0,33	0,00
Coordonnée à l'origine	1,28			0,43		
Renseignements sur le modèle						
Taille de l'échantillon	51 202			61 114		
R ²	0,01			0,01		
R ² corrigé	0,01			0,01		
Degrés de liberté	20			20		
Éliminé à cause de valeurs manquantes	51 181			61 093		
	717			763		

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

Nota : On a introduit dans les modèles la catégorie « Situation inconnue » pour le revenu du ménage et l'obésité et la catégorie « Sans objet » pour la situation d'emploi afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les valeurs des coefficients B et bêta ne sont pas présentées. Les chiffres ayant été arrondis, les intervalles de confiance dont la borne supérieure est nulle peuvent être significatifs.

† La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

‡ Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau G

Coefficients de régression reliant la douleur ou les malaises chroniques et la détresse psychologique à certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1998-1999

	Douleur ou malaises chroniques						Détresse psychologique					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta
LMR déclarée[†]	0,19*	0,12 - 0,26	0,09*	0,23*	0,14 - 0,32	0,09*	0,84*	0,53 - 1,15	0,09*	0,75*	0,46 - 1,03	0,07*
Âge	0,00*	0,00 - 0,00	-0,03*	0,00*	0,00 - 0,00	-0,01*	-0,04*	-0,04 - -0,03	-0,21*	-0,03*	-0,04 - -0,02	-0,16*
État matrimonial												
Marié(e)/union libre	0,09*	0,04 - 0,13	0,06*	0,00	-0,06 - 0,05	0,00	-0,20	-0,43 - 0,04	-0,03	-0,69*	-0,95 - -0,43	-0,11*
Marié(e) antérieurement	0,12*	0,05 - 0,19	0,06*	0,02	-0,06 - 0,10	0,01	0,54*	0,14 - 0,94	0,06*	-0,30	-0,67 - 0,07	-0,04
Jamais marié(e) [‡]
Au moins certaines études postsecondaires[†]	-0,02	-0,07 - 0,02	-0,02	-0,06*	-0,11 - -0,01	-0,04*	0,07	-0,12 - 0,25	0,01	-0,04	-0,24 - 0,16	-0,01
Revenu du ménage												
Inférieur/moyen-inférieur	0,10*	0,01 - 0,18	0,04*	0,07	-0,02 - 0,16	0,03	0,54*	0,18 - 0,91	0,06*	0,73*	0,35 - 1,10	0,09*
Moyen	0,03	-0,03 - 0,09	0,02	-0,03	-0,09 - 0,04	-0,01	0,25	-0,02 - 0,51	0,04	0,29*	0,00 - 0,58	0,04*
Moyen-supérieur	-0,02	-0,07 - 0,03	-0,02	-0,04	-0,10 - 0,02	-0,02	-0,03	-0,26 - 0,19	-0,01	0,09	-0,14 - 0,32	0,01
Supérieur [‡]
Situation d'emploi (20 à 75 ans)												
Occupé(e) au moment de l'enquête [‡]
A travaillé au cours des 12 derniers mois	0,00	-0,06 - 0,07	0,00	0,02	-0,05 - 0,08	0,01	0,48*	0,06 - 0,91	0,04*	0,71*	0,36 - 1,05	0,06*
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	0,20*	0,12 - 0,28	0,12*	0,12*	0,06 - 0,18	0,07*	1,03*	0,72 - 1,34	0,15*	0,58*	0,32 - 0,84	0,09*
Activité durant les loisirs												
Actif(ve)	-0,05*	-0,10 - -0,01	-0,04*	-0,11*	-0,16 - -0,06	-0,05*	-0,21*	-0,39 - -0,02	-0,03*	-0,46*	-0,67 - -0,24	-0,06*
Modérément actif(ve)	-0,07*	-0,12 - -0,03	-0,05*	-0,10*	-0,14 - -0,05	-0,05*	-0,37*	-0,58 - -0,16	-0,06*	-0,41*	-0,61 - -0,21	-0,06*
Inactif(ve) [‡]
Obésité[†]	0,01	-0,04 - 0,06	0,01	0,10*	0,03 - 0,17	0,05*	0,03	-0,19 - 0,25	0,00	0,09	-0,16 - 0,33	0,01
Usage quotidien du tabac[†]	0,05*	0,01 - 0,10	0,04*	0,11*	0,05 - 0,16	0,06*	0,37*	0,16 - 0,58	0,06*	0,65*	0,43 - 0,86	0,09*
Arthrite/rhumatisme[†]	0,57*	0,48 - 0,66	0,30*	0,61*	0,53 - 0,69	0,33*	0,45*	0,18 - 0,71	0,06*	0,70*	0,46 - 0,94	0,10*
Diabète[†]	0,12	-0,02 - 0,26	0,04	0,18*	0,04 - 0,32	0,04*	0,18	-0,27 - 0,63	0,01	0,70*	0,26 - 1,14	0,04*
Troubles thyroïdiens[†]	0,06	-0,10 - 0,22	0,01	0,06	-0,04 - 0,16	0,02	0,02	-0,57 - 0,61	0,00	0,32*	0,02 - 0,63	0,03*
Coordonnée à l'origine	0,09			0,19			3,59			4,13		
Renseignements sur le modèle												
Taille de l'échantillon	6 041			7 397			5 982			7 343		
R ²	0,16			0,17			0,08			0,08		
R ² corrigé	0,16			0,17			0,07			0,08		
Degrés de liberté	20			20			20			20		
	6 020			7 376			5 961			7 322		
Éliminé à cause de valeurs manquantes	201			100			260			154		

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

Nota : On a introduit dans les modèles la catégorie « Situation inconnue » pour le revenu du ménage et l'obésité et la catégorie « Sans objet » pour la situation d'emploi afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les valeurs des coefficients B et bêta ne sont pas présentées.

[†] La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

[‡] Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau H

Coefficients de régression reliant la variation de la douleur ou des malaises chroniques et la variation de la détresse psychologique entre 1998-1999 et 2000-2001 à certaines caractéristiques observées en 1998-1999, selon le sexe, population à domicile de 20 ans et plus n'ayant pas déclaré de LMR en 1996-1997, Canada, territoires non compris

	Douleur ou malaises chroniques						Détresse psychologique					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta	B	Intervalle de confiance de 95 %	beta
LMR déclarée[†]	0,03	-0,05 - 0,11	0,01	0,13*	0,04 - 0,23	0,05*	0,21	-0,21 - 0,63	0,02	0,54*	0,14 - 0,94	0,05*
Âge	0,00	0,00 - 0,00	-0,01	0,00	0,00 - 0,00	0,01	-0,02*	-0,03 - 0,01	-0,09*	-0,03*	-0,04 - 0,02	-0,15*
État matrimonial												
Marié(e)/union libre	0,02	-0,03 - 0,07	0,01	0,02	-0,04 - 0,07	0,01	-0,20	-0,51 - 0,12	-0,04	-0,02	-0,32 - 0,28	0,00
Marié(e) antérieurement	0,07	-0,03 - 0,16	0,03	0,05	-0,03 - 0,13	0,03	-0,01	-0,44 - 0,42	0,00	-0,12	-0,48 - 0,23	-0,02
Jamais marié(e) [‡]
Au moins certaines études postsecondaires[†]	0,00	-0,05 - 0,06	0,00	-0,03	-0,08 - 0,02	-0,02	0,00	-0,23 - 0,23	0,00	-0,17	-0,38 - 0,05	-0,03
Revenu du ménage												
Inférieur/moyen-inférieur	0,20*	0,09 - 0,31	0,08*	0,05	-0,03 - 0,14	0,02	0,58*	0,06 - 1,10	0,06*	0,56*	0,20 - 0,92	0,07*
Moyen	0,09*	0,03 - 0,14	0,06*	0,00	-0,08 - 0,08	0,00	0,32	0,00 - 0,64	0,05	0,25	-0,07 - 0,57	0,04
Moyen-supérieur	0,04	-0,01 - 0,09	0,03	0,00	-0,05 - 0,06	0,00	0,17	-0,08 - 0,43	0,03	0,21	-0,06 - 0,48	0,03
Supérieur [‡]
Situation d'emploi (20 à 75 ans)												
Occupé(e) au moment de l'enquête [‡]
A travaillé au cours des 12 derniers mois	-0,05	-0,11 - 0,01	-0,02	0,01	-0,07 - 0,10	0,01	0,03	-0,47 - 0,52	0,00	-0,22	-0,61 - 0,17	-0,02
N'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois	0,11*	0,02 - 0,21	0,06*	0,02	-0,04 - 0,09	0,01	0,28	-0,09 - 0,66	0,04	0,35*	0,09 - 0,60	0,05*
Activité durant les loisirs												
Actif(ve)	-0,03	-0,09 - 0,02	-0,02	-0,11*	-0,16 - 0,06	-0,06*	-0,11	-0,39 - 0,16	-0,02	-0,26*	-0,50 - 0,01	-0,03*
Modérément actif(ve)	-0,08*	-0,13 - 0,03	-0,05*	-0,04	-0,10 - 0,02	-0,02	-0,19	-0,44 - 0,06	-0,03	-0,12	-0,34 - 0,11	-0,02
Inactif(ve) [‡]
Obésité[†]	-0,01	-0,07 - 0,05	0,00	0,11*	0,03 - 0,19	0,05*	-0,16	-0,43 - 0,11	-0,02	0,10	-0,21 - 0,42	0,01
Usage quotidien du tabac[†]	0,08*	0,03 - 0,14	0,06*	0,02	-0,03 - 0,07	0,01	0,07	-0,18 - 0,31	0,01	0,44*	0,20 - 0,67	0,06*
Arthrite/rhumatisme[†]	0,18*	0,08 - 0,29	0,09*	0,28*	0,18 - 0,37	0,15*	0,31	-0,04 - 0,67	0,04	0,50*	0,22 - 0,77	0,07*
Diabète[†]	0,17	-0,01 - 0,34	0,05	0,08	-0,09 - 0,24	0,02	-0,21	-0,73 - 0,31	-0,01	0,11	-0,36 - 0,58	0,01
Troubles thyroïdiens[†]	0,11	-0,10 - 0,32	0,02	0,09	-0,01 - 0,19	0,03	-0,08	-0,61 - 0,45	-0,00	0,22	-0,17 - 0,62	0,02
Douleur/malaise	-0,65*	-0,72 - 0,59	-0,61*	-0,63*	-0,69 - 0,58	-0,60*	-0,63*	-0,68 - 0,58	-0,59*	-0,58*	-0,63 - 0,54	-0,56*
Coordonnée à l'origine	0,03			0,07			1,74			2,05		
Renseignements sur le modèle												
Taille de l'échantillon	3 956			5 152			3 733			5 008		
R ²	0,33			0,31			0,33			0,30		
R ² corrigé	0,32			0,31			0,33			0,29		
Degrés de liberté	21			21			21			21		
	3 934			5 130			3 711			4 986		
Éliminé à cause de valeurs manquantes	92			55			315			199		

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 à 2000-2001

Nota : On a introduit dans les modèles la catégorie « Situation inconnue » pour le revenu du ménage et l'obésité et la catégorie « Sans objet » pour la situation d'emploi afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les valeurs des coefficients B et bêta ne sont pas présentées. Les personnes qui, en 1996-1997, ont déclaré une LMR ou dont la situation concernant les LMR était inconnue ont été exclues de l'analyse.

[†] La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

[‡] Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide

Sylvie A. Lafrenière, Yves Carrière, Laurent Martel et Alain Bélanger

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit le nombre d'heures d'aide reçues de sources formelles et (ou) informelles prodiguées en 1996 aux personnes âgées vivant à domicile.

Source des données

Les données proviennent du cycle 11 de l'Enquête sociale générale de 1996. L'analyse porte sur 1 089 personnes de 65 ans et plus qui, à cause d'un problème de santé de longue durée, ont eu besoin d'aide pour continuer à vivre chez elles et ont indiqué le nombre d'heures d'aide reçues et la source de celle-ci.

Techniques d'analyse

Les écarts entre les nombres d'heures d'aide reçues de chaque source ont été soumis à une analyse de la variance et au test HSD de Tukey. Les valeurs médianes reposent sur un test indépendant des médianes. Les associations entre le nombre d'heures d'aide reçues de chaque source et certaines caractéristiques ont été modélisées par régression linéaire.

Principaux résultats

En 1996, les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile ont reçu une médiane de 3 heures d'aide par semaine, en majeure partie de sources informelles. Le mode de vie et l'âge étaient les principaux déterminants du nombre d'heures d'aide reçues de sources informelles. L'absence d'enfants survivants et un problème de dextérité ou de mobilité/flexibilité étaient les facteurs associés à une augmentation du nombre d'heures de soins de sources formelles. Chez les personnes recevant de l'aide mixte, l'augmentation du nombre d'heures d'aide de sources officielles ne réduisait pas significativement les heures d'aide de sources informelles.

Mots-clés

Viellissement, soins officiels, réseau formel, réseau informel, activités instrumentales de la vie quotidienne, activités de la vie quotidienne.

Auteurs

Sylvie A. Lafrenière (613-951-7197; SylvieA.Lafreniere@statcan.ca) travaille à la Division des opérations du recensement et Yves Carrière, Laurent Martel et Alain Bélanger travaillent à la Division de la démographie de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

À u fur et à mesure que vieilliront les membres de la génération du baby-boom, le nombre et la proportion de personnes âgées dans la population canadienne augmenteront. Presque inévitablement, le vieillissement entraîne des incapacités susceptibles de réduire l'autonomie. Par conséquent, nombre de personnes âgées ont besoin d'aide pour vaquer aux activités généralement considérées comme essentielles au maintien à domicile, comme les travaux ménagers courants, les achats d'épicerie, la préparation des repas et les soins personnels.

En général, les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile reçoivent la majeure partie de l'aide dont elles ont besoin d'un réseau informel composé de membres de la famille, d'amis et de voisins¹⁻⁵. Celles qui sont très âgées et (ou) dont le réseau informel est restreint sont parfois obligées de recourir davantage au réseau formel d'aide, comme les organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux, les organismes à but lucratif ou sans but lucratif et des personnes rémunérées⁶⁻⁸. En outre, en vieillissant, la probabilité qu'une personne reçoive à la fois l'aide des réseaux formel et informel tend à augmenter⁸.

Méthodologie

Source des données

Les données proviennent du cycle 11 de l'Enquête sociale générale (ESG) réalisé en 1996. L'ESG a été lancée en 1985 en vue d'atteindre deux objectifs : recueillir des données transversales sur les tendances sociales afin de suivre l'évolution des modalités de logement et du bien-être de la population canadienne au fil du temps et fournir des renseignements sur les questions relevant de la politique sociale. Le cycle 11, qui avait pour thème « Entraide et soutien social », a été conçu pour étudier la dynamique entre le réseau social d'une personne et l'aide qu'elle reçoit ou qu'elle prodigue, et pour déterminer quels sont les besoins non comblés.

La population cible de l'ESG comprend tous les résidents des 10 provinces canadiennes de 15 ans et plus vivant à domicile. Sont exclus les résidents des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon et les personnes résidant à temps plein en établissement. L'échantillon de la population a été sélectionné par la méthode de composition aléatoire. Pour réduire au minimum les effets saisonniers, la collecte des données a eu lieu de février à décembre 1996. Les renseignements ont été recueillis par interview téléphonique assistée par ordinateur; par conséquent, les ménages n'ayant pas le téléphone étaient exclus du champ d'observation de l'enquête (environ 2 % de la population cible).

Pour chaque ménage contacté, on a dressé la liste de tous les membres du ménage et recueilli des renseignements généraux (âge et sexe, par exemple) au sujet de chacun d'eux. Puis, dans chaque ménage, on a sélectionné au hasard un membre de 15 ans et plus pour répondre au questionnaire de l'ESG. Si la personne sélectionnée ne pouvait répondre au questionnaire pour des raisons de santé, un autre membre du ménage a fourni les réponses par procuration.

Les réponses ont été obtenues auprès d'un échantillon de 12 756 personnes, qui incluait un « suréchantillonnage » des personnes de 65 ans et plus : 1 250 pour le compte de la Direction des aînés et aînées de Santé Canada et 700 au Québec pour le compte de l'Institut de la statistique du Québec (anciennement le Bureau de la statistique du Québec). Le taux de réponse a été de 85,3 %. Des 5 952 personnes de 65 ans et plus, 1 380 (soit 19,6 % des personnes âgées vivant à domicile) ont déclaré qu'à cause d'un problème de santé de longue durée, elles avaient reçu de l'aide pour vaquer à au moins une des tâches suivantes : travaux ménagers quotidiens, achats d'épicerie, préparation des repas ou soins personnels. Parmi ces personnes, 1 089 (79 %) ont indiqué la source de l'aide obtenue et le temps consacré à l'exécution des tâches; ces dernières ont été retenues pour la présente analyse.

Techniques d'analyse

L'ESG comprend plusieurs variables indiquant la fréquence de l'aide reçue pour accomplir les travaux ménagers quotidiens, les achats

d'épicerie, la préparation des repas et les soins personnels, ainsi que le temps consacré à chaque activité. Ces données ont été combinées pour calculer le nombre hebdomadaire d'heures d'aide obtenues de source informelle, formelle ou mixte.

Puisque le nombre d'heures d'aide déclarées ne suit pas une distribution statistique « normale », la moyenne n'est pas une mesure appropriée de tendance centrale. Par conséquent, la médiane a été calculée. Un test indépendant des médianes a permis de déterminer quelles valeurs étaient significativement différentes. On a procédé à une analyse de la variance pour examiner les écarts entre les nombres d'heures d'aide reçues par les personnes âgées ayant reçu de l'aide de sources informelles seulement, de sources formelles seulement ou d'une combinaison de sources formelles et informelles. Le test HSD de Tukey a ensuite permis de déterminer lequel des trois groupes différait significativement des autres.

La régression linéaire a servi à modéliser les associations entre le nombre d'heures d'aide reçues par les personnes âgées auprès de chaque source d'aide et les variables indépendantes utilisées pour l'analyse bivariable, à savoir le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, le mode de vie, le nombre d'enfants survivants, le nombre de frères et sœurs survivants et le type d'incapacité. Un terme quadratique (âge²) a été ajouté au modèle pour tenir compte de l'effet non linéaire de l'âge.

Cinq régressions distinctes ont été modélisées. La première évalue l'association entre les divers facteurs et le nombre total d'heures d'aide reçues. Les autres évaluent les associations entre les facteurs et le nombre d'heures d'aide reçues par les personnes âgées qui dépendent de sources informelles seulement, de sources formelles seulement ou de sources mixtes. Une dernière régression porte sur les facteurs associés au nombre d'heures d'aide reçues de sources informelles par les personnes âgées obtenant une aide mixte, afin de déterminer, toutes choses étant égales par ailleurs, si une augmentation du nombre d'heures d'aide formelle influe sur le nombre d'heures prodiguées par le réseau de soutien informel. Pour l'analyse multivariée, la variable de temps a été modifiée afin de tenir compte de l'hétéroscédasticité de la distribution; le logarithme du temps a été utilisé dans les modèles de régression.

Les données ont été pondérées de sorte que l'échantillon soit représentatif de la population à domicile. Le plan d'échantillonnage complexe de l'ESG rend difficile le calcul d'estimations non biaisées de la variance. Pour réduire partiellement le biais, les coefficients de pondération ont été normalisés (en divisant chacun par le poids global moyen) de sorte que leur moyenne soit égale à 1. Cependant, les intervalles de confiance présentés devraient être interprétés avec prudence, car cette méthode de calcul ne tient pas pleinement compte du plan d'échantillonnage.

Les défis que pose la prestation de soins adéquats aux personnes âgées ne sont pas nouveaux. Mais les membres de la génération du baby-boom ont eu moins d'enfants que les générations précédentes, si bien que leur arrivée à la vieillesse s'accompagnera d'une diminution du nombre d'enfants pouvant leur venir en aide. D'autres facteurs, dont les changements concernant l'état matrimonial et le mode de vie, et la plus grande mobilité géographique des enfants, influenceront aussi sur l'offre et la disponibilité de prestataires de soins.

Une étude récente visait à déterminer les facteurs associés à la probabilité qu'une personne âgée en perte d'autonomie vivant à domicile reçoive une aide informelle, une aide formelle ou les deux types d'aide⁹. Selon cette étude, 42 % des personnes recevant une aide l'obtenaient de sources informelles seulement, 34 %, de sources formelles seulement et 24 %, d'une combinaison des deux. Cependant, l'analyse n'a pas permis de préciser la part respective qu'occupent ces réseaux d'aide. Le présent article, qui est basé sur des données provenant du cycle 11 de l'Enquête sociale générale, porte sur le nombre hebdomadaire d'heures d'aide obtenues de sources formelles et informelles par les personnes âgées vivant à domicile qui souffrent d'un problème de santé de longue durée (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*). Le nombre d'heures d'aide provenant de chaque type de réseau est analysé, ainsi que l'importance relative de ces réseaux de soutien. L'article examine aussi, par analyse multivariée, les facteurs associés à l'augmentation du nombre d'heures d'aide obtenues de diverses sources, ainsi que l'effet de l'obtention de services formels sur le nombre d'heures d'aide informelle.

La quantification de l'aide que les personnes âgées vivant à domicile obtiennent de diverses sources permet de mieux comprendre l'intervention des réseaux formel et informel de soutien, question qui gagne en importance à mesure que s'accroît la population de personnes âgées.

Un demi-million reçoivent de l'aide

En 1996, plus d'un demi-million de personnes âgées présentant une incapacité de longue durée (environ 532 000) vivaient à domicile et ont déclaré recevoir

de l'aide pour vaquer à au moins une des activités suivantes : les travaux ménagers quotidiens, les achats d'épicerie, la préparation des repas ou les soins personnels. Presque la moitié (47 %) de ces personnes avaient entre 70 et 80 ans et plus du tiers (36 %) avaient au moins 80 ans (tableau 1). Près des deux tiers étaient des femmes. Une forte proportion de ces personnes vivaient seules (39 %),

Tableau 1
Certaines caractéristiques des personnes âgées en perte d'autonomie, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996

	Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%
Les deux sexes	1 089	532	100,0
Hommes	376	184	34,6
Femmes	713	348	65,4
Groupe d'âge			
65 à 69 ans	177	86	16,2
70 à 74 ans	259	126	23,8
75 à 79 ans	257	126	23,6
80 à 84 ans	192	94	17,7
85 ans et plus	204	100	18,7
Niveau de scolarité[†]			
Études primaires ou moins	301	147	30,5
Au moins certaines études secondaires	419	205	42,4
Au moins certaines études postsecondaires	268	131	27,1
Mode de vie			
Vit seul(e)	422	206	38,7
Vit avec d'autres personnes qu'un(e) conjoint(e)	202	99	18,5
Vit avec un(e) conjoint(e)	465	227	42,7
Enfants survivants[‡]			
Aucun	123	60	11,6
Un	150	73	14,1
Deux et plus	790	386	74,3
Frères et soeurs survivants[‡]			
Aucun	225	110	21,5
Un	198	97	18,9
Deux et plus	624	305	59,6
Type d'incapacité[§]			
Mobilité/flexibilité	665	325	61,1
Douleur et malaises	521	254	47,8
Capacités cognitives	497	243	45,7
Communication [§]	319	156	29,3
Dextérité	157	76	14,4

Source des données : Enquête sociale générale, 1996

† La somme des chiffres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués car la catégorie « données manquantes » est exclue.

‡ Les réponses multiples sont permises.

§ Vision, ouïe, élocution.

Définitions

L'aide reçue par les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile a été définie selon trois types, soit *informelle*, *formelle* et *mixte* (une combinaison des deux premiers types). L'aide informelle est prodiguée par les membres de la famille, les amis ou les voisins. L'aide officielle est prodiguée par les employés d'organismes à but lucratif ou sans but lucratif, par les organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux, ou par des personnes rémunérées (sauf les membres du réseau informel). Si l'aide provient des deux sources, elle est considérée comme étant mixte.

Les tâches pour lesquelles l'aide a été reçue, c'est-à-dire celles qui définissent la « perte d'autonomie » dans la présente analyse, sont les travaux ménagers quotidiens, les achats d'épicerie, la préparation des repas, et les soins personnels (prendre son bain, faire sa toilette, se nettoyer les ongles des mains et des pieds, se brosser les dents, se laver les cheveux et s'habiller).

Pour les analyses descriptives, les participants à l'enquête ont été répartis entre les *groupes d'âge* suivants : 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 à 84 ans et 85 ans et plus.

Les catégories de *niveau de scolarité* sont : études primaires ou moins; au moins certaines études secondaires et au moins certaines études postsecondaires.

Trois catégories de *mode de vie* ont été définies : avec un(e) conjoint(e); seul(e) et avec d'autres (y compris un enfant ou un parent), mais non un(e) conjoint(e).

On a également considéré le *nombre d'enfants survivants* et le *nombre de frères et sœurs survivants*, à savoir aucun, un et deux ou plus.

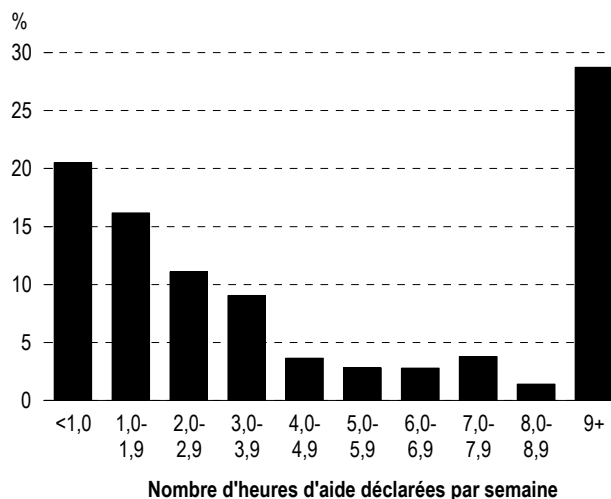
Cinq catégories d'*incapacité* ont été définies, à savoir problèmes de mobilité/flexibilité, limitation due à la douleur ou à des malaises, difficultés cognitives, problèmes de communication et dextérité. Les personnes qui ont déclaré avoir de la difficulté à se mouvoir dans leur foyer ou leur voisinage, à sortir de leur lit ou d'un fauteuil ou à prendre soin de leurs pieds ont été considérées comme ayant des problèmes de mobilité/flexibilité. Celles qui ont déclaré que leurs activités étaient limitées par la douleur ou des malaises ont été considérées comme ayant une incapacité liée à ce problème. Celles dont l'état cognitif variait de « capable de se souvenir de la plupart des choses ou plutôt porté(e) à oublier des choses » et « éprouver une certaine difficulté à penser clairement » à « incapable de se rappeler de quoi que ce soit ou de penser » ont été considérées comme ayant une incapacité cognitive. Les personnes qui ont indiqué qu'elles souffraient d'un problème non corrigé de vision, d'ouïe et (ou) d'élocution ont été placées dans la catégorie des personnes ayant une incapacité de communication. Enfin, par dextérité, on entend la coordination (utiliser une paire de ciseaux, par exemple) et la capacité de se servir de ses mains et de ses doigts, c'est-à-dire de pouvoir manipuler de petits objets (comme les boutons d'une chemise).

quoique celles qui composaient le groupe le plus important (43 %) vivaient avec un conjoint ou une conjointe et 19 %, avec d'autres. Environ les trois quarts avaient au moins deux enfants survivants et une proportion comparable avaient au moins un frère ou une sœur survivant(e).

L'incapacité la plus courante, qui touchait 61 % des ces personnes âgées, était un problème de mobilité/flexibilité. Presque la moitié (48 %) ont dit souffrir d'une incapacité causée par une douleur chronique ou des malaises, et presque autant (46 %) présentaient une incapacité cognitive. Moins courants, les problèmes de communication (vision, ouïe, élocution) et les problèmes de dextérité touchaient 29 % et 14 % de ces personnes, respectivement.

Par définition, toutes les personnes âgées visées par l'analyse recevaient de l'aide à cause d'un problème de santé de longue durée. Cependant, un grand nombre d'entre elles s'en sortaient en obtenant une aide assez limitée : 20 % ont dit obtenir moins d'une heure d'aide par semaine, et la moitié, pas plus de trois heures (graphique 1). Par ailleurs, 29 % ont dit recevoir au moins 9 heures d'aide par semaine. Dans l'ensemble, le nombre médian était de 3 heures d'aide par semaine.

Graphique 1
Répartition des personnes âgées en perte d'autonomie, selon le nombre hebdomadaire d'heures d'aide déclarées, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996

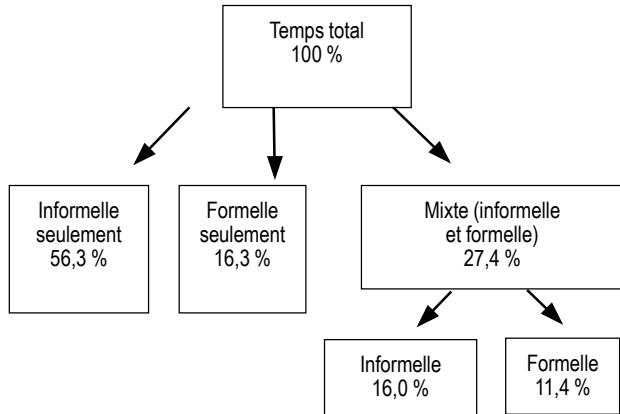


Source des données : Enquête sociale générale, 1996

Prédominance du réseau informel

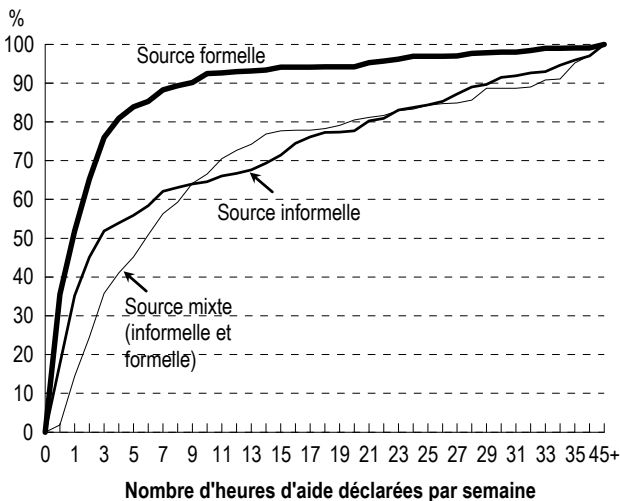
En 1996, les personnes âgées en perte d'autonomie recevaient principalement l'aide dont elles avaient besoin de sources informelles (graphique 2). Plus de la moitié (56 %) du nombre total d'heures d'aide

Graphique 2
Pourcentage du temps total d'aide déclaré par les personnes âgées en perte d'autonomie, selon la source de l'aide, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996



Source des données : Enquête sociale générale, 1996

Graphique 3
Répartition cumulative du nombre hebdomadaire d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées en perte d'autonomie, selon la source de l'aide, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996



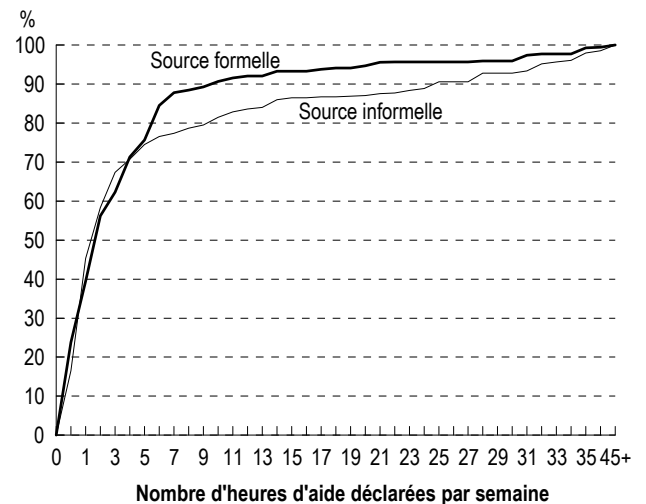
Source des données : Enquête sociale générale, 1996
 Nota : Une analyse de la variance indique un écart significatif entre les groupes ($F = 42,080$; $p = 0,000$), et un test HSD de Tukey indique un écart significatif ($p = 0,000$) entre les sources informelle et formelle, ainsi qu'entre les sources formelle et mixte. L'écart entre les sources informelle et mixte n'est pas significatif.

reçues cette année-là ont été déclarées par des personnes âgées ne s'appuyant que sur des sources informelles. À peine 16 % de ces heures ont été déclarées par les personnes qui recevaient une aide provenant de sources formelles seulement. Enfin, les 27 % restants ont été déclarées par des personnes âgées recevant l'aide de chacun de ces deux réseaux (aide mixte). Cependant, même dans le cas de cette aide mixte, plus de la moitié des heures provenaient de sources informelles. Donc, dans l'ensemble, le réseau de soutien informel fournissait près des trois quarts (72 %) des heures d'aide obtenues par ces personnes âgées.

Le nombre d'heures d'aide reçues variait selon la source. Plus de la moitié des personnes dépendant seulement du réseau formel ont dit obtenir moins d'une heure d'aide par semaine, et à peine 10 % ont déclaré en obtenir 9 ou plus (graphique 3). Par contre, 36 % des personnes âgées dépendant seulement de leur réseau informel et 36 % obtenant une aide mixte ont déclaré obtenir 9 heures ou plus d'aide par semaine.

Parmi les personnes âgées obtenant une aide mixte, plus de 60 % ne recevaient pas plus de 3 heures d'aide par semaine d'une source formelle ou informelle (graphique 4). Cependant, 10 %

Graphique 4
Répartition cumulative du nombre hebdomadaire d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées en perte d'autonomie recevant une aide mixte, selon la source de l'aide, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996



Source des données : Enquête sociale générale, 1996

d'entre elles ont dit recevoir au moins 10 heures d'aide par semaine de services formels et 10 %, au moins 25 heures par semaine d'aide informelle.

Facteurs associés au nombre d'heures d'aide déclarées

Le nombre médian d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées varie selon leurs caractéristiques,

Tableau 2
Nombre hebdomadaire médian d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées en perte d'autonomie, selon la source de l'aide, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996

	Source de l'aide			
	Total	Informelle seulement	Formelle seulement	Mixte (informelle + formelle)
Nombre médian d'heures par semaine				
Les deux sexes	3,0	3,5	1,8	6,5
Hommes	3,1	7,0*	2,0	11,5*
Femmes	3,0	3,0*	1,8	5,5*
Groupe d'âge				
65 à 69 ans	2,9*	3,5	2,0	5,5*
70 à 74 ans	3,0*	3,0	1,8	7,0*
75 à 79 ans	2,8*	3,0	1,5	6,7*
80 à 84 ans	3,0*	4,0	1,5	4,0*
85 ans et plus	4,0*	3,5	2,0	10,5*
Niveau de scolarité				
Études primaires ou moins	3,5*	3,5	1,9	8,0*
Au moins certaines études secondaires	2,5*	3,5	1,8	5,5*
Au moins certaines études postsecondaires	2,1*	2,0	1,4	4,0*
Mode de vie				
Vit seul(e)	2,0*	1,0*	1,6*	4,0*
Vit avec d'autres personnes qu'un(e) conjoint(e)	9,5*	13,0*	3,0*	8,0*
Vit avec un(e) conjoint(e)	3,0*	5,4*	1,8*	11,0*
Enfants survivants				
Aucun	3,0	5,0	2,8*	6,0
Un	3,5	3,5	2,0*	10,0
Deux et plus	3,0	3,5	1,5*	6,0
Frères et soeurs survivants				
Aucun	2,0	2,0	1,8	6,0
Un	3,1	5,0	1,8	7,2
Deux et plus	3,0	3,5	1,6	5,5
Type d'incapacité				
Mobilité/flexibilité	4,0*	7,0*	2,3*	8,0*
Douleur et maux	3,0	3,5	2,0*	6,0
Capacités cognitives	3,7*	7,0*	2,0	7,2
Communication [†]	4,5*	7,7	1,9	7,3
Dextérité	10,5*	7,0	10,5*	14,5*

Source des données : Enquête sociale générale, 1996

[†] Vision, ouïe, élocution.

* Différence significative d'après le test d'indépendance des médianes ($p < 0,05$).

dont le sexe, le groupe d'âge, le niveau de scolarité, le mode de vie, le nombre d'enfants et de frères et sœurs survivants, et le type d'incapacité (tableau 2). Cependant, chacune de ces variables n'agit pas isolément. Ainsi, les personnes âgées qui perdent leur conjoint ou conjointe peuvent se retrouver

Tableau 3
Coefficients de régression reliant certaines caractéristiques au nombre total d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées en perte d'autonomie, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996

	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta ajusté
Sexe			
Hommes	0,178	-0,005- 0,361	0,057
Femmes [†]
Âge (65 à 99 ans)			
Âge	0,019	-0,182- 0,220	0,099
Âge ²	-0,000	-0,001- 0,001	-0,082
Niveau de scolarité			
Études primaires ou moins [†]
Au moins certaines études secondaires	-0,022	-0,222- 0,178	-0,007
Au moins certaines études postsecondaires	-0,144	-0,368- 0,081	-0,042
Mode de vie			
Vit avec un(e) conjoint(e) [†]
Vit seul(e)	-0,484*	-0,687- -0,281	-0,159*
Vit avec d'autres personnes qu'un(e) conjoint(e)	0,393*	0,150 - 0,636	0,104*
Enfants survivants			
Aucun	0,422*	0,167- 0,677	0,091*
Un	0,151	-0,083- 0,385	0,035
Deux et plus [†]
Frères et soeurs survivants			
Aucun	-0,046	-0,253- 0,162	-0,013
Un	0,089	-0,125- 0,302	0,023
Deux et plus [†]
Type d'incapacité			
Mobilité/flexibilité [‡]	0,330*	0,153- 0,507	0,109*
Douleur et maux [‡]	0,025	-0,138- 0,188	0,008
Capacités cognitives [‡]	0,181*	0,016- 0,345	0,061*
Communication ^{‡§}	0,054	-0,131- 0,239	0,017
Dextérité [‡]	0,537*	0,295- 0,779	0,127*
Données manquantes	0,076	-0,186- 0,338	0,016
Type d'aide reçue			
Informelle seulement [†]
Formelle seulement	-0,647*	-0,837- -0,456	-0,207*
Mixte (informelle et formelle)	0,536*	0,307- 0,764	0,144*

Source des données : Enquête sociale générale, 1996

[†] Catégorie de référence.

[‡] La catégorie de référence est l'absence de l'incapacité.

[§] Vision, ouïe, élocution.

* $p < 0,05$.

$N = 1\ 046$; $R^2 = 23,9\%$; $df = 20$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

seules et le vieillissement accroît souvent le niveau d'incapacité. Il faut donc tenir compte de l'ensemble de ces effets pour déterminer quels facteurs sont associés de façon significative au nombre d'heures d'aide que reçoivent les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le nombre médian d'heures d'aide reçues dépend aussi de la source. Pour les personnes âgées qui

dépendent exclusivement de sources formelles, le nombre médian était de 1,8 heure par semaine, pour celles qui s'appuient seulement sur un réseau de soutien informel, il était de 3,5 heures, et pour celles obtenant une aide mixte, il était de 6,5 heures.

Même quand on tient compte de l'effet des autres variables, le fait de dépendre exclusivement du réseau formel a tendance à être associé à un nombre

Tableau 4

Coefficients de régression reliant certaines caractéristiques au nombre total d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées en perte d'autonomie, population à domicile, selon la source de l'aide, Canada, territoires non compris, 1996

	Aide informelle seulement			Aide formelle seulement			Aide mixte (informelle + formelle)		
	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta ajusté	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta ajusté	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta ajusté
Sexe									
Hommes	0,254	-0,057- 0,565	0,077	0,041	-0,231- 0,312	0,016	0,073	-0,274- 0,420	0,029
Femmes [†]
Âge (65 à 99 ans)									
Âge	0,355*	0,047- 0,664	1,790*	-0,320	-0,693- 0,053	-1,746	-0,207	-0,549- 0,135	-1,413
Âge ²	-0,002*	-0,004- 0,000	-1,791*	0,002	0,000- 0,004	1,732	0,001	-0,001- 0,004	1,551
Niveau de scolarité									
Études primaires ou moins [†]
Au moins certaines études secondaires	0,025	-0,278- 0,327	0,007	0,032	-0,317- 0,382	0,013	-0,225	-0,593- 0,144	-0,103
Au moins certaines études postsecondaires	-0,141	-0,512- 0,230	-0,035	-0,025	-0,398- 0,348	-0,009	-0,292	-0,685- 0,101	-0,127
Mode de vie									
Vit avec un(e) conjoint(e) [†]
Vit seul(e)	-1,259*	-1,619- -0,900	-0,347*	0,108	-0,172- 0,388	0,043	-0,532*	-0,915- -0,149	-0,251*
Vit avec d'autres personnes qu'un(e) conjoint(e)	0,390*	0,022- 0,757	0,110*	0,212	-0,345- 0,769	0,040	-0,130	-0,555- 0,295	-0,048
Enfants survivants									
Aucun	0,140	-0,309- 0,590	0,026	0,416*	0,081- 0,751	0,129*	0,284	-0,292- 0,860	0,061
Un	-0,019	-0,417- 0,379	-0,004	0,362	-0,009- 0,733	0,100	0,214	-0,149- 0,577	0,077
Deux et plus [†]
Frères et soeurs survivants									
Aucun	-0,123	-0,485- 0,239	-0,031	0,121	-0,190- 0,433	0,041	0,014	-0,330- 0,358	0,006
Un	0,129	-0,246- 0,503	0,029	-0,014	-0,332- 0,303	-0,005	0,058	-0,278- 0,395	0,023
Deux et plus [†]
Type d'incapacité									
Mobilité/flexibilité [‡]	0,189	-0,100- 0,478	0,058	0,360*	0,103- 0,616	0,145*	0,473*	0,106- 0,840	0,169*
Douleur et malaises [‡]	-0,108	-0,370- 0,155	-0,034	0,094	-0,165- 0,352	0,038	0,088	-0,197- 0,373	0,042
Capacités cognitives [‡]	0,237	-0,036- 0,509	0,074	0,164	-0,103- 0,432	0,066	0,082	-0,190- 0,354	0,039
Communication [§]	0,210	-0,091- 0,510	0,062	-0,192	-0,499- 0,115	-0,065	0,082	-0,227- 0,390	0,036
Dextérité [‡]	0,025	-0,382- 0,432	0,005	1,435*	0,948- 1,922	0,302*	0,598*	0,265- 0,931	0,257*
Données manquantes	-0,065	-0,510- 0,380	-0,012	0,097	-0,321- 0,514	0,025	0,416*	0,017- 0,816	0,138*

Source des données : Enquête sociale générale, 1996

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, les intervalles de confiance dont la borne supérieure est nulle peuvent être significatifs.

† Catégorie de référence.

‡ La catégorie de référence est l'absence d'incapacité.

§ Vision, ouïe, élocution.

* $p < 0,05$.

N = 485; $R^2 = 20,8$; $df = 18$ pour l'aide informelle seulement.

N = 354; $R^2 = 14,9$; $df = 18$ pour l'aide formelle seulement.

N = 207; $R^2 = 25,6$; $df = 18$ pour l'aide informelle et formelle.

... N'ayant pas lieu de figurer.

significativement plus faible d'heures d'aide que celui déclaré par les personnes âgées qui recourent seulement à leur réseau informel (tableau 3). En revanche, celles qui obtiennent une aide de source mixte déclarent un nombre significativement plus élevé d'heures d'aide que celles qui dépendent seulement d'un réseau de soutien informel.

Variation du niveau d'intervention des réseaux d'aide selon les caractéristiques des personnes âgées

Le nombre d'heures d'aide que reçoivent les personnes âgées qui dépendent d'un type de réseau précis varie aussi en fonction des caractéristiques sociodémographiques (tableau 4). Parmi les personnes âgées qui dépendaient seulement de sources *informelles*, celles vivant seules ont déclaré un nombre nettement plus faible d'heures d'aide que celles vivant avec un conjoint ou une conjointe. Celles vivant avec d'autres personnes qu'un conjoint ou une conjointe sont celles qui recevaient le plus grand nombre d'heures d'aide informelle. Toutefois, le lien causal n'est pas clair. Il se pourrait que le besoin d'aide ait donné lieu à ce mode de vie. Vivre en ménage avec d'autres peut être un moyen de faire face à des problèmes de santé de longue durée.

L'âge est un facteur qui a également un effet significatif sur le nombre d'heures d'aide que reçoivent chaque semaine les personnes âgées dont l'aide dépend exclusivement de sources informelles. Ce nombre augmente avec l'âge jusqu'à environ 80 ans, puis il diminue. Cette tendance reflète vraisemblablement la croissance des probabilités d'obtenir une aide de source formelle et d'entrer en établissement avec l'avancée en âge (donnant lieu à un effet de sélection dans l'échantillon de ménages).

Les hommes bénéficiant exclusivement d'une aide informelle ont déclaré un nombre médian d'heures d'aide plus élevé que leurs homologues féminins. Cependant, si l'on tient compte de l'effet des autres variables, l'écart ne demeure pas significatif, principalement parce que le mode de vie tient compte de la présence d'un conjoint ou d'une conjointe. De la même façon, l'association entre les heures d'aide informelle et les diverses formes d'incapacité disparaît dès la prise en compte des autres variables.

Chez les personnes âgées qui ont déclaré dépendre seulement de sources *formelles*, le nombre d'enfants survivants est associé au nombre d'heures d'aide déclarées. L'absence d'enfants survivants augmente significativement le recours à l'aide formelle, relation qui persiste lorsqu'on tient compte de l'effet des autres variables. Deux types d'incapacités sont

Tableau 5
Coefficients de régression reliant certaines caractéristiques au nombre total d'heures d'aide déclarées par les personnes âgées en perte d'autonomie recevant une aide mixte, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996

	B	Intervalle de confiance de 95 %	bêta ajusté
Sexe			
Hommes	0,163	-0,283- 0,610	0,049
Femmes [†]
Âge (65 à 99 ans)			
Âge	-0,208	-0,648- 0,232	-1,079
Âge ²	0,001	-0,001- 0,004	1,093
Niveau de scolarité			
Études primaires ou moins [†]
Au moins certaines études secondaires	-0,418	-0,893- 0,056	-0,146
Au moins certaines études postsecondaires	-0,287	-0,793- 0,218	-0,095
Mode de vie			
Vit avec un(e) conjoint(e) [†]
Vit seul(e)	-1,065*	-1,561- -0,569	-0,382*
Vit avec d'autres personnes qu'un(e) conjoint(e)	-0,229	-0,776- 0,318	-0,065
Enfants survivants			
Aucun	0,568	-0,175- 1,310	0,093
Un	0,509*	0,043- 0,976	0,139*
Deux et plus [†]
Frères et soeurs survivants			
Aucun	-0,142	-0,585- 0,300	-0,044
Un	-0,319	-0,757- 0,118	-0,096
Deux et plus [†]
Type d'incapacité			
Mobilité/flexibilité [‡]	0,381	-0,091- 0,854	0,104
Douleur et malaises [‡]	-0,077	-0,443- 0,290	-0,028
Capacités cognitives [‡]	0,147	-0,204- 0,497	0,052
Communication [§]	-0,052	-0,449- 0,345	-0,018
Dextérité [‡]	0,861*	0,421- 1,301	0,280*
Données manquantes	0,230	-0,287- 0,747	0,058
Aide formelle dans l'aide mixte	-0,999	-0,250- 0,050	-0,088

Source des données : Enquête sociale générale, 1996

[†] Catégorie de référence.

[‡] La catégorie de référence est l'absence d'incapacité.

[§] Vision, ouïe, élocution.

* $p < 0,05$.

$N = 207$; $R^2 = 29,0\%$; $df = 19$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

associés à l'augmentation du nombre d'heures d'aide reçues du réseau formel seulement, à savoir les problèmes de dextérité et de mobilité/flexibilité.

Chez les personnes âgées déclarant une aide *mixte*, le nombre d'heures d'aide est associé au mode de vie. Les personnes vivant seules ont déclaré recevoir un nombre significativement plus faible d'heures d'aide de sources mixtes que celles vivant avec un conjoint ou une conjointe. En outre, les problèmes de dextérité ou de mobilité/flexibilité ont tendance

à faire augmenter le nombre d'heures d'aide mixte. Le lien entre le nombre d'heures d'aide mixte et l'âge, le sexe ou le niveau de scolarité n'est plus significatif lorsqu'on tient compte de l'effet des autres facteurs, comme le mode de vie et les types d'incapacité.

Chez les personnes âgées recevant une aide mixte, l'augmentation du nombre d'heures provenant de sources formelles semble être conjuguée à une diminution apparente du nombre d'heures provenant de sources informelles. Cependant, la diminution n'est pas statistiquement significative (tableau 5). Autrement dit, il se pourrait que les sources d'aide formelles complètent, mais ne remplacent pas, les sources informelles, comme en témoignent certaines études récentes^{10,11}.

Limites

Puisque l'Enquête sociale générale (ESG) est une enquête transversale, il n'est pas possible de déterminer comment l'intervention des réseaux de soutien informel et formel évolue au cours du temps. En outre, elle ne fournit aucune donnée sur des caractéristiques importantes des personnes qui prodiguent l'aide. Particulièrement dans le cas du réseau de soutien informel, ces caractéristiques pourraient influencer considérablement le type d'aide offerte et le nombre total d'heures fournies. Par exemple, un conjoint ou une conjointe jeune et en bonne santé sera vraisemblablement plus à même d'offrir une aide qu'un conjoint ou une conjointe âgé(e) qui présente des incapacités⁹. En outre, l'état de santé et la proximité géographique des enfants peuvent déterminer leur capacité à prodiguer de l'aide.

L'importance de l'aide que les personnes âgées vivant à domicile reçoivent, particulièrement sous forme de soins informels, pourrait être sous-estimée, car les données de l'ESG ne tiennent pas compte des soins « invisibles » : organiser les services, prendre les rendez-vous, faire les courses et ainsi de suite sont des activités qui ont souvent lieu à l'insu du bénéficiaire. En outre, l'analyse ne tient pas compte du temps consacré à prodiguer un soutien émotionnel ou à s'enquérir du bien-être des personnes âgées, alors qu'il s'agit d'interventions importantes pour permettre à ces dernières de continuer à vivre chez elles.

Les résultats n'incluent pas les personnes âgées vivant à domicile qui n'ont pas reçu l'aide dont elles avaient besoin ni celles résidant dans un établissement. Par conséquent, le tableau brossé dans le présent article est incomplet. Par exemple, l'observation selon laquelle les problèmes cognitifs n'augmentent pas significativement le nombre d'heures d'aide reçues pourrait tenir au fait que les problèmes de cet ordre mènent souvent au placement en établissement.

Enfin, la présente étude ne visait pas à déterminer si l'aide reçue par les personnes interrogées était adéquate.

Mot de la fin

D'après l'Enquête sociale générale, en 1996, environ 532 000 personnes âgées souffrant de problèmes de santé de longue durée et vivant à domicile recevaient une aide de source formelle et (ou) informelle pour au moins une des activités suivantes : les travaux ménagers quotidiens, les achats d'épicerie, la préparation des repas ou les soins personnels. Pour toute heure d'aide reçue, plus de 40 minutes provenaient d'une source informelle, comme les membres de la famille, les amis ou les voisins.

Chez les personnes âgées recevant seulement un soutien de source informelle, le mode de vie et l'âge sont les principaux déterminants du nombre d'heures d'aide qu'elles reçoivent. Pour celles recevant seulement une aide formelle, le fait de ne pas avoir d'enfants survivants et un problème de dextérité ou de mobilité/flexibilité sont des déterminants importants du nombre d'heures d'aide déclarées. Ces types d'incapacité sont également associés à l'augmentation du nombre d'heures d'aide chez les personnes âgées recevant une aide mixte. Il se pourrait que l'appel aux sources formelles d'aide se fasse d'avantage lorsque les incapacités deviennent plus graves. L'association à ce genre de problèmes de santé pourrait aussi refléter la nature des tâches considérées dans cette analyse; les activités telles que les travaux ménagers quotidiens et les soins personnels exigent un certain degré de dextérité et de mobilité/flexibilité.

Les autres types d'incapacités étudiés, c'est-à-dire les problèmes de communication ou les difficultés cognitives et les problèmes dus à une douleur ou des malaises, n'ont pas d'effet significatif sur le nombre d'heures d'aide déclarées, quelle qu'en soit la source. Il est probable que des problèmes cognitifs sévères ou une douleur intense empêchent les personnes âgées de vivre à domicile et que nombre de ces personnes soient placées en établissement et donc exclues de la présente analyse.

Les personnes âgées vivant seules et obtenant une aide de source informelle seulement ou une aide de sources mixtes ont déclaré recevoir un nombre plus faible d'heures d'aide que celles vivant avec d'autres personnes. Les personnes qui vivent seules pourraient donc être particulièrement vulnérables, un facteur important dont il faut tenir compte lorsqu'on évalue les ressources nécessaires pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de continuer à vivre à domicile, compte tenu surtout de l'augmentation du nombre de personnes âgées vivant seules observée au cours des dernières décennies¹². En fait, il se pourrait que la possibilité d'obtenir une aide informelle dans le ménage permette aux personnes âgées d'éviter ou de retarder le placement dans un établissement de soins.

Il est également intéressant de constater que les personnes âgées qui s'appuient uniquement sur des sources formelles obtiennent un nombre d'heures d'aide considérablement plus faible que celles qui peuvent compter sur un soutien informel. Selon une étude antérieure, les personnes âgées qui n'obtiennent pas de soutien informel sont celles dont les besoins d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne sont le moins satisfaits¹³.

Les résultats de l'analyse indiquent que le réseau formel de soutien agit comme complément et non comme substitut au réseau informel. Ce résultat à des implications dont il faudra tenir compte dans la planification des services qui seront nécessaires dans l'avenir. La population vieillit, et parallèlement, la diminution de la taille de la famille réduira la disponibilité du soutien informel. Sans l'aide des enfants et d'autres parents dont ont bénéficié les générations antérieures, les membres de la génération du baby-boom souffrant de problèmes de santé de longue durée risquent d'avoir plus de difficulté à continuer de vivre à domicile, à moins de faire peser un fardeau plus lourd sur le réseau de soutien informel restreint ou qu'un plus grand nombre de ressources soient consacrées aux programmes de soins à domicile. ●

Références

1. A.V. Wister et P.A. Dykstra, « Formal assistance among Dutch older adults: An examination of the gendered nature of marital history », *Revue canadienne du vieillissement*, 19(4), 2000, p. 508-535.
2. N. Keating, J. Fast, D. Dosman *et al.*, « Services provided by informal and formal caregivers to seniors in residential continuing care », *Revue canadienne du vieillissement*, 20(1), 2001, p. 23-45.
3. R. Hébert, N. Dubuc, M. Buteau *et al.*, « Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions », *Revue canadienne du vieillissement*, 20(1), 2001, p. 1-21.
4. N. Guberman et P. Maheu, « Combining employment and caregiving: An intricate juggling act », *Revue canadienne du vieillissement*, 18(1), 1999, p. 84-106.
5. N. Keating, K. Ker, S. Warren *et al.*, « Who's the family in family caregiving? », *Revue canadienne du vieillissement*, 13(2), 1994, p. 268-287.
6. L. Martel et J. Légaré, « Avec ou sans famille proche à la vieillesse : une description du réseau de soutien informel des personnes âgées selon la présence du conjoint et des enfants », *Cahiers québécois de démographie*, 30(1), 2001, p. 89-114.
7. N.G. Choi, « Patterns and determinants of social service utilization: Comparison of the childless elderly and elderly parents living with or apart from their children », *The Gerontologist*, 34(3), 1994, p. 353-362.
8. Y. Carrière, L. Martel, J. Légaré *et al.*, *Socio-demographic factors associated with the use of formal and informal support networks at older ages in Canada*, document présenté lors du Longer Life and Healthy Aging Seminar, Committee on Longevity and Health of the International Union for the Scientific Study of Population, Beijing, Chine, du 22 au 24 octobre 2001.
9. Y. Carrière, L. Martel, J. Légaré *et al.*, « Nouvelles tendances démographiques et utilisation des services de maintien à domicile », *Rapport sur l'état de la population du Canada 2001*, 2002, p. 137-159 (Statistique Canada, n° 91-209 au catalogue).

10. M.J. Penning et N.C. Keating, « Self-, informal and formal care: Partnerships in community-based and residential long-term care settings », *Revue canadienne du vieillissement*, 19(supplément 1), 2000, p. 75-100.
11. M.A. Cohen, J. Miller et M. Weinrobe, « Patterns of informal and formal care-giving among elders with private long-term help care insurance », *The Gerontologist*, 41(2), 2001, p. 180-187.
12. E. Gee, « Situation familiale des personnes d'âge mûr », *La famille au long de la vie*, 1995, p. 83-122 (Statistique Canada, n° 91-543 au catalogue).
13. J. Chen et R. Wilkins, « Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle », *Rapports sur la santé*, 10(1), 1998, p. 41-53 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Effet des problèmes de santé chroniques

Susan E. Schultz et Jacek A. Kopec

Résumé

Objectifs

Le présent article compare les effets de divers problèmes de santé chroniques autodéclarés sur la qualité de la vie liée à l'état de santé, tels que mesurés par le Health Utilities Index 3 (HUI3) pour la population de 12 ans et plus.

Source des données

Les données proviennent du Fichier santé de la composante transversale des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997.

Techniques d'analyse

L'effet de 21 problèmes de santé chroniques a été évalué pour l'échantillon complet (73 402 personnes) et pour les sous-groupes définis selon l'âge et le sexe. Les données de toutes les analyses ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population canadienne au moment de l'enquête. L'effet de chaque problème de santé chronique sur la valeur de l'HUI3 a été estimé par régression linéaire multivariée, en corrigeant pour l'âge, le sexe et la comorbidité.

Principaux résultats

L'effet moyen des problèmes de santé chroniques sur l'état de santé varie considérablement. Chez les personnes jeunes, l'incontinence urinaire et l'arthrite ou le rhumatisme sont les problèmes qui ont le plus de répercussions sur la qualité de la vie liée à l'état de santé, tandis que chez les personnes plus âgées, la maladie d'Alzheimer et les troubles dus à un accident vasculaire cérébral sont ceux qui ont le plus d'effet. L'évaluation de l'impact de tout problème de santé doit tenir compte de l'existence d'autres problèmes de santé.

Mots-clés

Indice de l'état de santé, indicateurs de l'état de santé, profil d'impact de la maladie, enquêtes sur la santé, maladie d'Alzheimer.

Auteurs

Susan E. Schultz (416-480-6100, poste 3788; sue.schultz@ices.on.ca) travaille à l'Institut de recherche en services de santé, Toronto, Ontario; Jacek A. Kopec est professeur adjoint à la University of British Columbia et chercheur au Arthritis Centre of Canada.

À u Canada comme dans d'autres pays industrialisés, à mesure qu'a progressé la « transition épidémiologique », on est passé, en matière de politiques et de planification des interventions visant la santé, de la lutte contre les maladies infectieuses à la réduction de la mortalité liée aux maladies chroniques. Ces dernières années, les taux de mortalité étant devenus très faibles et l'espérance de vie n'ayant cessé d'augmenter¹, on a assisté à l'amorçage d'une autre transition, pour passer, cette fois-ci, de la réduction de la mortalité liée aux maladies chroniques à la prévention ou à la réduction de l'incapacité.

Cette évolution des objectifs pose de nouveaux défis, dont l'élaboration de méthodes de mesure de l'impact d'une maladie sur l'état de santé, ce qui est une tâche plus compliquée que le simple dénombrement des décès causés par ladite maladie. Il faut, pour pouvoir établir les priorités des programmes et estimer le fardeau monétaire que font peser divers problèmes de santé, élaborer des méthodes valides et fiables permettant d'évaluer les effets relatifs et de faire la distinction entre les problèmes de santé chroniques².

Méthodologie

Source des données

Les données analysées dans le présent article proviennent du deuxième cycle de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), qui a été réalisé en 1996-1997. L'ENSP est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre la population à domicile et les personnes 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.

La présente analyse porte sur les données transversales provenant du Fichier santé de l'ENSP couvrant la population à domicile des 10 provinces. L'échantillon transversal de 1996-1997 comprend les membres du panel longitudinal et les personnes sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (acquisition d'unités d'échantillonnage supplémentaires) demandés par trois provinces. Ces personnes ont été sélectionnées par la méthode de composition aléatoire (CA) pour les seuls besoins de l'analyse transversale.

Les données individuelles sont classées dans deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. Le Fichier général comprend des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de tous les membres des ménages participants. En outre, une personne a été sélectionnée au hasard dans chaque ménage participant afin 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 détaillés.

Dans chaque ménage formant la composante transversale supplémentaire, une personne bien informée s'est vu demander de fournir, pour chaque membre du ménage, des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé qui ont été 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.

Dans chaque ménage formant la composante longitudinale, la personne qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé était celle qui avait 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 du deuxième cycle.

En 1996-1997, le taux de réponse transversal pour le Fichier santé était de 93,6 % pour les membres du panel longitudinal et de 75,8 % pour les personnes sélectionnées par CA, ce qui donne un taux global de réponse de 79,0 %. 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^{3,4}.

Techniques d'analyse

Les analyses ont été réalisées par régression linéaire multivariée. L'une des difficultés que pose la mesure de l'impact d'un problème de santé chronique particulier sur la qualité de la vie liée à l'état de santé est que les personnes interrogées présentent souvent plus d'un problème de santé, ce qui complique l'évaluation de l'effet individuel de chaque problème. En outre, il peut se produire des interactions; autrement dit,

l'effet d'un problème de santé particulier peut être amplifié ou atténué par l'existence d'autres problèmes.

Pour examiner l'effet relatif de chaque problème de santé chronique dans diverses circonstances, trois analyses ont été réalisées. La première vise à déterminer l'effet individuel de chaque problème de santé en l'absence de comorbidité, par comparaison des scores HUI3 moyens obtenus par les personnes qui ont déclaré uniquement ce problème de santé à ceux des personnes qui n'en n'ont déclaré aucun, en corrigeant pour l'âge et le sexe. La deuxième analyse, qui porte uniquement sur les personnes qui ont déclaré au moins un problème de santé chronique, vise à comparer, pour chaque problème de santé chronique étudié, les scores obtenus par les personnes qui en sont atteintes et par celles qui ne le sont pas, en corrigeant pour l'âge, le sexe et le nombre de problèmes de santé chroniques. La troisième analyse couvre l'ensemble de la population et vise à comparer, pour chaque problème de santé chronique, les scores HUI3 moyens des personnes qui en sont atteintes et de celles qui n'en souffrent pas, en corrigeant pour l'âge, le sexe et tous les autres problèmes de santé chroniques. Cette dernière analyse a également été réalisée séparément pour les hommes et pour les femmes, ainsi que pour quatre groupes d'âge, soit 12 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus.

Les résultats donnent une mesure de l'effet relatif de chaque problème de santé chronique sur la qualité de vie liée à l'état de santé, tel que mesuré par l'HUI3, qui peut être utilisée pour regrouper les problèmes de santé chroniques en catégories plus générales⁵. Bien qu'il n'existe aucune « règle d'or » pour grouper les problèmes de santé chroniques d'après leur effet sur la valeur de l'HUI3, Drummond⁶ a suggéré qu'une variation de 0,03 des scores de préférence globaux de l'HUI2 représente une différence cliniquement importante minimale. Bien que la recommandation de Drummond ait trait à l'HUI2, une étude⁷ visant à comparer les scores de l'HUI2 et de l'HUI3 chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et chez celles ne présentant qu'une légère incapacité fonctionnelle, voire aucune (comme les personnes qui prodiguent des soins à celles atteintes de la maladie d'Alzheimer) indique que les résultats des deux échelles de mesure sont presque identiques. Si l'on s'en tient à cette observation, la valeur de 0,03 pour la différence cliniquement importante minimale est appropriée pour l'HUI3. En utilisant des multiples de cette différence minimale cliniquement importante comme seuil délimitant les problèmes de santé ayant un effet faible, moyen ou sévère, la classification devient :

- . Pas d'effet discernable : différence < 0,03
- . Effet faible : différence de 0,03 à < 0,06
- . Effet moyen : différence de 0,06 à < 0,09
- . Effet sévère : différence > 0,09

L'ENSP est réalisée auprès d'un échantillon probabiliste à deux degrés; les poids de sondage finaux représentent à la fois les probabilités de sélection et les redressements par stratification a posteriori pour que les caractéristiques de l'échantillon soient représentatives de celles de la population⁴. Les analyses ont été pondérées de sorte que les données soient représentatives de la population canadienne des 10 provinces en 1996-1997. Pour tenir compte des effets du plan de sondage, on a estimé les erreurs-types et les coefficients de variation par la méthode *bootstrap*⁸⁻¹⁰. Toutes les analyses ont été exécutées au moyen de SAS¹¹ par régression linéaire multivariée. Les premières et deuxième analyses ont été réalisées en se servant de variables de contraste pour tenir compte des comparaisons multiples.

Diverses méthodes ont été proposées pour comparer le fardeau que représentent les problèmes de santé chroniques, du point de vue tant économique que de la diminution de la qualité de la vie. Dans le cadre de l'étude de la charge mondiale de morbidité (Global Burden of Disease Study), on a demandé à un panel d'experts d'établir des poids d'incapacité pour divers diagnostics selon un protocole de compromis fondé sur le nombre de personnes (person-trade-off)¹². Puis, on s'est servi de ces poids pour estimer le nombre d'années potentielles de vie perdues ou le nombre d'années de vie corrigé du facteur d'incapacité. Certaines études de l'espérance de vie s'appuient sur l'indice de l'état de santé, ou *Health Utilities Index* (HUI), pour pondérer le nombre d'années vécues dans un état de santé imparfait, de façon à obtenir une estimation de l'espérance de vie ajustée sur la santé¹³. D'autres chercheurs calculent les préférences, ou utilités, pour 130 problèmes de santé particuliers d'après les données sur l'autoévaluation de l'état de santé et le degré de fonctionnalité ou de limitation des activités provenant de la National Health Interview Survey réalisée aux États-Unis, en se servant d'une version modifiée du Health Utilities Index Mark I (HUI) pour calculer les coefficients de pondération^{14,15}. Divers problèmes de santé chroniques ont été classés en se fondant sur les scores HUI moyens calculés pour les participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ayant déclaré ces problèmes de santé, en stratifiant l'échantillon selon le sexe, le groupe d'âge et la comorbidité². L'impact des maladies chroniques sur les enfants en ce qui a trait à la limitation des activités et les répercussions de cette limitation sur le système d'éducation, le système de santé et sur l'état de santé des enfants en général ont également été étudiés¹⁶. D'autres mesures utilisées pour quantifier les conséquences de la maladie chronique incluent le besoin autodéclaré d'aide pour vaquer aux activités de la vie quotidienne et l'évaluation de la performance physique¹⁷.

Le présent article, qui est fondé sur des données provenant du cycle de 1996-1997 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), porte sur l'estimation de l'impact des problèmes de santé

chroniques autodéclarés sur l'état de santé général, tel que mesuré par l'HUI (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*). Au lieu de s'appuyer sur un score absolu, comme l'ont fait Mittmann *et al.*², la présente analyse est axée sur la différence entre les scores HUI moyens calculés pour les personnes ayant déclaré un problème de santé chronique diagnostiqué par un professionnel de la santé et pour celles qui n'ont pas fait cette déclaration. L'écart entre les scores est interprété comme étant l'effet du problème de santé chronique sur l'état de santé.

Indice de l'état de santé

L'indice de l'état de santé, ou *Health Utilities Index* (HUI), est une méthode générique de mesure de l'état de santé et d'évaluation de la qualité de la vie liée à l'état de santé¹⁶. Il s'agit d'une mesure sommaire qui combine l'évaluation de la santé fonctionnelle et des préférences sociétales concernant l'état de santé et qui comprend donc deux composantes : un système de classification de l'état de santé et une fonction d'utilité multiattributs utilisée pour évaluer les états de santé. Élaboré au départ pour évaluer l'état de santé des nouveau-nés de faible poids à la naissance (HUI Mark I), l'HUI a été étendu par la suite afin de l'appliquer aux survivants d'un cancer infantile (HUI Mark II). Plus tard, le HUI Mark II a été adapté en vue d'être utilisé dans les enquêtes sur la santé de la population. L'indice résultant, HUI Mark III, est celui utilisé pour la présente étude. Des renseignements détaillés sur l'HUI peuvent être consultés dans d'autres sources¹⁸⁻²¹.

Le HUI Mark III (HUI3) comprend huit attributs de la santé fonctionnelle, à savoir la vision, l'ouïe, l'élocution, la mobilité, la dextérité, l'émotion, la cognition et la douleur. D'après les réponses à une série de questions sur les capacités fonctionnelles courantes, on attribue à la personne interrogée l'un des cinq ou six niveaux, ou scores, établis pour chaque attribut²². Puis, les scores de préférence fondés sur l'utilité ainsi obtenus pour les divers attributs sont regroupés au moyen de la fonction d'utilité multiplicative suivante :

$$u = 1,371 (u_1 * u_2 * u_3 * u_4 * u_5 * u_6 * u_7 * u_8) - 0,371$$

pour arriver à un score global, ou indice, pour chaque personne. Un score de 1,000 correspond à une santé parfaite et un score de 0,000, au décès. Le score d'utilité globale donne une mesure quantitative de la qualité de la vie liée à l'état de santé correspondant à l'état de santé de la personne²².

L'un des avantages de la mesure de l'état de santé d'après des préférences, ou utilités, plutôt qu'une échelle arbitraire tient au fait que les chiffres ont une interprétation rationnelle (voir *Indice de l'état de santé*). Par exemple, un score de préférence ou d'utilité de 0,80 pour un état de santé particulier signifie qu'une personne dans cet état de santé accepterait, en moyenne, de subir une intervention présentant au moins 80 % de chances de retrouver une santé parfaite et un risque de mourir de 20 %. Le coefficient de régression pour une maladie donnée, après correction pour tenir compte des facteurs confusionnels, peut être interprété comme étant la variation moyenne de l'utilité de l'état de santé due à l'existence de la maladie.

La plupart des gens déclarent des problèmes de santé chroniques

En 1996-1997, environ 58 % de participants à l'enquête, ce qui représente plus de la moitié des Canadiens de 12 ans et plus, ont déclaré souffrir d'au moins un problème de santé chronique. Et, parmi les personnes qui ont fait cette déclaration, une proportion un peu plus élevée ont déclaré souffrir d'au moins deux problèmes de ce genre, plutôt qu'un seul (tableau A en annexe).

Les allergies non alimentaires (22 %) représentent le problème déclaré le plus fréquemment (tableau 1). Viennent ensuite les maux de dos et l'arthrite ou le rhumatisme (14 % dans les deux cas). Les maladies chroniques dont la prévalence est la plus faible sont

Tableau 1
Prévalence des problèmes de santé chroniques et score non corrigé de l'indice de l'état de santé (HUI3), population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Total avec le problème [†]	Avec le problème et n'en déclarant aucun autre	Score HUI3 non corrigé					
			Problème de santé unique		Avec autre(s) problème(s) de santé		Global	
			HUI3	Intervalle de confiance de 95 %	HUI3	Intervalle de confiance de 95 %	HUI3	Intervalle de confiance de 95 %
	%	%						
Allergies non alimentaires	22,3	34,6	0,95	0,95-0,96	0,86	0,85-0,87	0,89	0,89-0,90
Allergies alimentaires	6,8	19,4	0,95	0,93-0,96	0,86	0,85-0,87	0,88	0,87-0,89
Asthme	7,2	17,9	0,95	0,94-0,96	0,85	0,84-0,86	0,87	0,86-0,88
Sinusite	4,6	13,4	0,95	0,94-0,96	0,83	0,81-0,84	0,84	0,83-0,86
Bronchite chronique/emphysème	2,8	12,4	0,95	0,93-0,96	0,73	0,70-0,75	0,76	0,73-0,78
Problème thyroïdien	3,5	19,7	0,94	0,93-0,95	0,81	0,78-0,83	0,83	0,81-0,85
Migraine	7,8	27,6	0,93	0,92-0,94	0,81	0,79-0,82	0,84	0,83-0,85
Hypertension	10,1	21,2	0,93	0,92-0,94	0,79	0,77-0,80	0,82	0,81-0,83
Ulcères à l'estomac/intestin	2,7	21,9	0,92	0,90-0,94	0,73	0,71-0,76	0,77	0,75-0,80
Diabète	3,2	18,6	0,92	0,90-0,94	0,73	0,70-0,75	0,76	0,74-0,79
Glaucome [‡]	1,1	12,3	0,92	0,90-0,95	0,73	0,70-0,77	0,76	0,72-0,79
Épilepsie	0,6	28,9	0,91	0,88-0,93	0,75	0,69-0,82	0,80	0,75-0,84
Maladie cardiaque	3,9	13,4	0,90	0,88-0,93	0,71	0,68-0,73	0,73	0,71-0,75
Troubles intestinaux	1,5	13,5	0,90	0,84-0,95	0,71	0,67-0,74	0,73	0,70-0,76
Maux de dos	14,1	26,7	0,89	0,88-0,91	0,78	0,77-0,79	0,81	0,80-0,82
Cancer	1,5	12,6	0,88	0,85-0,92	0,77	0,74-0,80	0,78	0,75-0,81
Arthrite/rhumatisme	13,8	18,0	0,86	0,85-0,88	0,74	0,73-0,76	0,77	0,75-0,78
Cataracte [‡]	2,7	10,9	0,84	0,78-0,91	0,67	0,64-0,71	0,69	0,66-0,72
Incontinence urinaire	1,5	12,2	0,82	0,76-0,89	0,61	0,58-0,64	0,64	0,61-0,67
Troubles dus à un accident vasculaire cérébral	0,9	7,7	0,80	0,70-0,89	0,57	0,52-0,62	0,58	0,54-0,63
Maladie d'Alzheimer [‡]	0,3	23,6	0,59	0,40-0,79	0,41	0,29-0,52	0,45	0,35-0,55
Au moins un problème de santé chronique	57,5	27,0	0,92	0,92-0,93	0,82	0,82-0,83	0,87	0,87-0,87
Pas de problème de santé chronique	42,5	...	...	...	...	...	0,95	0,95-0,95

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

† Le dénominateur n'inclut pas les valeurs manquantes.

‡ Les personnes de 12 à 19 ans dont la réponse était « sans objet » ont été classées dans la catégorie de réponse « non ».

... N'ayant pas lieu de figurer.

la maladie d'Alzheimer, l'épilepsie et les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, qui ont, chacune, été déclarées par moins de 1 % de la population.

Variation du score HUI selon le problème de santé

Parmi les personnes qui ont déclaré des problèmes de santé chroniques, celles souffrant d'allergies ou d'asthme obtiennent les scores les plus élevés sur l'indice de l'état de santé (HUI3), tandis que celles souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles dus à un accident vasculaire cérébral obtiennent les scores les plus faibles (tableau 1). Comme ces estimations n'ont pas été corrigées pour tenir compte de l'âge, ces différences reflètent partiellement le groupe d'âge touché : la maladie d'Alzheimer et l'accident vasculaire cérébral sont généralement des affections observées chez les personnes âgées.

L'effet relatif des divers problèmes de santé chroniques sur la qualité de la vie liée à l'état de santé devient évident si, pour chaque problème étudié, on compare les scores HUI3 des personnes atteintes et non atteintes. La comparaison, pour chaque problème de santé chronique, du score obtenu par les personnes atteintes, mais ne présentant pas d'état comorbide, à celui des personnes non atteintes montre que l'effet le plus important est celui de la maladie d'Alzheimer, l'écart entre les scores HUI3 étant de -0,31; viennent ensuite les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, l'incontinence urinaire et l'arthrite (tableau 2). Si l'on tient compte de l'effet de l'âge et du sexe, le score HUI3 moyen des personnes ne souffrant d'aucun problème de santé chronique est de 0,95. En revanche, celles atteintes de la maladie d'Alzheimer, mais ne présentant aucun autre problème de santé chronique

Tableau 2

Effet[†] des problèmes de santé chroniques sur la qualité de la vie liée à l'état de santé, selon l'existence d'autres problèmes de santé chroniques, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Analyse I		Analyse II		Analyse III	
	Effet du problème de santé chronique sans aucun autre [‡]	Intervalle de confiance de 95 %	Effet du problème de santé chronique avec au moins un autre [§]	Intervalle de confiance de 95 %	Effet global du problème de santé chronique sur l'ensemble de la population étudiée ^{††}	Intervalle de confiance de 95 %
Maladie d'Alzheimer ^{‡‡}	-0,31*	-0,57- -0,06	-0,33*	-0,43- -0,23	-0,34*	-0,42- -0,26
Troubles dus à un accident vasculaire cérébral	-0,13*	-0,25- 0,00	-0,16*	-0,22- -0,10	-0,17*	-0,22- -0,13
Incontinence urinaire	-0,10*	-0,18- -0,01	-0,11*	-0,15- -0,08	-0,13*	-0,16- -0,10
Arthrite/rhumatisme	-0,05*	-0,08- -0,03	-0,05*	-0,07- -0,04	-0,09*	-0,10- -0,07
Troubles intestinaux	-0,05	-0,12- 0,02	-0,05*	-0,08- -0,01	-0,08*	-0,11- -0,06
Maux de dos	-0,05*	-0,06- -0,03	-0,03*	-0,04- -0,02	-0,06*	-0,07- -0,06
Épilepsie	-0,05*	-0,08- -0,01	-0,04	-0,10- 0,01	-0,08*	-0,12- -0,03
Cataracte ^{‡‡}	-0,04	-0,13- 0,04	-0,06*	-0,09- -0,02	-0,08*	-0,11- -0,06
Cancer	-0,03	-0,07- 0,01	0,01	-0,02- 0,04	-0,02	-0,04- 0,00
Migraine	-0,02*	-0,04- -0,02	0,00	-0,02- 0,01	-0,04*	-0,06- -0,03
Asthme	-0,01	-0,03- 0,00	0,04*	0,03- 0,05	-0,02*	-0,03- -0,01
Ulcères à l'estomac/intestin	-0,01	-0,04- 0,02	-0,02	-0,04- 0,00	-0,05*	-0,07- -0,03
Allergies alimentaires	-0,01	-0,03- 0,01	0,06*	0,05- 0,07	0,00	-0,01- 0,01
Allergies non alimentaires	0,00	-0,01- 0,00	0,06*	0,05- 0,07	0,00	0,00- 0,01
Maladie cardiaque	0,00	-0,03- 0,03	-0,03*	-0,05- -0,01	-0,06*	-0,08- -0,05
Diabète	0,00	-0,03- 0,03	-0,03*	-0,05- 0,00	-0,06*	-0,07- -0,04
Bronchite chronique/emphysème	0,00	-0,02- 0,02	-0,02	-0,05- 0,00	-0,08*	-0,10- -0,06
Sinusite	0,01	-0,01- 0,03	0,05*	0,04- 0,07	0,00	-0,01- 0,01
Problème thyroïdien	0,01	0,00- 0,03	0,03	0,01- 0,05	-0,01	-0,02- 0,01
Glaucome ^{‡‡}	0,03	-0,01- 0,06	0,00	-0,04- 0,03	-0,03*	-0,05- 0,00
Hypertension	0,03	0,01- 0,04	0,03*	0,01- 0,04	-0,01	-0,02- 0,00
Autre	-0,06*	-0,10- -0,02	-0,05*	-0,07- -0,03	-0,09*	-0,10- -0,07

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

[†] Estimé comme étant la différence entre les scores moyens d'indice de l'état de santé (HUI3) des personnes présentant et ne présentant pas le problème de santé, corrigé pour les facteurs confusionnels.

[‡] Corrigé pour l'âge et le sexe.

[§] Corrigé pour l'âge, le sexe et le nombre de problèmes de santé chroniques.

^{††} Corrigé pour l'âge, le sexe et tous les autres problèmes de santé chroniques.

^{‡‡} Les personnes de 12 à 19 ans dont la réponse était « sans objet » ont été classées dans la catégorie de réponse « non ».

* Valeur significativement différente de celle observée pour les personnes ne déclarant aucun problème de santé chronique ($p \leq 0,05$).

obtiennent un score moyen de 0,62, soit un écart de $-0,31$. Si l'analyse porte uniquement sur les personnes présentant des problèmes de santé chroniques, l'effet est comparable ($-0,33$). Enfin, si l'on neutralise l'effet de tous les autres problèmes de santé chroniques, de l'âge et du sexe, la maladie d'Alzheimer est le problème de santé chronique qui a l'effet le plus important sur l'état de santé, l'écart entre les scores HUI3 des personnes atteintes et non atteintes étant de $-0,34$. L'écart est aussi égal ou supérieur à 0,10 pour l'accident vasculaire cérébral et l'incontinence urinaire. Par contre, plusieurs autres problèmes de santé chroniques, notamment les allergies et l'hypertension, ne semblent pas avoir d'effet notable sur la qualité de la vie liée à l'état de santé.

Les estimations de l'impact des problèmes de santé chroniques sur les personnes qui déclarent ne souffrir que d'un seul problème comparativement à

Définitions

Dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population, des renseignements sont recueillis sur les *problèmes de santé chroniques* suivants, définis comme étant « des problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé et qui persistent ou devraient persister six mois ou plus » : allergies alimentaires, allergies non alimentaires, asthme, arthrite ou rhumatisme, maux de dos autres que ceux dus à l'arthrite, hypertension, migraine, bronchite chronique ou emphysème, sinusite, diabète, épilepsie, maladie cardiaque, cancer, ulcères à l'estomac ou à l'intestin, troubles dus à un accident vasculaire cérébral (ACV), incontinence urinaire, troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la colite, maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence, cataracte, glaucome et problèmes thyroïdiens.

Bien que l'analyse porte sur toutes les personnes de 12 ans et plus qui ont participé à l'enquête, les questions concernant la maladie d'Alzheimer, la cataracte et le glaucome n'ont pas été posées à celles de moins de 18 ans. Pour s'assurer que l'effectif de l'échantillon soit le même pour toutes les analyses, les réponses pour ces problèmes de santé pour les personnes de 12 à 14 ans et de 15 à 19 ans ont été converties de « sans objet » à « non ».

Quatre *groupes d'âge* ont été définis, à savoir de 12 à 24 ans, de 25 à 44 ans, de 45 à 64 ans et 65 ans et plus. Dans toutes les analyses, l'âge a été traité comme une variable continue.

celles qui déclarent n'en avoir aucun sont importantes, parce qu'elles constituent une simulation de l'effet de la manifestation du problème de santé en question. Le faible nombre de résultats statistiquement significatifs obtenus ainsi pourrait tenir au fait que la plupart des personnes atteintes d'un problème de santé chronique particulier en présentaient d'autres également, ce qui, dans certains cas, réduit trop la taille de l'échantillon pour qu'on puisse déceler des différences. En fait, un problème de santé chronique est rarement isolé. Pour chaque problème étudié, la proportion de personnes qui en ont déclaré au moins un autre varie de 65 % pour celles souffrant d'allergies non alimentaires à 92 % pour celles atteintes de troubles dus à un accident vasculaire cérébral.

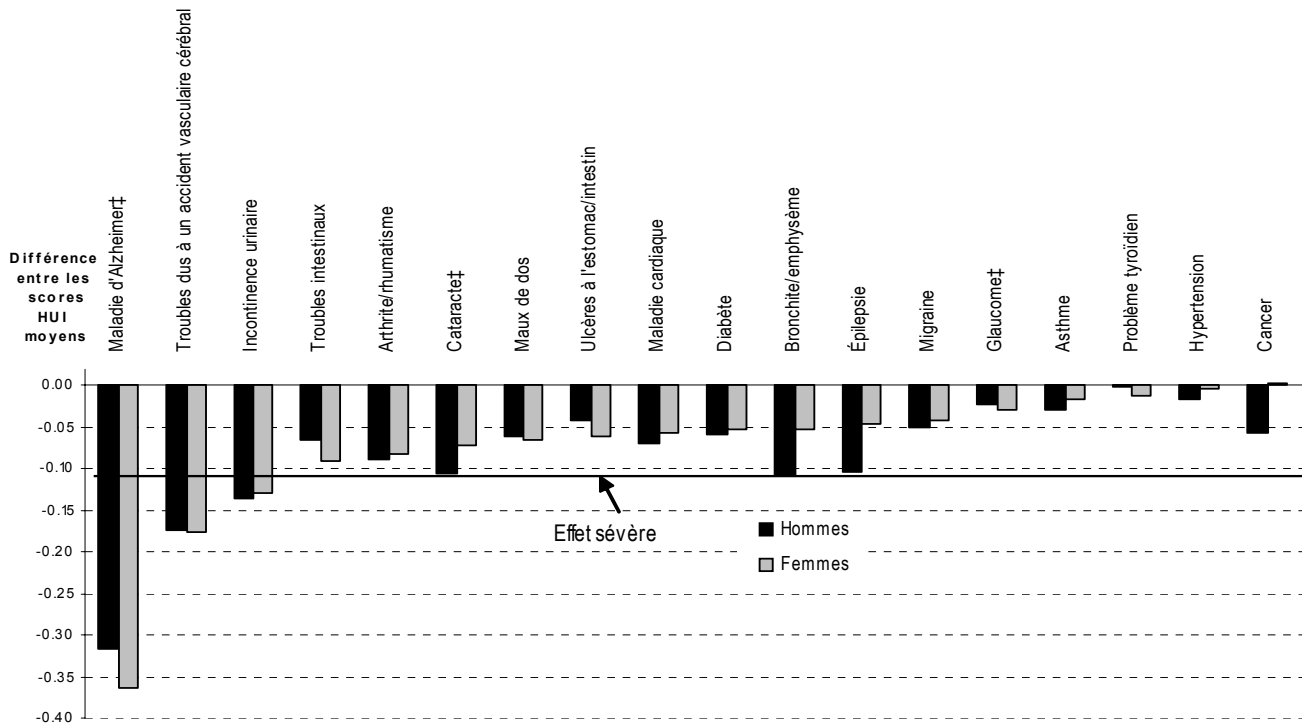
Différences selon le sexe et l'âge

L'effet individuel des problèmes de santé chroniques sur la qualité de vie liée à l'état de santé n'est pas le même chez les hommes que chez les femmes. Outre la maladie d'Alzheimer, l'incontinence urinaire et les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, l'état de santé des femmes est sévèrement compromis par les troubles intestinaux et celui des hommes, par l'arthrite ou le rhumatisme, la cataracte, la bronchite chronique ou l'emphysème et l'épilepsie (graphique 1, tableaux B et C en annexe).

Les conséquences des problèmes de santé chroniques varient aussi avec l'âge. Pour le groupe des 12 à 24 ans, seule l'incontinence urinaire influe gravement sur la qualité de la vie liée à l'état de santé et, pour le groupe des 25 à 44 ans, outre l'incontinence, le seul autre état ayant cet effet est l'arthrite ou le rhumatisme (graphique 2, tableaux C et D en annexe). Chez les personnes de 45 à 64 ans, la liste des problèmes de santé ayant des répercussions graves sur la qualité de la vie s'allonge, pour inclure la maladie d'Alzheimer, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, l'incontinence, les troubles intestinaux, la cataracte et la bronchite chronique ou l'emphysème. Cependant, chez les membres de ce groupe d'âge, l'effet global de l'arthrite ou du rhumatisme est moins sévère que chez les personnes de 25 à 44 ans. De plus, chez les personnes âgées, les conséquences de l'arthrite ou

Graphique 1

Effet[†] de certains problèmes de santé chroniques sur la qualité de la vie liée à l'état de santé, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

† Estimé en tant que différence entre les scores moyens d'indice de l'état de santé (HUI3) des personnes présentant et ne présentant pas le problème de santé chronique, corrigé pour l'âge et tous les autres problèmes de santé chroniques ($p \leq 0,05$).

‡ Les personnes de 12 à 19 ans pour lesquelles la réponse était « sans objet » ont été classées dans la catégorie de réponse « non ».

du rhumatisme ne répondent pas aux critères permettant de les considérer comme étant sévères. Parmi le groupe des 65 ans et plus, les états qui compromettent gravement la qualité de la vie sont la maladie d'Alzheimer, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, l'incontinence urinaire, les troubles intestinaux et la bronchite chronique ou l'emphysème).

La variation des effets de problèmes de santé particuliers selon le sous-groupe de population n'est pas toujours facile à expliquer. Certains états, comme les troubles intestinaux ou la bronchite chronique ou l'emphysème, semblent influencer beaucoup sur la qualité de la vie des personnes âgées. La variation de l'effet d'un problème de santé particulier selon l'âge et le sexe pourrait être le résultat d'interactions qui amplifient ou atténuent l'effet en question.

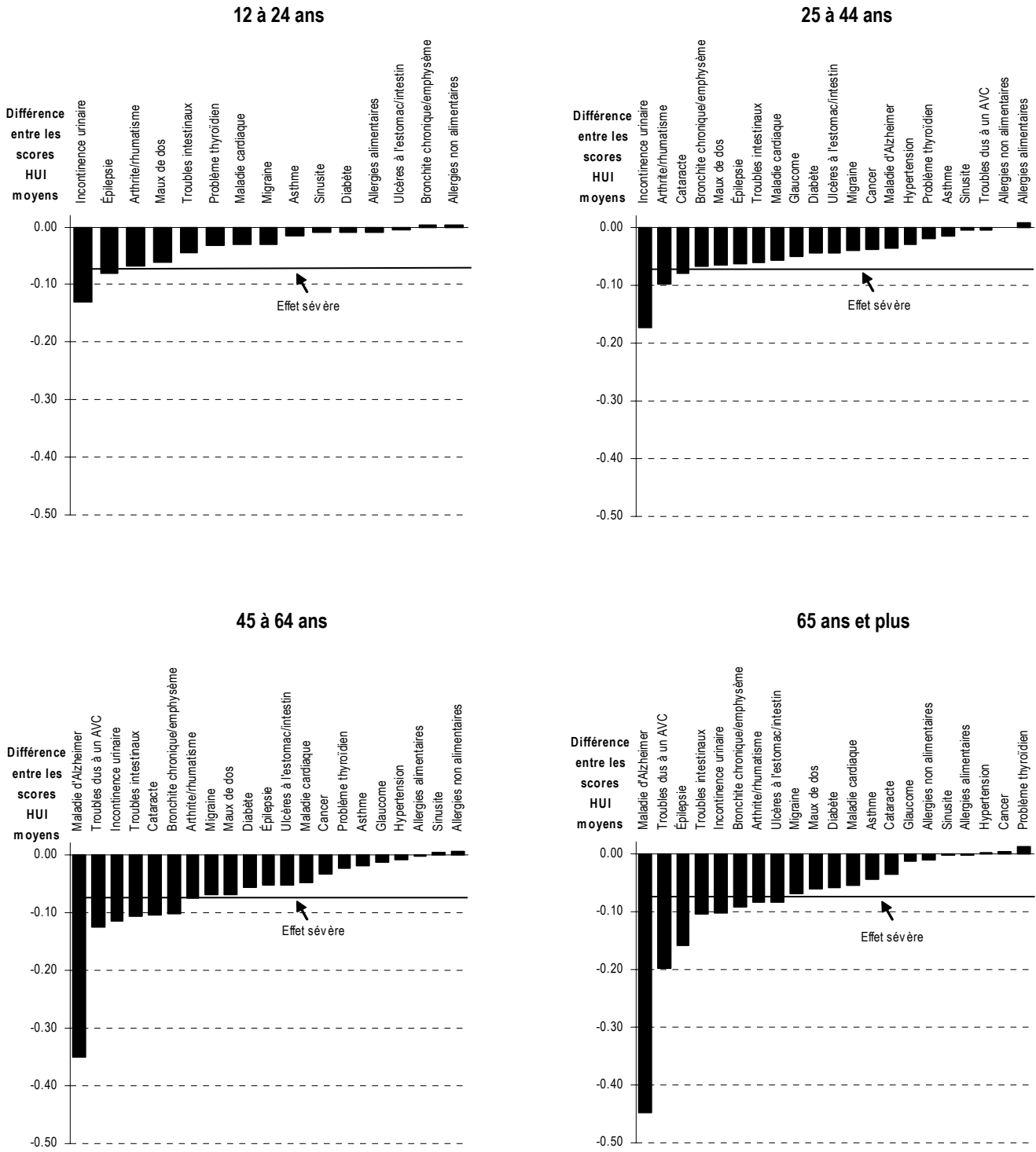
Évaluation des effets

L'analyse des données sur l'ensemble de la population en appliquant les critères établis par Drummond⁶ montre que la maladie d'Alzheimer, l'incontinence urinaire et les troubles dus à un accident vasculaire cérébral ont des répercussions sévères sur la qualité de la vie liée à l'état de santé. L'arthrite ou le rhumatisme, les troubles intestinaux, la bronchite chronique ou l'emphysème, les maux de dos, l'épilepsie, la maladie cardiaque et la cataracte ont un effet moyen. Enfin, l'asthme, la migraine, le diabète, les ulcères à l'estomac ou à l'intestin et le glaucome ont un effet assez faible, tandis que les autres problèmes de santé chroniques étudiés semblent n'en avoir aucun.

Vue sous l'angle clinique, cette classification des problèmes de santé chroniques paraît logique, même

Graphique 2

Effet† de certains problèmes de santé chroniques sur la qualité de la vie liée à l'état de santé, selon le groupe d'âge, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997
 † Estimé comme étant la différence entre les scores moyens d'indice de l'état de santé (HUI3) des personnes présentant et ne présentant pas le problème de santé chronique, corrigé pour l'âge et tous les autres problèmes de santé chroniques ($p \leq 0,05$).

si quelques résultats semblent curieux. Ainsi, selon notre analyse, l'asthme et le cancer n'auraient qu'un effet assez faible sur la qualité de la vie liée à l'état de santé. Toutefois, une étude transversale indique que la plupart des personnes chez lesquelles on diagnostique un cancer n'éprouvent aucune douleur ou limitation fonctionnelle physique ou psychique. En fait, nombre d'entre elles pourraient avoir été traitées avec succès. En outre, l'asthme n'est pas, dans la majorité des cas, associé aux attributs compris dans le HUI, comme la douleur, les problèmes de motricité ou l'altération de la santé émotionnelle. Les résultats de la présente analyse des données de l'ENSP sont comparables à ceux obtenus par d'autres chercheurs qui ont analysé des données américaines et corrigé les résultats pour tenir compte de la comorbidité¹⁴.

Une étude réalisée en 2000 grâce à des données provenant de l'Enquête sur la santé en Ontario menée en 1990 visait à examiner le score HUI3 moyen des personnes souffrant d'arthrite ou ayant fait un accident vasculaire cérébral en comparant le score de chaque groupe à celui calculé pour un groupe de référence ne présentant aucun des deux problèmes de santé²³. Les estimations de l'effet de l'accident vasculaire cérébral étaient un peu plus élevées que celles calculées d'après les données de l'ENSP, mais celles produites pour l'arthrite étaient étonnamment semblables. Dans une large mesure, le coefficient plus important obtenu pour les troubles dus à un accident vasculaire cérébral lors de l'étude antérieure tient à l'exclusion des personnes atteintes d'arthrite du groupe de référence.

D'autres chercheurs ont publié des scores moyens absolus d'utilité pour des personnes atteintes de divers problèmes de santé^{2,14}. Cependant, isolément, les scores absolus ne fournissent pas de renseignements précis sur l'effet du problème de santé en question sur la qualité de la vie liée à l'état de santé. Par exemple, dans la présente analyse, le score HUI3 moyen des personnes ayant dit faire de l'arthrite est de 0,77. Or, il serait inapproprié d'inférer que l'arthrite cause une réduction du score d'utilité de -0,23, c'est-à-dire en prenant pour référence l'état de santé parfait, car la plupart des personnes ne

faisant pas d'arthrite ne jouissent pas d'une santé parfaite. Le score corrigé pour l'arthrite est de -0,09.

Dans le cas de l'étude de la charge mondiale de morbidité¹², les poids d'incapacité calculés pour des problèmes de santé comparables étaient nettement

Limites

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) étant autodéclarées ou déclarées par procuration, nul ne sait pas dans quelle mesure elles sont faussées par les erreurs de déclaration. Comme les réponses n'ont pas été vérifiées au moyen d'une source indépendante, il est impossible de savoir si un problème de santé chronique avait effectivement été diagnostiqué chez les personnes qui ont déclaré souffrir d'un tel problème. Selon certaines études, l'exactitude de la déclaration serait plus faible pour les problèmes de santé chroniques les moins graves²⁴. Donc, si la proportion de résultats faussement positifs était forte chez les personnes ayant déclaré un problème de santé chronique, l'effet pourrait avoir été dilué.

L'ENSP ne fournit aucun renseignement sur la gravité des problèmes de santé chroniques. Et, naturellement, il n'a pas été possible de tenir compte de l'effet de ceux qui ne figuraient pas sur la liste de l'ENSP.

L'HUI3 n'est peut-être pas suffisamment sensible pour saisir l'effet des problèmes de santé relativement mineurs, comme les allergies⁵. Les résultats de la présente analyse ne devraient pas être considérés comme une preuve que ces états n'ont aucun effet sur la qualité de la vie liée à l'état de santé.

La composante des ménages de l'ENSP utilisée dans la présente analyse n'inclut pas les personnes résidant en établissement de santé, dont un grand nombre ont une qualité de vie liée à l'état de santé nettement moins bonne que celles vivant dans la collectivité. En outre, la technique d'échantillonnage par composition aléatoire qui a été utilisée pour sélectionner le grand échantillon supplémentaire ne permettrait vraisemblablement pas de rejoindre le segment le plus malade de la population à domicile.

Les intervalles de confiance présentés doivent être interprétés avec prudence. Les estimations ponctuelles obtenues par régression linéaire pourraient être légèrement biaisées, parce que la distribution de la variable dépendante est asymétrique²⁵. Une autre solution consisterait à dichotomiser l'HUI3 et à utiliser la régression logistique^{5,25}. Cependant, l'avantage que représente la capacité d'interpréter les résultats sous l'angle des préférences, ou utilités, devrait compenser l'inconvénient d'un faible biais éventuel.

plus élevés que les effets estimés dans le cadre de la présente analyse. Mais ces poids ont été établis d'après les renseignements recueillis auprès d'un panel d'experts, selon la technique du compromis fondé sur le nombre de personnes, plutôt que d'après des données représentatives de la population. Il se pourrait que les membres du panel aient considéré des cas plus graves ou des stades plus avancés de la maladie.

Certains chercheurs ont aussi procédé à la mesure directe des préférences, ou utilités, auprès de patients atteints de divers problèmes cliniques. De telles données sont difficiles à comparer aux résultats de notre analyse, car la gamme de maladies présentes chez un groupe choisi de patients diffère probablement de celle observée dans un échantillon aléatoire de population. En outre, les études conçues pour mesurer directement les préférences des patients comparativement à un état de santé parfait pourraient ne pas refléter fidèlement l'effet de la maladie chez le patient moyen susceptible de présenter d'autres problèmes de santé.

Mot de la fin

Antérieurement, les efforts en vue d'évaluer la sévérité relative des problèmes de santé chroniques se résumaient principalement à l'analyse des données sur la mortalité. Plus récemment, on a eu tendance à favoriser des mesures sommaires de la santé de la population, comme l'espérance de vie ajustée sur la santé, qui regroupe des données sur la mortalité et sur la morbidité¹³. Une des limites de cette approche est que les estimations de l'espérance de vie ajustée sur la santé ou de l'espérance de vie en l'absence d'une cause sont elles aussi fortement pondérées par la mortalité. En se concentrant sur la qualité de la vie liée à l'état de santé, la présente analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population ajoute un élément supplémentaire au tableau du fardeau de la maladie.

Les résultats pourraient intéresser les responsables de la politique visant la santé, puisqu'ils donnent une idée des avantages que l'on peut tirer de la prévention de la maladie et d'autres interventions en matière de santé. L'impact des problèmes de santé individuels que révèle la présente analyse est

généralement plus faible que celui sous-entendu par certaines études antérieures. Les modèles économiques d'analyse de rentabilité qui s'appuient sur les préférences établies auprès d'un panel d'experts ou de groupes choisis de patients et ceux fondés sur des données représentatives de la population non corrigées pourraient surestimer les améliorations de la qualité de la vie éventuellement imputables aux programmes de prévention de la maladie. Enfin, la présente analyse donne à penser que les futurs modèles devraient tenir compte de la variation de l'effet de la maladie selon l'âge et le sexe. ●

Remerciements

Les auteurs remercient les D^s J. Ivan Williams et Vivek Goel de leurs commentaires utiles durant la rédaction du manuscrit.

Références

1. 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*, Toronto, Institute for Clinical Evaluative Studies, 2001.
2. N. Mittmann, T. Kostas, N. Risebrough *et al.*, « Utility scores for chronic conditions in a community-dwelling population », *Pharmacoeconomics*, 15, 1999, p. 369-376.
3. 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).
4. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
5. J.A. Kopec, S.E. Schultz, V. Goel *et al.*, « Can the Health Utilities Index measure change? » *Medical Care*, 39(6), 2001, p. 562-574.
6. M. Drummond, « Introducing economic and quality of life measurements into clinical studies », *Annals of Medicine*, 33, 2001, p. 344-349.
7. P.J. Neumann, E.A. Sandberg, S.S. Araki *et al.*, « A comparison of the HUI2 and HUI3 Utility scores in Alzheimer's disease », *Medical Decision Making*, 20(4), 2000, p. 413-422.

8. 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).
9. 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.
10. 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, Maryland, août 1999.
11. SAS Institute Inc., *SAS OnlineDoc®*, Version 8, Cary, NC, SAS Institute Inc., 1999.
12. C. Murray et A.D. Lopez (publié sous la direction de), *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1996.
13. D.G. Manuel, S.E. Schultz et J.A. Kopec, « Measuring the health burden of chronic disease and injury using health adjusted life expectancy and the Health Utilities Index », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 2002, p. 843-850.
14. M. Gold, P. Franks et P. Erickson, « Assessing the health of the nation: The predictive validity of a preference-based measure and self-rated health », *Medical Care*, 34(2), 1996, p. 163-177.
15. M. Gold, P. Franks, K.I. McCoy *et al.*, « Toward consistency in cost-utility analyses: Using national measures to create condition-specific values », *Medical Care*, 36(6), 1998, p. 778-792.
16. P.W. Newacheck et N. Halfon, « Prevalence and impact of disabling chronic conditions in childhood », *American Journal of Public Health*, 88(4), 1998, p. 610-617.
17. R. Rozzini, G.B. Frisoni, L. Ferrucci *et al.*, « The effect of chronic diseases on physical function: Comparison between activities of daily living scales and the Physical Performance Test », *Age and Ageing*, 26, 1997, p. 281-287.
18. D.H. Feeny, G.W. Torrance et W.J. Furlong, « Health Utilities Index », publié sous la direction de B. Spilker, *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, Second Edition*, Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1996.
19. G.W. Torrance, D.H. Feeny, W.J. Furlong, *et al.*, « Multiattribute utility function for a comprehensive health status classification system: Health Utilities Index Mark 2 », *Medical Care*, 34(7), 1996, p. 702-722.
20. W.J. Furlong, D.H. Feeny, G.W. Torrance *et al.*, *Multiplicative multi-attribute utility function for the Health Utilities Index Mark 3 (HUI3) system: A technical report*, McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis Working Paper 1998, n° 98-11.
21. W.J. Furlong, D. Feeny, G.W. Torrance *et al.*, « The Health Utilities Index (HUI) system for assessing health-related quality of life in clinical studies », *Annals of Medicine*, 33(5), 2001, p. 375-384.
22. D.H. Feeny, W.J. Furlong, G.W. Torrance *et al.*, « Multiattribute and single-attribute utility functions for the Health Utilities Index Mark 3 System », *Medical Care*, 40(2), 2002, p. 113-128.
23. P. Grootendorst, D. Feeny et W. Furlong, « Health Utilities Index Mark 3: Evidence of construct validity for stroke and arthritis in a population health survey », *Medical Care*, 38(3), 2000, p. 290-299.
24. W.S. Edward, D.M. Winn, V. Kurlantzick *et al.*, « Evaluation of National Health Interview Survey diagnostic reporting », *Vital and Health Statistics. Series 2, Data Evaluation and Methods Research*, 120, 1994, p. 1-116.
25. P.C. Austin, M. Escobar et J.A. Kopec, « The use of the Tobit model for analyzing measures of health status », *Quality of Life Research*, 9(8), 2000, p. 901-910.

Annexe

Tableau A
Répartition de certaines caractéristiques, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Taille de l'échantillon	Population estimée			Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%			milliers	%
Total	73 402	24 595	100,0				
Sexe				Troubles dus à un accident vasculaire cérébral			
Hommes	34 265	12 099	49,2	Oui	868	217	0,9
Femmes	39 137	12 495	50,8	Non	72 505	24 371	99,1
				Données manquantes	29	6 ^{E1}	0,0 ^{E1}
Groupe d'âge				Épilepsie			
12 à 24 ans	12 120	5 134	20,9	Oui	446	158	0,6
25 à 44 ans	28 900	9 709	39,5	Non	72 935	24 431	99,3
45 à 64 ans	19 019	6 335	25,8	Données manquantes	21	6 ^{E2}	0,0 ^{E2}
65 ans et plus	13 363	3 416	13,9				
Nombre de problèmes de santé chroniques				Allergies alimentaires			
Aucun	28 766	10 392	42,3	Oui	5 335	1 667	6,8
Un	19 110	6 598	26,8	Non	67 987	22 908	93,1
Deux et plus	24 997	7 479	30,4	Données manquantes	80	20	0,1
Données manquantes	529	125	0,5				
Maladie d'Alzheimer[†]				Glaucome[†]			
Oui	245	67	0,3	Oui	1 013	272	1,1
Non	73 134	24 518	99,7	Non	72 343	24 312	98,9
Données manquantes	23	F	F	Données manquantes	46	10 ^{E1}	0,0 ^{E1}
Arthrite/rhumatisme				Maladie cardiaque			
Oui	13 063	3 400	13,8	Oui	3 695	946	3,8
Non	60 274	21 175	86,1	Non	69 661	23 632	96,1
Données manquantes	65	F	F	Données manquantes	46	16 ^{E2}	0,1 ^{E2}
Asthme				Hypertension			
Oui	5 467	1 778	7,2	Oui	8 676	2 471	10,0
Non	67 896	22 807	92,7	Non	64 623	22 099	89,9
Données manquantes	39	10 ^{E2}	0,0 ^{E2}	Données manquantes	103	25	0,1
Maux de dos				Migraine			
Oui	12 097	3 483	14,2	Oui	5 804	1 915	7,8
Non	61 259	21 096	85,8	Non	67 566	22 670	92,2
Données manquantes	46	16 ^{E2}	0,1 ^{E2}	Données manquantes	32	9 ^{E2}	0,0 ^{E2}
Troubles intestinaux				Allergies non alimentaires			
Oui	1 520	375	1,5	Oui	16 221	5 499	22,4
Non	71 844	24 211	98,4	Non	57 104	19 078	77,6
Données manquantes	38	9 ^{E1}	0,0 ^{E1}	Données manquantes	77	17 ^{E1}	0,1 ^{E1}
Bronchite chronique/emphysème				Sinusite			
Oui	2 429	690	2,8	Oui	38	1 126	4,6
Non	70 933	23 895	97,2	Non	69 576	23 460	95,4
Données manquantes	40	10 ^{E2}	0,0 ^{E2}	Données manquantes	38	9 ^{E2}	0,0 ^{E2}
Cancer				Ulcères à l'estomac/intestin			
Oui	1 359	368	1,5	Oui	2 245	666	2,7
Non	72 003	24 216	98,5	Non	71 093	23 911	97,2
Données manquantes	40	11 ^{E2}	0,0 ^{E2}	Données manquantes	64	17 ^{E1}	0,1 ^{E1}
Cataracte[†]				Problème thyroïdien			
Oui	2 679	659	2,7	Oui	2 852	865	3,5
Non	70 682	23 928 ^{E1}	97,3	Non	70 502	23 717	96,4
Données manquantes	41	7 ^{E1}	0,0 ^{E1}	Données manquantes	48	13 ^{E2}	0,1 ^{E2}
Diabète				Incontinence urinaire			
Oui	2 706	788	3,2	Oui	1 596	370	1,5
Non	70 661	23 798	96,8	Non	71 773	24 216	98,5
Données manquantes	35	9 ^{E1}	0,0 ^{E1}	Données manquantes	33	8 ^{E1}	0,0 ^{E1}

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

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

[†] Les personnes de 12 à 19 ans pour lesquelles la réponse était « sans objet » ont été classées dans la catégorie de réponse « non ».

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 %.

Tableau B

Effet[†] des problèmes de santé chroniques sur la qualité de la vie liée à l'état de santé, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Hommes		Femmes	
	Effet global du problème de santé sur l'ensemble de la population étudiée	Intervalle de confiance de 95 %	Effet global du problème de santé sur l'ensemble de la population étudiée	Intervalle de confiance de 95 %
Maladie d'Alzheimer [‡]	-0,32*	-0,42- -0,21	-0,36*	-0,48- -0,24
Troubles dus à un AVC	-0,17*	-0,23- -0,12	-0,18*	-0,25- -0,10
Incontinence urinaire	-0,14*	-0,18- -0,09	-0,13*	-0,16- -0,09
Bronchite chronique/ emphysème	-0,11*	-0,14- -0,07	-0,05*	-0,08- -0,03
Épilepsie	-0,10*	-0,17- -0,04	-0,05	-0,11- 0,02
Cataracte [‡]	-0,10*	-0,15- -0,06	-0,07*	-0,10- -0,04
Arthrite/rhumatisme	-0,09*	-0,10- -0,07	-0,08*	-0,10- -0,07
Maladie cardiaque	-0,07*	-0,09- -0,05	-0,06*	-0,08- -0,03
Troubles intestinaux	-0,07*	-0,11- -0,03	-0,09*	-0,12- -0,06
Maux de dos	-0,06*	-0,07- -0,05	-0,06*	-0,07- -0,05
Diabète	-0,06*	-0,08- -0,03	-0,05*	-0,08- -0,03
Cancer	-0,06*	-0,10- -0,01	0,00	-0,02- 0,03
Migraine	-0,05*	-0,07- -0,03	-0,04*	-0,06- -0,03
Ulcères à l'estomac/ intestin	-0,04*	-0,06- -0,02	-0,06*	-0,09- -0,04
Asthme	-0,03*	-0,04- -0,01	-0,02	-0,03- 0,00
Hypertension	-0,02	-0,03- 0,00	0,00	-0,02- 0,01
Glaucome [‡]	-0,02	-0,05- 0,01	-0,03	-0,06- 0,01
Sinusite	0,00	-0,02- 0,02	0,00	-0,02- 0,02
Problème thyroïdien	0,00	-0,03- 0,03	-0,01	-0,03- 0,01
Allergies alimentaires	0,01	-0,01- 0,02	0,00	-0,02- 0,01
Allergies non alimentaires	0,01	0,00- 0,01	0,00	-0,01- 0,01
Autre	-0,08*	-0,10- -0,06	-0,10*	-0,12- -0,08

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

[†] Estimé en tant que différence entre les scores moyens d'indice de l'état de santé (HUI3) des personnes présentant et ne présentant pas le problème de santé chronique, corrigé pour l'âge et tous les autres problèmes de santé chroniques.

[‡] Les personnes de 12 à 19 ans pour lesquelles la réponse était « sans objet » ont été classées dans la catégorie de réponse « non ».

* Valeur significativement différente de celle obtenue pour les personnes ne déclarant aucun problème de santé chronique ($p \leq 0,05$).

Tableau C

Classification des problèmes de santé chroniques en fonction de leur effet sur la qualité de la vie liée à l'état de santé[†], selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Total	Hommes	Femmes	Groupe d'âge			
				12 à 24 ans	25 à 44 ans	45 à 64 ans	65 ans et plus
Maladie d'Alzheimer [‡]	sévère	sévère	sévère	...	aucun	sévère	sévère
Troubles dus à un accident vasculaire cérébral	sévère	sévère	sévère	...	aucun	sévère	sévère
Incontinence urinaire	sévère	sévère	sévère	sévère	sévère	sévère	sévère
Arthrite/rhumatisme	sévère	sévère	moyen	moyen	sévère	moyen	moyen
Troubles intestinaux	moyen	moyen	sévère	aucun	moyen	sévère	sévère
Bronchite chronique/emphysème	moyen	sévère	faible	aucun	moyen	sévère	sévère
Maux de dos	moyen	moyen	moyen	moyen	moyen	moyen	moyen
Épilepsie	moyen	sévère	faible	aucun	moyen	aucun	aucun
Cataracte [‡]	moyen	sévère	moyen	...	aucun	sévère	faible
Maladie cardiaque	moyen	moyen	moyen	aucun	aucun	faible	moyen
Diabète	moyen	moyen	faible	aucun	aucun	moyen	moyen
Ulcères à l'estomac/intestin	faible	faible	moyen	aucun	faible	faible	moyen
Migraine	faible	faible	faible	faible	faible	moyen	moyen
Glaucome [‡]	faible	aucun	aucun	...	aucun	aucun	aucun
Cancer	aucun	moyen	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun
Asthme	aucun	faible	aucun	aucun	aucun	aucun	faible
Problème thyroïdien	aucun	aucun	aucun	...	aucun	aucun	aucun
Hypertension	aucun	aucun	aucun	...	faible	aucun	aucun
Sinusite	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun
Allergies alimentaires	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun
Allergies non alimentaires	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

[†] Score de l'indice de l'état de santé (HUI3).

[‡] Les personnes de 12 à 19 ans pour lesquelles la réponse était « sans objet » ont été classées dans la catégorie de réponse « non ».

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau D

Effet[†] des problèmes de santé chroniques sur la qualité de la vie liée à l'état de santé, selon le groupe d'âge, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	12 à 24 ans		25 à 44 ans		45 à 64 ans		65 ans et plus	
	Effet global du problème de santé sur l'ensemble de la population étudiée	Intervalle de confiance de 95 %	Effet global du problème de santé sur l'ensemble de la population étudiée	Intervalle de confiance de 95 %	Effet global du problème de santé sur l'ensemble de la population étudiée	Intervalle de confiance de 95 %	Effet global du problème de santé sur l'ensemble de la population étudiée	Intervalle de confiance de 95 %
Maladie d'Alzheimer	...	...	-0,04	-0,09- 0,02	-0,35*	-0,59- -0,11	-0,45*	-0,53- -0,37
Troubles dus à un AVC	0,00	-0,06- 0,05	-0,13*	-0,19- -0,06	-0,20*	-0,25- -0,15		
Incontinence urinaire	-0,13*	-0,22- -0,04	-0,17*	-0,25- -0,10	-0,11*	-0,17- -0,06	-0,10*	-0,14- -0,07
Arthrite/rhumatisme	-0,07*	-0,11- -0,02	-0,10*	-0,12- -0,08	-0,08*	-0,09- -0,06	-0,08*	-0,10- -0,06
Troubles intestinaux	-0,04	-0,10- 0,01	-0,06*	-0,09- -0,03	-0,11*	-0,16- -0,05	-0,10*	-0,16- -0,05
Maux de dos	-0,06*	-0,08- -0,04	-0,06*	-0,08- -0,05	-0,07*	-0,08- -0,06	-0,06*	-0,08- -0,04
Épilepsie	-0,08	-0,17- 0,00	-0,06*	-0,10- -0,03	-0,05	-0,13- 0,03	-0,16	-0,32- 0,00
Cataracte	...	...	-0,08	-0,23- 0,07	-0,10*	-0,18- -0,03	-0,04*	-0,06- -0,01
Cancer	-0,01	-0,11- 0,08	-0,04	-0,09- 0,01	-0,03	-0,07- 0,01	0,00	-0,03- 0,04
Migraine	-0,03*	-0,06- -0,01	-0,04*	-0,05- -0,03	-0,07*	-0,09- -0,05	-0,07*	-0,11- -0,03
Asthme	-0,01	-0,03- 0,00	-0,02	-0,03- 0,00	-0,02	-0,04- 0,00	-0,04*	-0,08- -0,01
Ulcères à l'estomac/intestin	0,00	-0,06, 0,05	-0,04*	-0,06- -0,02	-0,05*	-0,08- -0,02	-0,08*	-0,13- -0,04
Allergies alimentaires	-0,01	-0,03- 0,01	0,01	-0,01- 0,02	0,00	-0,02- 0,01	0,00	-0,04- 0,03
Allergies non alimentaires	0,00	0,00- 0,01	0,00	-0,01- 0,01	0,01	-0,01- 0,02	-0,01	-0,04- 0,01
Maladie cardiaque	-0,03	-0,10- 0,03	-0,06	-0,12- 0,00	-0,05*	-0,07- -0,02	-0,06*	-0,08- -0,03
Diabète	-0,01	-0,06- 0,05	-0,04	-0,10- 0,01	-0,06*	-0,08- -0,03	-0,06*	-0,09- -0,03
Bronchite chronique/emphysème	0,00	-0,03- 0,04	-0,07*	-0,10- -0,03	-0,10*	-0,14- -0,06	-0,09*	-0,13- -0,05
Sinusite	-0,02	-0,05- 0,02	-0,01	-0,02- 0,01	0,00	-0,02- 0,02	0,00	-0,04- 0,03
Problème thyroïdien	...	...	-0,02	-0,05- 0,01	-0,02	-0,05- 0,00	0,01	-0,01- 0,04
Glaucome	...	...	-0,05	-0,13- 0,03	-0,01	-0,05- 0,02	-0,01	-0,04- 0,02
Hypertension	...	...	-0,03*	-0,05- -0,01	-0,01	-0,02- 0,00	0,00	-0,02- 0,02
Autre	-0,10*	-0,15- -0,06	-0,08*	-0,10- -0,06	-0,11*	-0,14- -0,08	-0,08*	-0,11- -0,05

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

[†] Estimé en tant que différence entre les scores moyens d'indice de l'état de santé (HUI3) des personnes présentant et ne présentant pas le problème de santé chronique, corrigé pour l'âge et tous les autres problèmes de santé chroniques.

* Valeur significativement différente de celle obtenue pour les personnes ne déclarant aucun problème de santé chronique ($p \leq 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

A stylized graphic on the left side of the page. It features a dark grey background with white and light grey outlines. The top part shows a simplified face with rectangular eyes, a vertical line for a nose, and a horizontal line for a mouth. Below the face, there are thick, white, wavy lines that resemble a stylized maple leaf or a decorative flourish. The overall style is modern and minimalist.

Données disponibles

Aperçu des données sur la santé
produites récemment par
Statistique Canada

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Mariages, 2000

En tout, 157 395 couples se sont mariés en 2000, soit 1,1 % de plus que les 155 742 qui l'ont fait en 1999. Le taux brut de nuptialité est resté stable pour la quatrième année consécutive, à 5,1 mariages pour 1 000 habitants.

Au Québec, où l'union libre est habituellement plus fréquente que dans les autres provinces, le nombre de mariages a augmenté pour la première fois en 12 ans. En tout, 24 912 couples se sont mariés au Québec en 2000, soit 8,7 % de plus que l'année précédente, ce qui se solde par un taux brut de nuptialité de 3,4 pour 1 000 habitants. Bien que ce taux soit le plus élevé observé pour la province depuis 1995, il s'agit du taux provincial de nuptialité le plus faible au Canada. Le nombre de mariages a également augmenté en Colombie-Britannique et dans les provinces de l'Atlantique, notamment au Nouveau-Brunswick où il a fait un bond de 7,2 %.

L'âge moyen des mariées était de 31,7 ans et celui des mariés, de 34,3 ans. L'âge moyen des mariées dont il s'agissait du premier mariage était de 28,0 ans et celui des mariés dans la même situation, de 30,0 ans. La majorité (65,3 %) des mariages était le premier pour le marié ainsi que la mariée, mais dans presque le tiers des cas (32,6 %) au moins un des deux conjoints était divorcé.

Des renseignements sur les méthodes et la qualité des données sont disponibles dans la Base de métadonnées intégrée : numéro d'enquête 3232. Pour commander *Mariages, 2000* (84F-212XPB, 20 \$) ou des totalisations personnalisées, communiquez avec les Services personnalisés à la clientèle (613-951-1746; hd-ds@statcan.ca). Pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes ou la qualité des données, communiquez avec Patricia Tully (613-951-1759; patricia.tully@statcan.ca) ou avec Leslie Geran (613-951-5243; leslie.geran@statcan.ca), Division de la statistique de la santé, Statistique Canada.

Décès, 2000

En 2000, l'espérance de vie à la naissance avait augmenté légèrement chez les hommes ainsi que chez les femmes. Une femme née cette année-là pouvait s'attendre à vivre 82,0 années et un homme,

76,7 années, soit une augmentation de 0,3 et de 0,5 année, respectivement, par rapport à 1999. L'écart entre les espérances de vie des hommes et des femmes s'est amenuisé, pour passer de 5,4 années en 1999 à 5,2 années en 2000, prolongeant ainsi une tendance qui dure depuis 20 ans.

En 2000, on a enregistré, en tout, 218 062 décès. Ce nombre marque la première diminution d'une année à l'autre (0,7 %) depuis 1981. Cependant, le fléchissement global est attribuable uniquement à la diminution du nombre de décès chez les hommes. Le décès de 111 742 hommes représente une diminution de 1,7 % par rapport à 1999, tandis que celui de 106 320 femmes correspond à une légère hausse (0,4 %).

Conjuguées, la diminution globale du nombre de décès et la croissance de la population du Canada donnent un taux brut de mortalité de 7,1 décès pour 100 000 habitants en 2000, soit le taux le plus faible enregistré depuis 1994.

À peine plus du tiers (35 %) des décès survenus en 2000 ont été causés par une maladie de l'appareil circulatoire, tandis que 29 % l'ont été par une tumeur maligne (cancer). Parmi les maladies de l'appareil circulatoire, les causes les plus courantes de décès étaient la cardiopathie ischémique (19 %) et la maladie vasculaire cérébrale (7 %). Pour commander les tableaux standards *Décès 2000* (4F0211XPB, 20 \$) ou des totalisations spéciales, communiquez avec les Services personnalisés à la clientèle (613-951-1746; hd-ds@statcan.ca). Pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes ou la qualité des données, communiquez avec Patricia Tully (613-951-1759; patricia.tully@statcan.ca) ou avec Leslie Geran (613-951-5243; leslie.geran@statcan.ca), Division de la statistique de la santé, Statistique Canada.

Avortements provoqués (thérapeutiques), 2000

En 2000, les Canadiennes ont subi 105 427 avortements, soit une légère baisse de 0,2 % par rapport aux 105 666 avortements dénombrés en 1999. Le taux d'avortements n'a pas varié de 1999 à 2000, s'étant stabilisé à 15,4 avortements pour 1 000 femmes. Le nombre d'avortements provoqués

pour 100 naissances vivantes a augmenté, passant de 31,3 en 1999 à 32,2 en 2000.

Les femmes dans la vingtaine, qui représentent 51 % des femmes ayant subi un avortement en 2000, sont celles chez lesquelles l'avortement provoqué demeure le plus fréquent. Le taux est de 26 avortements pour 1 000 femmes de 20 à 29 ans.

De 1999 à 2000, le taux d'avortements provoqués a augmenté dans toutes les provinces, sauf en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique. Le calcul de ces taux se fonde sur le nombre d'avortements provoqués au Canada, dans les hôpitaux et les cliniques, chez des résidentes du Canada, ainsi que sur le nombre d'avortements légaux obtenus aux États-Unis par des résidentes du Canada.

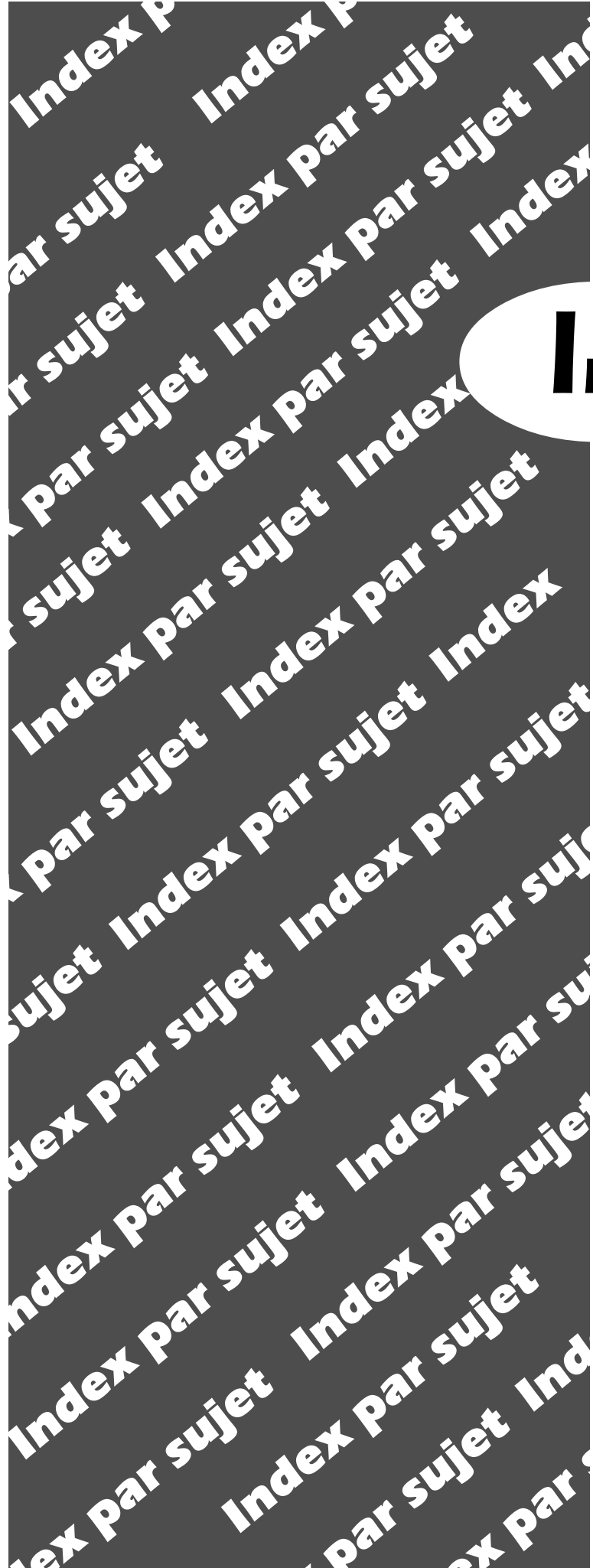
Certains tableaux pour 1996 à 2000 sont disponibles dans le module « Le Canada en statistiques » du site Web de Statistique Canada (www.statcan.ca). Les renseignements sur les méthodes et la qualité des données sont disponibles dans la Base de métadonnées intégrée : numéro d'enquête 3209. Les données sur les avortements provoqués en 2000 ont été recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé. Pour plus de renseignements sur la base de données, communiquez avec le service des relations avec les médias (613-241-7860, poste 4004), Institut canadien d'information sur la santé. Pour des renseignements sur les tendances à long terme caractérisant les avortements provoqués ou pour en savoir davantage sur les concepts, les méthodes ou la qualité des données, communiquez avec Paula Woollam (613-951-0879), Division de la statistique de la santé, Statistique Canada.

Indicateurs de la santé, 2003(1)

Les données du Recensement de 2001 au niveau de la région sociosanitaire sont disponibles dans la publication *Indicateurs de la santé* diffusée dans Internet. Les données du recensement ont également été intégrées dans les cartes que contient le produit.

La version la plus récente d'*Indicateurs de la santé* fournit aussi des données, selon la région sociosanitaire, sur certains taux d'hospitalisations et de réhospitalisations, ainsi que d'autres mesures ayant trait au système de santé, l'espérance de vie, la mortalité, l'incidence du cancer, de même que les estimations démographiques et les taux de chômage. Produite par Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, la publication *Indicateurs de la santé* contient des mesures statistiques, fondées sur des définitions et des méthodes normalisées, de la santé de la population et du système de santé qui sont comparables aux niveaux national, provincial/territorial et régional (région sociosanitaire).

Indicateurs de la santé 2003(1) est offert gratuitement dans le site Web de Statistique Canada (www.statcan.ca). À la page « Nos produits et services », sous « Parcourir les publications Internet », choisissez « Gratuites », puis « Santé ». Des renseignements sur les méthodes et la qualité des données sont disponibles dans la Base de métadonnées intégrée : numéros d'enquêtes, y compris les enquêtes connexes, 3207, 3233, 3604, 3701 et 3901. Pour plus de renseignements, communiquez avec Brenda Wannell (613-951-8554; brenda.wannell@statcan.ca), Division de la statistique de la santé, Statistique Canada ou avec Anick Losier (613-241-7860), Institut canadien d'information sur la santé. ●



Index par sujet

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Index par sujet, volumes 10 à 14

A

Accessibilité aux services de santé

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

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.

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

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

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

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.

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

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

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

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.

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

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

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.

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

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.

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

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2003, p. 99-111.

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

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2003, p. 9-35.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13 (supplément), 2003, p. 113-124.

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.

Arthrite

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

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

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

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

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.

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

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

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

Avortements spontanés

Voir aussi Avortements

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

B

Blessures

Voir Accidents

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

C

Cancer

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

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

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2003, p. 99-111.

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.

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

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.

Chirurgie

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

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

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

Collecte de données

Voir aussi Dossiers médicaux
Enquêtes sur la santé

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.

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

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

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 – 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.

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

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

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13 (supplément), 2003, p. 51-79.

Démence

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

Dépendance

Voir aussi Soutien social

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

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

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

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

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.

Dépistage de masse

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

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

Dépression

Voir aussi Santé mentale

Stress, psychologique

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 Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2003, p. 9-35.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13 (supplément), 2003, p. 113-124.

La santé des mères seules. C.E. 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

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2003, p. 99-111.

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

Dossiers médicaux

Voir Collecte de données

Enquêtes sur la santé

Douleur

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

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.

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

Espérance de vie

Voir aussi Indicateurs du statut de la 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.

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.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2003, p. 9-35.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13 (supplément), 2003, p. 51-79.

Établissements de soins de santé

Hôpitaux de l'Ontario – fusions, séjours abrégés et réhospitalisations. C.E. Pérez, 14(1), 2003, p. 29-41.

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.

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

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13 (supplément), 2003, p. 37-50.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2003, p. 99-111.

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

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

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

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2003, p. 9-35.

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.

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

H

Hormonothérapie substitutive

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

Hospitalisation

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

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

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

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 / Autotraitements 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.

Hystérectomie

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

I

Immigrants

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2003, p. 99-111.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13 (supplément), 2003, p. 113-124.

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.

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13 (supplément), 2003, p. 37-50.

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

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

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.

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

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

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2003, p. 9-35.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13 (supplément), 2003, p. 51-79.

Indice de l'état de santé

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.

J

Jeunesse

Voir aussi Enfants

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

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.

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.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

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

Maladie d'Alzheimer

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

Maladies du système circulatoire

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

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

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

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.

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

Médecins

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

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.

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.

Néoplasme

Voir Cancer

Nutrition

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

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2003, p. 99-111.

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 Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

Poids

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

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13 (supplément), 2003, p. 37-50.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2003, p. 99-111.

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

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 des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2003, p. 9-35.

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.

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.

Problèmes de santé chroniques

Voir aussi Arthrite

Asthme

Cancer

Dépression

Diabète sucré

Maladie d'Alzheimer

Maladies du système circulatoire

Migraine

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

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

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

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2003, p. 99-111.

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

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.

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

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.

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

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

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

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

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

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.

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13 (supplément), 2003, p. 37-50.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2003, p. 9-35.

Revenu

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

L'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.

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13 (supplément), 2003, p. 51-79.

S

Santé fonctionnelle

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

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

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

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

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

Santé mentale

Voir aussi Dépression

Stress, psychologique

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

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

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13 (supplément), 2003, p. 113-124.

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. Trotter, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Santé préventive

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

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

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

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

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

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13 (supplément), 2003, p. 37-50.

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.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2003, p. 9-35.

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 à domicile

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

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

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
Hospitalisation
Médecins
Santé régionale

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

Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. C. 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.

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

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

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

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

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

Services de santé/Autotraitements 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.

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

La santé mentale des immigrants au Canada. J. Ali, 13 (supplément), 2003, P. 113-124.

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.

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

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. Trotter, L. Martel, C. Houle *et al.*, 11(4), 2000, p. 55-68.

Statistiques de l'état civil

Voir aussi Décès

Espérance de vie

Naissances

Taux de survie

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.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2003, p. 9-35.

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

Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. R. Wilkins, J.-M. Berthelot et E. Ng, 13 (supplément), 2003, p. 51-79.

Stress, psychologique

Voir aussi Santé mentale

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

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

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2003, p. 9-35.

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

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

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

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.

Le contexte socioéconomique régional et la santé. S. Tremblay, N.A. Ross et J.-M. Berthelot, 13 (supplément), 2003, p. 37-50.

État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. C.E. Pérez, 13 (supplément), 2003, p. 99-111.

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

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

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

La santé des Autochtones vivant hors réserve. M. Tjepkema, 13 (supplément), 2003, p. 81-97.

La santé dans les collectivités canadiennes. M. Shields et S. Tremblay, 13 (supplément), 2003, p. 9-35.

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.

U

Usage de médicaments

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.

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.

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

V

Vieillesse

Voir aussi Aînés

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

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.

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

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

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

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

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

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

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca





Pour commander les publications

Un inventaire des produits et services d'information de la Division de la statistique de la santé comprenant les publications (sur papier, disquette, microfiche ou dans Internet), les fichiers de microdonnées et les totalisations spéciales

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca





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

Division 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 · l'exemplaire	82-003-XPB	Papier	58 \$ 20 \$
· par année · l'exemplaire	82-003-XIF	Internet	44 \$ 15 \$
La santé de la population canadienne - Rapport annuel 2002	82-003-SIF	Internet	Gratuit
	82-003-SPF	Papier	20 \$
Indicateurs de la santé, publication électronique	82-221-XIF	Internet	Gratuit
Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires	82-401-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 l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 2001	82F0027-XIF	Internet	Gratuit
Les soins de santé au Canada 2000 : Un premier rapport annuel	82-222-XIF	Internet (aussi au : http://www.cihi.ca)	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 \$
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes			
Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001	82-575-XIF	Internet	Gratuit
Espérance de vie			
Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 1995-1997	84-537-XIF	Internet	15 \$
Établissements de soins			
Établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1998-1999 (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 \$
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 \$

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

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



La Division de la statistique de la santé offre un service de totalisations spéciales pour répondre à des besoins particuliers, ainsi que des données publiées tirées d'enquêtes supplémentaires, payables en fonction du service demandé. Il est possible de créer des tableaux personnalisés à partir des nombreuses sources de données sur la santé et l'état civil dont s'occupe la Division.

Les demandes de totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division de la statistique de la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792
Courriel : HD-DS@statcan.ca

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

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



Fichiers de microdonnées

Les demandes de produits tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division de la statistique de la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792
Courriel : HD-DS@statcan.ca

Fichiers de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

	Numéro du produit	Version	Prix (\$CAN)†‡
l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 - Cycle 1.1FMGD (Fichier de microdonnées à grande diffusion)	82M0013XCB	CD-ROM	2 000 \$
Fichiers transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaire de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé.			Gratuit pour le secteur de la santé

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

Cycle 4, 2000-2001

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée
------------------------	---------	---------	--

Cycle 3, 1998-1999

Composante des ménages	Fichiers transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaire de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	2 000 \$
Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Cycle 2, 1996-1997

Composante des ménages	Données transversales, fichier texte ASCII, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	500 \$
Composante des établissements de soins de santé	Données transversales, fichier texte ASCII	82M0010XCB	CD-ROM	250 \$ Les clients qui achètent la composante des ménages des fichiers de microdonnées 1996-1997 recevront gratuitement la composante des établissements de soins de santé
Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Cycle 1, 1994-1995

Composante des ménages	Données, fureteur Beyond 20/20 – fichier texte ASCII, Guide le l'utilisateur	82F0001XCB	CD-ROM	300 \$
Composante des établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	75 \$
Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

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

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



ENQUÊTES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

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

Cycle 1.1 : Cette enquête a été menée par Statistique Canada afin de produire des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 133 régions socio-sanitaires réparties partout au Canada et dans les territoires.

Cycle 1.2 : Santé mentale et bien-être : cette enquête est menée par Statistique Canada en vue de produire des estimations transversales des déterminants de la santé mentale, de l'état de santé mentale et de l'utilisation des services de santé mentale, au niveau provincial.

Cycle 2.1 : Cette enquête sera menée par Statistique Canada afin de produire des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 134 régions socio-sanitaires réparties partout au Canada.

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

Ménages - La composante des ménages vise les résidents des ménages de toutes les provinces, à l'exclusion de la population des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées du Québec et de l'Ontario.

Établissements - La composante des établissements vise les résidents à long terme (devant y séjourner plus de six mois) des établissements de soins comportant quatre lits ou plus dans toutes les provinces, à l'exclusion du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

Nord - La composante du Nord vise les résidents des ménages du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, à l'exclusion de la population des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines des régions les plus au nord des territoires.

L'Enquête conjointe Canada-États-Unis sur la santé (ECCES)

Cette enquête recueillera de l'information, à la fois des résidents du Canada et des États-Unis, concernant la santé, l'usage des soins de santé et les restrictions fonctionnelles.

Pour plus de renseignements, veuillez visiter notre site web

http://www.statcan.ca/francais/concepts/hs/index_f.htm

Le Canada en statistiques

Obtenez des tableaux de données gratuits sur 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.