



PRATIQUES PERSONNELLES DE SANTÉ*

Heather Maclean, Ed.D., Keva Glynn, M.Sc.S. (Centre for Research in Women's Health), Zhenuan Cao, M.Sc. (Santé Canada), Donna Ansara, M.Sc. (Centre for Research in Women's Health)

Contexte

Depuis quelques années, on reconnaît que les différences au niveau de l'évolution de l'état de santé selon la situation socioéconomique constituent une tendance persistante en santé publique [1]. Une hypothèse prend beaucoup de place dans les publications, soit que le risque accru de mortalité associée aux faibles niveaux de revenu et d'études est attribuable à la prévalence accrue de pratiques risquées pour la santé comme le tabagisme, la consommation occasionnelle excessive d'alcool et l'inactivité physique [1]. Des théories et une masse de recherches importantes démontrent toutefois que ces pratiques émanent d'une interdépendance complexe de facteurs, dont le revenu, le niveau d'études, le sexe, l'âge, le soutien social, les antécédents culturels et le milieu physique, à l'origine de tout un éventail de contextes de vie qui aident une personne à adopter des pratiques bonnes pour la santé ou qui lui nuisent à cet égard.

Les pratiques que nous avons choisi d'aborder dans ce chapitre sont celles qui présentent des tendances différentes démontrées chez les hommes et les femmes : habitudes alimentaires, exercice, contrôle du poids (en reflétant les liens existant entre le poids, l'alimentation et l'exercice), tabagisme, consommation d'alcool, consommation d'analgésiques et recours aux thérapies complémentaires et parallèles. Comme les comportements sanitaires différents des hommes et des femmes ont déjà fait l'objet d'analyses fouillées, ce chapitre porte avant tout sur la différence au niveau des comportements reliés à la santé et de l'état de santé autodéclaré entre différents groupes socio-démographiques de femmes.

* Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, de l'Institute canadien d'information sur la santé ou de Santé Canada.



Il est démontré que les pratiques de santé ont un effet sur l'opinion subjective qu'une personne a de son état de santé, y compris l'état de santé auto-évalué et la qualité de vie globale [2], constatations qui appuient la définition de la santé établie par l'OMS : « état complet de bien-être physique, psychologique et affectif et non simplement absence de maladie [3] ». Les résultats d'analyses longitudinales ont démontré que l'état de santé perçu par l'intéressé est un facteur de prédiction de la mortalité, de l'incidence de maladies chroniques, du rétablissement à la suite d'une maladie, de la diminution des fonctions et du recours aux services médicaux [2, 4]. On a en outre constaté que les mesures de l'état de santé auto-évalué constituent des tests valides qui présentent une bonne fiabilité de test-retest et une bonne efficacité prédictive [5]. Comme il n'y a pas de données sur l'état de santé, nous utilisons l'état de santé auto-évalué comme approximation de l'état de santé dans le présent rapport.

Méthodes

Ce chapitre porte sur le contexte social des pratiques de santé des femmes et de leur état de santé autodéclaré. Un résumé documentaire est suivi d'une nouvelle analyse des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), qui porte sur les questions suivantes :

- Quel est le lien entre la situation socio-démographique des femmes et leurs pratiques de santé?
- Quel est le lien entre la situation socio-démographique des femmes et leurs pratiques multiples sur les plans des risques et de la promotion de la santé?
- Quel est le lien entre l'état de santé auto-évalué des femmes et leurs pratiques de santé?

Nous avons effectué une analyse secondaire des données tirées de l'ESCC, Cycle 1.1 (2000), qui est une enquête nationale transversale qui compte 125 574 répondants représentant 136 régions sanitaires du Canada.

Mesures

Consommation occasionnelle excessive d'alcool : cinq consommations alcoolisées ou plus prises au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

Changement visant à améliorer l'état de santé : indique si la personne a modifié ses habitudes de vie pour améliorer son état de santé au cours des 12 derniers mois.

Consommation de fruits et de légumes : on la mesure en demandant aux répondants combien de portions de fruits et de légumes ils consomment au total par jour. Les données portent sur ceux qui ont consommé plus de cinq portions et ceux qui en ont consommé moins par jour.

Pratiques de santé : la première partie de la rubrique « Étude documentaire » définit les pratiques de santé analysées dans le présent rapport. Il est possible d'obtenir d'autres détails sur ces mesures dans les documents de l'ESCC (2001) de Statistique Canada.

Niveau d'activité physique : on le mesure en demandant aux répondants s'ils se sont livrés à diverses activités physiques récréatives au cours des trois mois précédents (p. ex., marche, natation, jardinage, golf, musculation, jogging ou course) et en leur demandant d'en préciser la fréquence et la durée. Nous avons utilisé des estimations de la dépense en énergie pour classer les répondantes en trois catégories : actives, moyennement actives ou inactives. Les répondantes actives ont fait suffisamment d'activité physique pour en tirer des bienfaits pour la santé cardiovasculaire et les répondantes moyennement actives ont tiré de leurs activités certains avantages sur le plan de la santé, mais peu d'avantages cardiovasculaires. Les données présentées portent sur les répondantes considérées comme actives et inactives.

Immigrantes : immigrantes de longue date — arrivées au Canada il y a 10 ans ou plus. Les nouvelles immigrantes vivent au Canada depuis moins de 10 ans.

Pratiques multiples favorables à la santé : constituent un indice permettant d'identifier les répondantes qui ont au moins deux pratiques favorables à la santé, y compris l'activité physique, la consultation d'un fournisseur de soins de santé parallèles, un changement d'habitude visant à améliorer l'état de santé au cours des 12 derniers mois et la consommation de plus de cinq portions de fruits et de légumes par jour.

Comportements à risques multiples : constituent un indice permettant d'identifier les répondantes qui ont au moins deux pratiques nuisibles pour la santé — tabagisme, consommation occasionnelle excessive d'alcool, inactivité physique, consommation d'analgésiques et de moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour. Les pratiques choisies pour constituer l'indice sont des facteurs reconnus pour leur effet sur la santé des femmes et des hommes.

Tendances de l'excédent de poids : mesurées en fonction des lignes directrices canadiennes pour le classement du poids corporel chez les adultes. L'indice de masse corporelle (IMC)* détermine le niveau de risque pour la santé. Un IMC de 25 à 27 constitue un excédent de poids.

Buveur régulier d'alcool : personne qui a consommé de l'alcool une fois par mois ou plus souvent au cours des 12 derniers mois.

Santé auto-évaluée : évaluation subjective globale de son état de santé par l'intéressé, sur une échelle à cinq points qui varie de médiocre à excellent. Dans le présent rapport, nous comparons les répondantes qui jugent leur état de santé excellent ou très bon à celles qui le jugent bon, moyen ou médiocre.

Tabagisme : indique les personnes qui fument actuellement tous les jours ou à l'occasion (comparativement à celles qui n'ont jamais fumé et aux anciens fumeurs).

Recours à des thérapies complémentaires et parallèles : fait de consulter un chiropraticien ou un dispensateur de soins de santé parallèles comme un acuponcteur, homéopathe, réflexologue ou massothérapeute, au sujet de son état de santé physique, psychologique ou mental au cours des 12 derniers mois.

Consommation d'analgésiques au cours du dernier mois : consommation d'analgésiques comme l'Aspirine ou le Tylenol (y compris les médicaments contre l'arthrite et les anti-inflammatoires) au cours des 30 derniers jours.

Autres variables utilisées :

Âge : catégories des 12 à 19 ans, 20 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus.

Niveau d'études : supérieur — diplôme d'études secondaires ou plus, ou faible — études secondaires non terminées.

Revenu du ménage : cet indicateur repose sur la suffisance du revenu, qui tient compte du revenu du ménage, ainsi que du nombre de personnes qu'il contient. Divisé en deux catégories : revenu élevé — suffisance du revenu moyen ou élevé (~80 %); faible revenu — suffisance la plus faible du revenu (~10 %).

Situation de famille : Mariée — conjointe de droit et de fait; catégorie célibataire combinée — jamais mariée, séparée, divorcée et veuve.

État d'immigrante : immigrante ou non-immigrante.

Régions géographiques : Ontario, Colombie-Britannique, Prairies (Alberta et Manitoba), Québec, provinces de l'Atlantique (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick), Nord (Territoires du Nord-Ouest, Yukon et Nunavut).

* Les lignes directrices canadiennes révisées sur l'indice de masse corporelle (IMC) définissent l'excédent de poids chez les hommes et les femmes comme un IMC de 25,0 à 29,9. Si l'on appliquait ces lignes directrices, plus de femmes auraient été considérées comme ayant un excédent de poids.



Étude documentaire

L'effet des facteurs sociaux, économiques et démographiques sur les pratiques de santé

Le sexe et les pratiques de santé : Des rapports nationaux récents [6-8] indiquent que les hommes et les femmes ont des habitudes de vie distinctes et différentes, non seulement parce qu'ils adoptent ou non certaines pratiques reliées à la santé, mais aussi par leurs préoccupations à l'égard de la santé ou leurs attitudes en la matière [6]. Du côté positif, les femmes semblent plus éveillées aux questions de santé et sont donc plus susceptibles d'avoir des habitudes de vie saines. Elles ont tendance à choisir des aliments bons pour la santé (80 % contre 63 %) et sont beaucoup plus conscientes de leur poids que les hommes (59 % contre 41 %) [6]. Elles sont donc beaucoup moins susceptibles d'avoir un excédent de poids ou d'être obèses (36 % contre 48 %) [6].

Sauf chez les groupes d'âge les plus jeunes, il y a moins de fumeuses que de fumeurs (25 % contre 28 %) et les femmes sont beaucoup plus susceptibles d'éviter l'alcool ou de boire modérément (25 % contre 50 %) [6]. Les femmes sont aussi plus susceptibles de recourir à des médecines complémentaires et parallèles (18 % contre 14 %) [8]. Cela ne s'applique toutefois pas à tous les types de soins parallèles : les femmes et les hommes étaient tout aussi susceptibles, par exemple, d'avoir consulté un chiropraticien [6].

Du côté négatif, les femmes sont beaucoup moins actives physiquement que les hommes (19 % contre 25 %) et prennent des analgésiques plus régulièrement (70 % contre 58 %) [6]. Certaines pratiques de santé des jeunes femmes révèlent en outre des tendances troublantes : elles sont cinq fois plus susceptibles que les jeunes hommes d'être maigres [8] et elles fument plus : c'est le seul autre groupe d'âge où c'est le cas [9]. La montée des taux de consommation occasionnelle excessive d'alcool et de comportements sexuels à risque chez les jeunes femmes, qui se comparent maintenant à ceux des jeunes hommes, préoccupe aussi [8].

La section qui suit résume ce que l'on connaît des liens entre les facteurs socio-démographiques, les pratiques de santé des femmes et leur état de santé auto-évalué. Nous présentons des données sur ce qui est connu au sujet des hommes lorsqu'elles illustrent une différence digne de mention entre les deux sexes.

Variations géographiques et pratiques de santé : En général, les pratiques défavorables de la santé chez les femmes ont tendance à dominer au Québec et dans les provinces de l'Atlantique. Le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) affichent les taux les plus élevés de tabagisme (32 %), suivis de près par Terre-Neuve-et-Labrador et la Nouvelle-Écosse (31 % dans chaque cas) [9]. Le Québec a le taux le plus élevé de buveurs réguliers (57 %). Par ailleurs, la Colombie-Britannique et l'Alberta ont les taux déclarés les plus élevés d'activité physique (27 % et 26 % respectivement) et l'Î.-P.-É., le plus faible (14 %). Quant aux femmes qui prennent des mesures pour améliorer leur état de santé, les taux sont les plus élevés en Ontario et en Colombie-Britannique, et les plus faibles en Saskatchewan et à Terre-Neuve-et-Labrador (39 % contre 41 %). C'est enfin en Colombie-Britannique que les taux autodéclarés de consultation d'un praticien des soins de santé parallèles sont les plus élevés [9].

Comme les mauvaises pratiques de santé sont concentrées au Québec et dans les provinces de l'Atlantique, il est intéressant de signaler que le Québec affiche le taux le plus élevé d'état de santé autodéclaré excellent ou très bon (27 % chez les hommes et les femmes), suivi de près par Terre-Neuve-et-Labrador (26 %). La Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse affichent les taux déclarés les plus faibles d'état de santé excellent ou très bon (17 % et 20 % respectivement) [7]. Là encore, ces données indiquent que les facteurs qui influent sur l'état de santé auto-évalué sont complexes et ambigus.

Revenu et niveau d'études : Il est bien connu que les femmes et les hommes dont la situation socio-économique (SSE) est inférieure sont beaucoup plus susceptibles d'avoir des habitudes de vie sédentaires et des habitudes alimentaires plus mauvaises, d'avoir un excédent de poids et de fumer que les femmes et les hommes dont la SSE est plus élevée [9, 10]. Ils résistent en outre davantage à tout changement de leurs pratiques de santé [10, 11].

Les publications montrent que les niveaux d'activité augmentent avec le revenu, constatation qu'appuient les résultats des trois phases de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) [6-8]. Selon les données tirées de l'ENSP (1996-1997), 51 % des femmes qui ont les revenus les plus élevés sont inactives physiquement comparativement à 60 % de celles dont le revenu est le plus faible [8].

Les tendances de la consommation d'alcool selon la situation socioéconomique sont plus complexes [12, 13]. Les résultats de l'ENSP de 1996-1997 indiquent que les taux de consommation occasionnelle excessive d'alcool sont plus élevés chez les femmes de la catégorie des revenus les plus élevés (19 %) comparativement à celle des catégories des revenus moyens et inférieurs (14 % et 10 % respectivement). Les femmes qui boivent régulièrement sont aussi plus susceptibles d'avoir un revenu plus élevé, d'être plus âgées, célibataires et plus instruites [14]. En ce qui concerne l'alimentation, les femmes à faible revenu sont plus susceptibles que celles qui ont un revenu élevé de dire que leurs habitudes alimentaires sont moyennes ou médiocres et d'être préoccupées par le coût des aliments à faible teneur en matières grasses [8].

Enfin, les femmes dont le revenu du ménage est plus élevé sont plus susceptibles (20 %) que celles aux niveaux de revenu inférieurs (12 %) de déclarer qu'elles ont recours à des soins de santé parallèles [6]. Il existe des tendances semblables en ce qui concerne le niveau d'études.

Âge : On établit en général un lien entre le vieillissement, des pratiques de santé plus mauvaises et une perception moins bonne de son propre état de santé. À mesure qu'elles vieillissent, les femmes ont tendance à prendre du poids, à faire moins d'activité physique [15, 16], et elles sont plus susceptibles de signaler que leur état de santé est moyen ou médiocre si elles ont pris trop de poids [2, 17, 18]. Selon les données de l'ENSP, les jeunes femmes présentent les taux les plus faibles (5 %) et les femmes de 55 à 64 ans, les taux les plus élevés (environ 17 %) d'obésité, tendance qui se répète dans les trois cycles de l'ENSP [6].

Les taux de tabagisme chez les jeunes femmes (12 à 17 ans) préoccupent de plus en plus au Canada, étant donné plus particulièrement qu'ils dépassent maintenant ceux des jeunes hommes. La tendance observée en 1994-1995 se maintient : le taux de tabagisme chez les jeunes femmes de 12 à 14 ans (10 %) et de 15 à 17 ans (29 %) est demeuré beaucoup plus élevé que chez les jeunes hommes du même âge (6 % et 22 % respectivement). Chez les femmes, les taux de tabagisme atteignent leur maximum (environ 32 %) chez les 18 à 54 ans et leur minimum (15 %) chez les 65 ans et plus [9]. Dans les groupes d'âge moyen, le pourcentage des femmes qui fument se rapproche de celui des hommes, en partie parce qu'il y a plus d'hommes que de femmes qui cessent de fumer. On établit un lien entre le tabagisme chez les femmes de ce groupe d'âge et un faible revenu et un niveau d'études moins élevé, une consommation d'alcool plus importante et l'inactivité [14].

L'augmentation de la consommation d'alcool chez les jeunes femmes constitue une tendance à la hausse démontrée [19]. Les jeunes femmes (20 à 24 ans) sont au nombre des plus grands consommateurs d'alcool et de ceux qui en abusent le plus. En fait, le pourcentage des femmes de 20 à 24 ans reconnues comme buveuses régulières (qui ont pris une consommation ou plus par mois) a presque doublé de 1994-1995 à 1996-1997 [7, 8]. Chez les femmes de plus de 64 ans, la prévalence de la consommation régulière d'alcool continue de baisser graduellement [8].

Chez les femmes, le recours aux soins parallèles est plus courant du début jusqu'au milieu de l'âge adulte. Parmi les femmes de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans, 19 % ont signalé avoir consulté un praticien de disciplines parallèles en 1998-1999, comparativement à environ 11 % chez les 18 à 24 ans et chez les 65 ans et plus [20].



Statut d'immigrante : Selon les données tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, des statistiques démographiques (1985-1987 et 1990-1992) et de l'Enquête sociale générale (ESG), les immigrantes (et en particulier les nouvelles immigrantes provenant de pays non européens) sont en meilleure santé que les femmes nées au Canada [21-23]. Cette constatation s'appuie sur des études australiennes et américaines qui montrent que pour presque chaque indicateur de l'état de santé et chaque caractéristique socio-démographique, les immigrantes qui se trouvent dans leur pays d'accueil depuis moins de 10 ans sont en meilleure santé que les immigrantes de longue date (plus de 10 ans) et les membres de la population nés au pays [24-26]. Les données tirées de l'ENSP de 1996-1997 indiquent que les nouvelles immigrantes sont moins susceptibles de boire et de fumer régulièrement et d'avoir un excédent de poids que les femmes nées au Canada [23, 24]. Par ailleurs, elles sont aussi moins susceptibles d'être actives physiquement et plus susceptibles d'avoir de mauvaises habitudes alimentaires que leurs homologues nées au Canada [27, 28]. Seulement 5 % des immigrantes d'origine asiatique sont obèses, toutefois, comparativement à 12 % des Canadiennes [7].

Par ailleurs, une autre étude canadienne [29] fondée sur des données tirées de l'ESG (1985 et 1991) a révélé que l'état de santé des immigrantes ne présente pas de différence significative par rapport à celui des Canadiennes nées au Canada et que l'état de santé autodéclaré ne change pas au fil du temps.

Des études canadiennes montrent que les pratiques de santé des immigrants et des immigrantes changent avec le temps pour ressembler à celles des Canadiens d'origine. Cette recherche indique que les nouvelles immigrantes fument moins, boivent moins et sont moins susceptibles d'être obèses que les immigrantes de longue date [21, 30]. Une enquête canadienne a indiqué que les nouveaux arrivants à Windsor buvaient moins que leurs homologues d'origine canadienne, même si la consommation d'alcool était plus prévalente chez les nouveaux immigrants plus instruits et à revenu plus élevé [31].

Situation de famille : Les publications montrent que le fait d'être conjoint de droit ou de fait a un effet mixte sur les pratiques de santé [32-34]. Les femmes qui ont un partenaire boivent moins et ont moins de problèmes reliés à l'alcool que les femmes célibataires [32]. Il est aussi démontré que le mariage a un effet positif sur la qualité de l'alimentation des femmes. Sur le plan négatif, les femmes mariées qui ont de jeunes enfants sont moins susceptibles d'être actives physiquement que leurs homologues célibataires [33]. La recherche sur le lien entre la situation de famille et l'IMC est limitée. Une étude sur l'image corporelle a toutefois démontré que l'insatisfaction des personnes mariées et célibataires [34] face à leur corps atteint des niveaux comparables.

Effets des facteurs sociaux, économiques et démographiques sur l'état de santé auto-évalué

Le revenu et le niveau d'études montrent tous deux un gradient positif, indépendant et distinct par rapport à l'état de santé auto-évalué [2, 35]. Au Canada, Shields et Shooshtari [2] ont constaté que les femmes des ménages à faible revenu étaient plus susceptibles que celles des ménages mieux nantis de dire que leur état de santé était moyen ou médiocre et moins susceptibles de le déclarer très bon ou excellent. De même, les femmes qui ont terminé des études postsecondaires étaient plus susceptibles de se dire en très bonne ou excellente santé que celles qui ont fait des études moins poussées.

L'âge montre aussi un gradient positif indépendant distinct par rapport à l'état de santé auto-évalué [35, 36]. Une étude [36] démontre que les pratiques de santé ont plus d'effets sur l'autoévaluation chez les groupes d'âge plus jeunes, tandis que la capacité fonctionnelle a une plus grande influence sur l'évaluation des personnes âgées.

En ce qui concerne l'état de santé auto-évalué, Shields et Shooshtari [2] ont constaté que les femmes qui ne se sont jamais mariées étaient plus susceptibles de juger leur état de santé moyen ou médiocre que les femmes mariées ou qui l'avaient déjà été.

Des études canadiennes récentes ont produit des conclusions contradictoires en ce qui a trait à l'état de santé autodéclaré des immigrants. Dans le contexte d'une étude [22], les chercheurs ont utilisé la base de données de l'ENSP de 1994-1995 et constaté que les immigrants étaient en meilleure santé que les personnes nées au Canada. En revanche, à la suite d'une étude plus récente [37] fondée sur la même base de données, les chercheurs ont constaté que les immigrantes étaient plus susceptibles que les non-immigrantes de se dire en mauvaise santé. Dans le groupe des immigrantes, celles d'origine européenne et les immigrantes de longue date étaient plus susceptibles que leurs homologues non européennes arrivées récemment au Canada de dire que leur état de santé était moyen ou médiocre [38].

Pratiques de santé et état de santé auto-évalué

Il y a moins de renseignements disponibles sur les pratiques de santé et l'état de santé auto-évalué que sur les facteurs démographiques à cet égard. Les femmes de tous les groupes d'âge au Canada sont légèrement moins susceptibles que les hommes de se dire en très bonne ou excellente santé [2]. Les facteurs importants qui jouent sur les perceptions que les femmes ont de leur état de santé moyen ou médiocre sont un gain de poids défavorable à la santé et une réduction de l'activité physique, tandis que le tabagisme et la consommation d'alcool sont des facteurs de prédiction plus importants qui indiquent que les hommes jugeront leur état de santé médiocre [39, 40]. Comparativement aux hommes, les facteurs structurels sociaux (p. ex., revenu, emploi et niveau d'études) jouent aussi un rôle plus important dans la détermination de l'état de santé des femmes [39]. Lorsque l'on tient compte des répercussions des changements des pratiques de santé au fil du temps, des pratiques de santé *améliorées*, comme une activité physique accrue, n'ont pas d'effet sur l'état de santé auto-évalué des femmes [2]. On a toutefois établi des liens entre d'autres changements — comme un changement négatif de l'état physique ou de facteurs psychosociaux — et un changement correspondant de l'état de santé auto-évalué [2]. Il est clair que l'évaluation qu'une personne fait de son état de santé est un processus complexe qui exige d'autres recherches.

Résultats

Variations entre les provinces et les territoires

Les tableaux 1 et 2 décrivent la variation géographique des pratiques de santé des femmes. Les femmes de la Colombie-Britannique présentent le coefficient de probabilité le plus élevé d'avoir de multiples pratiques favorables à la santé (rapports de cotes [RC] 1,11, intervalle de confiance [IC] 1,04, 1,18). Celles du Québec présentent par ailleurs le coefficient de probabilité le plus faible (RC 0,13, IC 0,12, 0,14).

Les déclarations de multiples facteurs de risque pour la santé sont plus courantes en Ontario. Parmi les autres régions, les femmes du Nord et celles des provinces de l'Atlantique étaient plus susceptibles que celles du Québec d'avoir de multiples pratiques risquées, mais leur rapport de cotes s'établissait à environ la moitié de celui des femmes de l'Ontario (RC 0,50, IC 0,44, 0,57 et RC 0,47, IC 0,44, 0,50 respectivement).

Notre analyse de l'état de santé auto-évalué selon la région a révélé que comparativement aux femmes de l'Ontario, celles des autres régions géographiques étaient moins susceptibles de signaler que leur état de santé auto-évalué était bon ou excellent (voir tableau 3). Dans les autres régions, les femmes des provinces de l'Atlantique étaient plus susceptibles que celles de la Colombie-Britannique, des Prairies ou du Nord de se dire en très bonne ou excellente santé (RC 0,85, IC 0,79, 0,92).



Revenu et niveau d'études

Nos constatations appuient les résultats de recherches antérieures qui indiquent qu'il existe un solide gradient social entre une augmentation du revenu et du niveau d'études, d'une part, et des pratiques favorables à la santé, de l'autre (voir tableau 4). La tendance était plus apparente en ce qui a trait aux pratiques favorables à la santé. Par exemple, 15,1 % des femmes à revenu élevé et 8,5 % de celles qui ont un faible revenu ont consulté un dispensateur de soins de santé parallèles. Les femmes à revenu élevé ont modifié leurs pratiques afin d'améliorer leur état de santé (69,1 % contre 61,8 %), elles ont consommé plus de cinq portions de fruits et de légumes (43,7 % contre 37,2 %) et ont fait plus d'activité physique (18,76 % contre 16,04 %). De même, la probabilité des femmes instruites comparativement à celles qui le sont moins de consulter un dispensateur de soins de santé parallèles s'établissait à 17,0 % contre 6,3 %, celle des changements destinés à améliorer leur état de santé, à 70,7 % contre 64,1 %, et elles ont consommé plus de cinq portions de fruits et de légumes dans une proportion de 44,0 % contre 38,8 %.

En ce qui concerne le lien entre les facteurs de risque pour la santé, le revenu et le niveau d'études, nos constatations ont suivi une tendance moins distincte. Comparativement aux personnes à faible revenu, la probabilité de celles qui avaient un revenu élevé de fumer s'établissait à 22,9 % contre 33,1 %, de boire excessivement à l'occasion, à 1,9 % contre 2,7 % et d'être inactives, à 52,9 % contre 60,1 %. Par ailleurs, les femmes à revenu élevé étaient tout aussi susceptibles que celles qui avaient un revenu faible d'avoir un excédent de poids (20,3 % contre 19,3 %) et le pourcentage de celles qui boivent régulièrement s'établit à 52,2 % contre 33,1 %.

Le tabagisme, l'activité physique, la consommation occasionnelle excessive d'alcool et le contrôle du poids montrent un lien différent avec le revenu qu'avec le niveau d'études. Il n'y avait pas de différences dans le pourcentage des fumeuses moins instruites et plus instruites (23,6 % contre 23,8 %), pas plus qu'il n'y en avait entre le niveau d'études et l'activité physique (faible à 18,0 % contre élevé à 18,7 %). En outre, 2,1 % des femmes instruites ont déclaré boire excessivement à l'occasion contre 1,6 % de leurs homologues moins instruites. Enfin, 21,6 % des femmes instruites avaient un surplus de poids contre 14,8 % de celles qui l'étaient moins.

Comme on peut le voir ailleurs [2], il existe un gradient social positif solide entre les niveaux de revenu et d'études et l'état de santé auto-évalué (voir tableau 3).

Âge

À l'exception de l'activité physique, l'analyse n'a pas révélé de tendances distinctes entre l'âge et les pratiques favorables à la santé (voir tableau 5). Il y avait peu de différences entre les trois groupes d'âge en ce qui concerne la probabilité des intéressées de modifier leurs pratiques pour améliorer leur état de santé et aussi peu de différence sur le plan de la consommation de fruits et de légumes, même si 48,4 % des 65 ans et plus consommaient plus de cinq portions de fruits et de légumes par jour comparativement à 39,8 % des 20 à 44 ans. Chez les femmes âgées de 20 à 44 ans, 17,2 % ont consulté des dispensateurs de soins de santé parallèles, contre 16,0 % des femmes âgées de 45 à 64 ans.

Les activités risquées pour la santé étaient plus probables chez les femmes de 20 à 44 ans et de 45 à 64 ans. Le pourcentage des fumeuses s'établissait à 29,5 % et 23,66 % respectivement, et 57,0 % et 27,50 % d'entre elles buvaient régulièrement. La proportion de celles qui se livraient à une consommation occasionnelle excessive d'alcool s'établissait à 3,0 % chez les femmes de 20 à 44 ans et à 3,2 % chez celles de 12 à 19 ans.

Conformément à d'autres résultats [2], les résultats actuels indiquent que plus de jeunes femmes jugeaient leur état de santé très bon ou excellent (voir tableau 3).

Statut d'immigrante

Les constatations dans ce domaine étaient mixtes (voir tableau 6). Les taux de tabagisme, de consommation régulière d'alcool et de pratiques risquées multiples chez les non-immigrantes ont renforcé les constatations antérieures [21, 22]. Le pourcentage des femmes d'origine canadienne qui étaient physiquement actives s'établissait toutefois à 19,6 % comparativement à 14,7 % chez les immigrantes de longue date, et le pourcentage de celles qui consultaient des dispensateurs de soins de santé parallèles s'établissait à 14,6 % contre 12,7 %.

Des recherches antérieures [21-29] indiquent que plus une personne réside longtemps dans son pays d'accueil, plus ses pratiques de santé convergent avec celles de ses homologues originaires du pays. Les résultats courants à cet égard étaient toutefois non conformes. Même s'il y avait peu de différences entre les femmes d'origine canadienne et les immigrantes de longue date en ce qui concerne la consommation de fruits et de légumes (42,5 % contre 44,64 % respectivement) et le surplus de poids (20,2 % contre 19,6 % respectivement), les femmes originaires du Canada ont déclaré des taux de tabagisme de 26,9 % contre 12,9 % chez les immigrantes de longue date, et 52,4 % buvaient régulièrement contre 38,8 % chez les immigrantes de longue date.

L'analyse a révélé que les immigrantes (de longue date et nouvellement arrivées) étaient moins susceptibles d'avoir de multiples pratiques risquées pour la santé que leurs homologues originaires du Canada. Le pourcentage des nouvelles immigrantes, d'immigrantes de longue date et de non-immigrantes qui ont modifié leurs pratiques afin d'améliorer leur état de santé au cours de l'année précédente s'établissait à 84,9 %, 82,9 % et 65,1 % respectivement.

Enfin, les immigrantes (de longue date et nouvellement arrivées) étaient plus susceptibles que les non-immigrantes de se dire en très bonne ou excellente santé (RC 0,74, IC 0,68, 0,79) (voir tableau 3).

Situation de famille

Les résultats présentés ici appuient en partie l'affirmation selon laquelle le mariage a un effet protecteur sur les pratiques de santé des femmes (voir tableau 7). Le pourcentage des femmes mariées ou vivant avec un partenaire comparativement à celui des femmes sans partenaire qui ont déclaré fumer s'établissait à 21,7 % contre 26,6 % et celui des femmes qui ont déclaré boire excessivement à l'occasion, à 1,1 % contre 3,1 %. En ce qui concerne la consommation de plus de cinq portions de fruits et de légumes par jour et la consultation de dispensateurs de soins de santé parallèles, les pourcentages s'établissaient à 43,9 % des femmes mariées ou vivant avec un partenaire contre 40,8 % des femmes sans partenaire, et à 15,1 % contre 12,4 % respectivement. Par ailleurs, le pourcentage des femmes mariées ou vivant avec un partenaire qui ont déclaré être physiquement actives s'établissait à 16,3 % contre 21,4 % dans le cas de leurs homologues célibataires. Pour ce qui est de l'excédent de poids, les pourcentages signalés s'établissaient à 24,2 % et 13,6 % des femmes vivant avec un partenaire et sans partenaire respectivement. Il y avait peu de différences entre les deux groupes en ce qui concerne les changements apportés pour améliorer leur état de santé au cours de l'année précédente (69,7 % des femmes mariées contre 67,7 % des femmes célibataires).

Enfin, les femmes mariées étaient légèrement plus susceptibles que leurs homologues célibataires de se dire en très bonne ou excellente santé (RC 1,11, IC 1,05, 1,18) (voir tableau 3).



Discussion

Variation géographique

Les résultats de l'analyse de la variation géographique des pratiques de santé correspondaient en grande partie à ceux de recherches antérieures. C'est en Colombie-Britannique, où les taux d'activité physique peuvent être plus élevés en partie parce que le temps y est plus clément et en partie à cause d'une culture distincte qui valorise l'exercice physique, que l'on constate les pratiques les plus favorables à la santé. D'autres pratiques plus courantes en Colombie-Britannique, comme l'attention portée au choix des aliments et les consultations de praticiens de soins de santé parallèles, correspondent à la position de la Colombie-Britannique comme une des trois provinces les plus en santé au Canada [41]. Par ailleurs, les femmes du Québec, province dont la richesse est comparable, étaient les moins susceptibles d'avoir de multiples pratiques favorables à la santé. Les différences marquées au niveau des comportements, en dépit de la conjoncture économique semblable des deux provinces, indiquent que les pratiques de santé peuvent être reliées plus étroitement aux différences historiques au niveau des valeurs culturelles qu'à la situation socio-économique [42].

Comparativement à l'Ontario, toutes les autres régions du Canada présentaient un rapport de cotes moins élevé de pratiques risquées pour la santé, ce qui est étonnant vu que des recherches antérieures ont montré que les pratiques de santé sont plus risquées au Québec, dans les provinces de l'Atlantique et dans le Nord [7, 8]. Cet écart peut être attribuable en partie aux indices de risques multiples pour la santé utilisés dans le rapport.

Même si leurs pratiques de santé sont plus risquées, les femmes de l'Ontario sont plus susceptibles que celles d'autres régions géographiques de se dire en très bonne ou excellente santé. La probabilité relativement élevée chez les femmes des provinces de l'Atlantique de se déclarer en très bonne ou excellente santé entre aussi en contradiction avec les résultats de recherches antérieures qui montrent l'existence d'un solide gradient socioéconomique avec l'état de santé auto-évalué [2]. L'écart entre les comportements médiocres pour la santé et les autoperceptions favorables de l'état de santé au Québec, ainsi que les résultats étonnants des provinces de l'Atlantique, évoquent la possibilité qu'en plus des facteurs socio-démographiques traditionnels, d'autres composantes comme les contextes social, culturel, politique et environnemental puissent avoir un effet sur les perceptions relatives à l'état de santé [43, 44].

Revenu et niveau d'études

Même si l'existence constatée d'un gradient social entre des pratiques plus saines et une augmentation du revenu et du niveau d'études appuie des recherches antérieures, la tendance était plus cohérente dans le cas des pratiques favorables à la santé que dans celui des pratiques qui représentent un risque [1, 7, 10]. Nos constatations n'ont pas appuyé de façon uniforme les résultats de recherches antérieures indiquant que les pratiques risquées pour la santé sont plus répandues chez les personnes à faible revenu et moins instruites, même si le revenu semble avoir, sur les pratiques de santé, un effet plus protecteur que le niveau d'études. En fait, les femmes plus instruites semblent aussi susceptibles, et dans certains cas (consommation occasionnelle excessive d'alcool, excédent de poids) plus susceptibles, d'avoir des pratiques risquées pour la santé. La constatation selon laquelle le surplus de poids est plus courant chez les femmes plus instruites, en particulier, contredit les résultats de recherches antérieures. Il faut toutefois interpréter ces résultats avec prudence, car les données contenues dans le tableau 6 n'ont pas été ajustées en fonction de l'âge, ce qui pourrait constituer un facteur de confusion lié à l'âge. La différence pourrait aussi découler d'une variation de la définition de la variable niveau d'études plutôt que de nouvelles consultations. Il est clair que des recherches plus poussées s'imposent pour explorer l'interdépendance complexe entre le revenu et le niveau d'études et d'autres facteurs sociaux, y compris le soutien social et l'environnement physique. Il importe en outre que les professionnels de la santé soient plus conscients de la grappe de pratiques risquées pour la santé plus courantes chez les personnes à revenu plus élevé et chez les femmes plus instruites.

Âge

Les résultats à cet égard n'appuient pas les résultats d'études antérieures qui indiquent l'existence d'une tendance importante à des pratiques plus mauvaises pour la santé (et en particulier le tabagisme) chez les femmes très jeunes (12 à 19 ans) [7, 43]. En fait, le tableau 2 montre que tous les groupes plus âgés sont plus exposés à des facteurs de risques multiples que les 12 à 19 ans. Les résultats ont toutefois été limités par le fait que les données tirées de l'ESCC sont transversales et que les changements temporels à l'intérieur des groupes d'âge n'étaient pas évidents au cours de notre étude. Étant donné en outre la taille limitée des échantillons, les paramètres utilisés pour définir les cohortes selon l'âge étaient nécessairement généraux. Il y a une autre possibilité, soit un « effet de cohorte » dans le contexte duquel une génération de femmes qui avaient des pratiques risquées pour la santé se retrouvent maintenant dans le groupe des 20 à 44 ans, ce qui entraîne un regroupement de mauvaises pratiques pour la santé dans ce groupe d'âge. Enfin, au cours d'analyses antérieures [8], on a comparé les taux de tabagisme et de consommation d'alcool entre les jeunes femmes et les jeunes hommes au lieu de comparer des groupes d'âge chez les femmes. Il faut pousser plus loin la recherche sur les pratiques de santé des jeunes femmes afin de déterminer les groupes d'âge les plus à risque.

Même si elles ont des comportements plus sains, les femmes plus âgées sont moins susceptibles de se dire en très bonne ou excellente santé. On pense que l'incidence plus élevée de problèmes de santé chroniques chez les femmes âgées peut contribuer au fait qu'elles se disent en moins bonne santé.

Statut d'immigrante

Les explications complètes des différences entre les pratiques de santé des immigrantes de longue date et des non-immigrantes sont complexes. Certaines des différences peuvent être attribuables à des disparités sur le plan du revenu entre les immigrantes et les non-immigrantes [8]. Il y a un lien solide entre l'activité physique accrue, l'attention accordée à l'alimentation et la consultation de dispensateurs de soins de santé parallèles et des revenus plus élevés. Ces facteurs sont aussi beaucoup plus prévalents chez les non-immigrantes [8]. L'âge peut aussi être un facteur contributeur, car les immigrantes ont tendance à être plus âgées que leurs homologues originaires du Canada et l'on établit un lien entre le vieillissement et des habitudes de vie plus sédentaires [8]. Enfin, le taux de tabagisme toujours plus élevé chez les non-immigrantes peut avoir une composante culturelle autant qu'économique.

Situation de famille

Les résultats confirment ceux de recherches antérieures sur les effets protecteurs de la vie avec un partenaire [32]. Étant donné que les femmes qui vivent avec un partenaire ont un revenu du ménage plus élevé, leurs taux plus élevés de consultation de dispensateurs de soins de santé parallèles et d'attention accordée à l'alimentation correspondent aux liens établis entre le niveau du revenu et ces pratiques.

La probabilité légèrement plus élevée pour les femmes mariées de se dire en très bonne ou excellente santé concorde avec les résultats de nombreuses études qui indiquent que le mariage entraîne une amélioration de la santé mentale et physique [44, 45]. Il faut pousser la recherche à cet égard pour définir d'autres facteurs qui jouent sur les pratiques de santé des femmes célibataires en ce qui concerne l'état de santé. Les répercussions des valeurs sociales et des ressources communautaires sur la capacité des femmes à adopter des pratiques d'autosoins, ce qui les incite à le faire, ainsi que les répercussions qui en découlent sur leur état de santé, sont particulièrement intéressantes.

Limites de l'analyse

À cause de la nature transversale des données contenues dans l'ESCC, il est impossible de tirer des conclusions sur les relations de cause à effet et sur les résultats. Cette limite était particulièrement pertinente en ce qui a trait à l'analyse des différences reliées à l'âge au niveau des comportements sanitaires des femmes, car des données sur les changements temporels au sein des groupes d'âge auraient renforcé l'analyse.



Une autre limite a trait à la façon dont il faudrait opérationnaliser les variables relatives aux pratiques de santé. La variable tabagisme détermine le statut de fumeur. Comme le nombre de fumeurs a diminué considérablement au cours des trois dernières décennies (de 50 à 30 %), il se peut que beaucoup de non-fumeurs actuels soient en fait d'anciens fumeurs. Le regroupement des anciens fumeurs et des non-fumeurs pourrait produire des différences trompeuses entre des groupes socio-démographiques de femmes. La catégorie « active » inclut à la fois l'exercice très intense et l'exercice modéré, ce qui pourrait aussi entraîner des dissonances au niveau des résultats entre des groupes socio-démographiques.

Enfin, à cause de la taille limitée des cellules, les données contenues dans les tableaux sur le revenu, le niveau d'études, le statut d'immigrante et la situation de famille ne sont pas ajustés en fonction de l'âge. Il s'ensuit que les différences reliées à l'âge peuvent constituer des facteurs de confusion dans les résultats, et c'est pourquoi il faut interpréter les constatations avec prudence.

Recommandations stratégiques

Cette étude a mis en évidence des sous-groupes de femmes qui se livrent à des pratiques particulièrement mauvaises pour la santé : les femmes à faible revenu, les immigrantes établies (comparativement aux nouvelles immigrantes) et les femmes vivant en Ontario et au Québec. Elle a aussi signalé des divergences possibles entre les pratiques de santé des femmes et leur état de santé auto-évalué, en particulier chez les jeunes femmes et chez celles du Québec. Compte tenu de nos constatations, nous présentons les recommandations suivantes pour des analyses politiques futures.

1. Élaborer des indicateurs plus sensibles afin de saisir d'autres facteurs possibles d'influence sur la santé des femmes. Kawachi et al. [44] ont constaté que les femmes présentent des taux plus élevés de maladie et de décès dans les États américains qui leur accordent moins de liberté politique et d'autonomie financière. L'élaboration d'indices permettant de mesurer les effets de facteurs plus généraux sur la santé, comme l'activité politique des femmes, leur autonomie financière, leur emploi et leur revenu, ainsi que leurs droits génésiques, produirait des renseignements importants sur la santé des femmes.
2. Créer les outils et les ressources nécessaires pour réaliser des études longitudinales sur les pratiques de santé personnelles des immigrantes et sur l'évolution de leur état de santé. Le manque de données sur les pratiques de santé des immigrantes limite dans quelle mesure nous pouvons comprendre les causes sous-jacentes des changements des pratiques en question et les conséquences que ces changements peuvent avoir par la suite sur l'évolution de l'état de santé des intéressées.
3. Créer les outils et les ressources nécessaires pour réunir plus de données sur les facteurs, outre les variables socio-démographiques traditionnelles, qui peuvent avoir un effet sur les pratiques de santé et les perceptions relatives à l'état de santé. Il faut plus particulièrement des indicateurs plus sensibles pour aider à comprendre les influences de facteurs comme le niveau d'études et de revenu de leurs parents sur les pratiques de santé des intéressées, ainsi que l'influence des critères culturels et géographiques.
4. S'attaquer au manque d'information sur les pratiques de santé des femmes des régions rurales et en particulier du Nunavut, du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest. Plus de 20 % des femmes vivent en milieu rural [8]. Il est reconnu que les femmes des régions rurales ont des niveaux beaucoup moins élevés de revenu, d'études et d'emploi. Compte tenu du lien solide établi entre ces facteurs et les pratiques mauvaises pour la santé, ainsi que l'état de santé auto-évalué, le manque de données sur les régions rurales du Canada, et en particulier sur les femmes du Nord, est déconcertant.
5. Contrer le manque d'information disponible sur les pratiques de santé des femmes autochtones en veillant à les inclure dans les enquêtes nationales. Compte tenu de ce que l'on sait déjà au sujet des pratiques mauvaises pour la santé et de l'état de santé auto-évalué des femmes autochtones [7], il est urgent de réunir plus d'information sur les pratiques de santé de ce sous-groupe vulnérable.

6. Effectuer d'autres recherches pour clarifier les facteurs contextuels qui sous-tendent les différences régionales aux niveaux de la culture, des valeurs et des comportements qui ont trait à la santé et aux pratiques de santé.
7. Reconnaître l'importance de la conjoncture socio-économique et culturelle et son influence sur les pratiques de santé. Les résultats de la présente étude appuient ceux d'analyses antérieures qui indiquent que des facteurs socio-économiques jouent un rôle important dans les pratiques de santé. Sans compter une orientation vers les comportements individuels sur le plan de la santé, il faut donc analyser des orientations stratégiques qui visent à réduire à la fois les iniquités socio-économiques et celles interculturelles.
8. Élaborer des programmes ciblés d'éducation sur la santé par la promotion de comportements individuels favorables à la santé chez les femmes autochtones, les femmes à faible revenu et les jeunes femmes (20 à 44 ans).
9. Effectuer d'autres recherches pour comprendre les raisons culturelles des pratiques de santé de sous-groupes de femmes. Les sous-groupes vulnérables, y compris les jeunes femmes (20 à 44 ans) et les femmes à faible revenu, préoccupent particulièrement.



Références

1. Lantz PM, House J, Lepkowski JM, Williams DR, Mero RP, Chen J. Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. *JAMA* 1998;279(21):1703-8.
2. Shields M, Shooshtari S. Determinants of self-perceived health. *Health Rep* 2001;13(1):35-52.
3. World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. *Charter for health promotion*. Ottawa: CPHA, 1986.
4. Shadbolt B. Some correlates of self-rated health for Australian women. *Am J Public Health* 1997;87:951-6.
5. Lundberg O, Manderbacka K. Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scand J Soc Med* 1996;24:218-24.
6. Statistics Canada. How healthy are Canadians? *Health Rep* 2001;12(3).
7. Health Canada. Toward a healthy future: second report on the health of Canadians. Prepared by the Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health for the Meeting of Ministers of Health, Charlottetown, P.E.I., September 1999.
8. Statistics Canada. *Women in Canada 2000: a gender-based statistical report*. Ottawa, 2000. Cat. No. 89-503-XPE.
9. Health Canada. *Women and tobacco*. Fact Sheet. March 1999.
10. Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic life course. *Soc Sci Med* 1997;44:809-19.
11. Osler M. Social class and health behaviour in Danish adults: a longitudinal study. *Public Health* 1993;107:251-60.
12. Winkleby MA, Ragland DR, Fisher J, Syme SL. Socioeconomic status and health: how education, income and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am J Public Health* 1992;82(6):816-20.
13. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Affairs* 2002;21(2):60-76.
14. Hewitt D, Vinje G, MacNeil P (eds). *Horizons Two. Canadian Women's Alcohol and other drug use: increasing our understanding*. Ottawa: Health Canada, 1996. Cat. No. H39-307/2-1996E.
15. King AC, Kiernan M, Oman RF, Kraemer HC, Hull M, Ahn D. Can we identify who will adhere to long-term physical activity? Application of signal detection methodology as a potential aid to clinical decision-making. *Health Psychol* 1997;16(4):380-9.
16. Casperson CJ, Merritt, RK. Physical activity trends among states, 1986-90. *Med Sci Sports Exerc* 1995;27(5):713-20.
17. Power C, Matthews S, Manor O. Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life. *Lancet* 1998;351:1009-14.
18. Williamson DL. Health behaviours and health: evidence that the relationship is not conditional on income adequacy. *Soc Sci Med* 2000;51:1741-54.

19. Single E, Williams B, McKenzie D. *Canadian profile: alcohol, tobacco and other drugs*. Toronto, Ontario: Addiction Research Foundation and Canadian Centre on Substance Abuse, 1995.
20. Millar WJ. Patterns of use—alternative health care practitioners. *Health Rep* 2001;13(1):9-22.
21. Hyman, I. *Immigrant and visible minority women*. University Health Network, Institute for Clinical Evaluative Sciences. Centre for Research in Women's Health Status Report. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care; Women's Health Council (in press).
22. Chen J, Ng E, Wilkins R. The health of Canada's immigrants in 1994-5. *Health Rep* 1996;7(4):33-45.
23. Parakulam G, Krishnan V, Odynak D. Health status of Canadian-born and foreign-born residents. *Can J Public Health* 1992;83(4):311-4.
24. Leigh WA. *The health of women: minority/diversity perspectives*. Paper prepared for the U.S. Public Health Services Office on Women's Health. URL: <<http://www.hc-sc.gc.ca/canusa/papers/english/minorioab/htm>>. Accessed March 7, 2002.
25. Stephen EH, Foote K, Hendershot GE, Schoenborn CA. *Health of the foreign-born population*. Advance Data from Vital and Health Statistics, no. 241, 1994.
26. Donovan JL. Ethnicity and health: a research review. *Soc Sci Med* 1992;19:663-70.
27. Shatenstein B, Ghadirian P. Influences on diet, health behaviours and their outcome in select ethnocultural and religious groups. *Nutrition* 1998;14(2):223-30.
28. Huang B, Rodriguez BL, Burchfiel CM, Chyou PH, Curb JD, Yano K. Acculturation and prevalence of diabetes among Japanese-American men in Hawaii. *Am J Epidemiol* 1996;144(7):674-81.
29. Laroche M. Health status and health services utilization of Canada's immigrant and non-immigrant populations. *Canadian Public Policy* 2000;26(1):51-73.
30. Beiser M, Devins G, Dion R, Hyman I, Lin E. *Immigration, acculturation and health*. Final Report. Ottawa: National Health Research and Development Program, 1997.
31. Matuk LC. Alcohol use by newcomers. *Am J Health Behav* 1996;20(2):42-9.
32. Leonard KE, Rothbard JC. Alcohol and the marriage effect. *J Stud Alcohol* 1999;13:139-46.
33. Wearing B. Beyond the ideology of motherhood. *Australian and New Zealand Journal of Sociology* 1990;26:36-58.
34. Friedman MA, Dixon AE, Brownell KD, Whisman MA, Wilfley DE. Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders* 1999;26(1):81-5.
35. Manderbacka K, Lahelma E, Martikainen P. Examining the continuity of self-rated health. *Int J Epidemiol* 1998;27(2):208-13.
36. Krause NM, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *Med Care* 1994;32(9):930-42.
37. Dunn JR, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2000;51:1573-93.
38. Hyman I. *Immigration and health*. Working paper 01-05. Ottawa: Health Canada, 2001.
39. Denton M, Walters V. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Soc Sci Med* 1999;48:1221-35.



40. Badley EM, Wang PP, Cott CA, Gignac MA. *Determinants of changes in self-reported health and outcomes associated with those changes: a report of the longitudinal components of the 1994–1996 National Population Health Survey*. Working Paper 00-05. University Health Network, 2000.
41. Statistics Canada. CANSIM II. Tables 277-0001, 277-0002, 279-0002, 279-0011, 279-0015, 281-0028, 383-0006.
42. Pampalon R, Duncan C, Subramanian SV, Jones K. Geographies of health perception in Quebec: a multi-level perspective. *Soc Sci Med* 1999;48:1483-90.
43. Lahelma E, Arber S, Kivela K, Roos E. Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Soc Sci Med* 2002;54:727-40.
44. Kawachi I, Kennedy BP, Gupta V, Prothrow-Stitch D. Women's status and the health of women and men: a view from the States. *Soc Sci Med* 1999;48:21-32.
45. Barnett RC, Marshall NL, Singer JD. Job experiences over time, multiple roles and women's mental health: a longitudinal study. *J Pers Soc Psychol* 1992;62(4):634-44.

Tableau 1 : Probabilités de déclarer de multiples pratiques de santé favorables,^{1,2} selon certains facteurs démographiques

		Ratios de probabilités		IC 95 %	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Âge	De 12 à 19 ans	-	-	-	-
	De 20 à 44 ans	0,45*	0,61*	0,41-0,49	0,55-0,66
	De 45 à 64 ans	0,46*	0,69*	0,42-0,51	0,62-0,76
	65 ans et plus	0,61*	0,71*	0,55-0,67	0,65-0,78
Niveau d'études le plus élevé	Faible	-	-	-	-
	Élevé	1,44*	1,62*	1,35-1,54	1,52-1,72
Revenu du ménage	Faible	-	-	-	-
	Élevé	1,17*	1,26*	1,05-1,30	1,16-1,36
Situation de famille	En couple	-	-	-	-
	Marié	0,87*	1,04	0,81-0,92	0,98-1,10
Statut d'immigrant	Non	-	-	-	-
	Oui	0,97	0,82*	0,90-1,04	0,76-0,88
Région géographique	Ontario	-	-	-	-
	Colombie-Britannique	1,04	1,11*	0,97-1,11	1,04-1,18
	Prairies	0,33*	0,35*	0,30-0,36	0,33-0,38
	Québec	0,15*	0,13*	0,14-0,17	0,12-0,14
	Atlantique	0,38*	0,37*	0,36-0,41	0,34-0,39
	Nord	0,33*	0,31*	0,28-0,38	0,27-0,35

¹ Les « multiples pratiques de santé favorables » sont définies comme deux ou plusieurs des comportements favorables pour la santé suivants : être physiquement actif, consulter un dispensateur de soins de santé, avoir fait quelque chose au cours des 12 derniers mois pour améliorer la santé, manger des fruits et des légumes plus de cinq fois (ou portions) par jour.

² Tous les résultats proviennent des programmes bootstrap de Statistique Canada.

* Résultat selon de multiples pratiques de santé favorables.

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001



Tableau 2 : Probabilités de déclarer de multiples facteurs de risques de santé,^{1, 2} selon certaines variables démographiques choisies

		Ratios de probabilités		IC 95 %	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Âge	De 12 à 19 ans	-	-	-	-
	De 20 à 44 ans	4,08*	2,71*	3,71-4,48	2,47-2,97
	De 45 à 64 ans	3,61*	2,31*	3,28-3,98	2,10-2,54
	65 ans et plus	1,89*	1,58*	1,71-2,09	1,44-1,72
Niveau d'études le plus élevé	Faible	-	-	-	-
	Élevé	0,71*	0,72*	0,67-0,76	0,68-0,76
Revenu du ménage	Faible	-	-	-	-
	Élevé	0,76*	0,70*	0,70-0,83	0,65-0,75
Situation de famille	En couple	-	-	-	-
	Marié	0,86*	0,83*	0,80-0,91	0,79-0,88
Statut d'immigrant	Non	-	-	-	-
	Oui	0,87*	0,84*	0,81-0,94	0,78-0,90
Région géographique	Ontario	-	-	-	-
	Colombie-Britannique	0,39*	0,32*	0,36-0,42	0,30-0,35
	Prairies	0,52*	0,44*	0,48-0,57	0,41-0,47
	Québec	0,44*	0,40*	0,41-0,48	0,37-0,43
	Atlantique	0,54*	0,47*	0,50-0,58	0,44-0,50
	Nord	0,58*	0,50*	0,51-0,65	0,44-0,57

¹ Les « multiples facteurs de risques de santé » sont définis comme une combinaison de deux ou plusieurs des facteurs de risques de santé suivants : le tabagisme, la consommation d'analgésiques, prendre un coup, être physiquement inactif, manger des fruits ou des légumes moins de cinq fois (ou portions) par jour.

² Tous les résultats proviennent des programmes bootstrap de Statistique Canada.

* Résultat selon de multiples facteurs de risques.

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001

Tableau 3 : Probabilités de déclarer une excellente ou une bonne santé, selon les multiples pratiques de santé favorables,¹ les multiples facteurs de risques² et autres facteurs démographiques choisis

		Ratios de probabilités		IC 95 %	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Âge	De 12 à 19 ans	-	-	-	-
	De 20 à 44 ans	0,66*	0,68*	0,60-0,73	0,62-0,76
	De 45 à 64 ans	0,34*	0,40*	0,31-0,38	0,36-0,44
	65 ans et plus	0,16*	0,22*	0,15-0,18	0,20-0,24
Multiples pratiques de santé favorables	Non	-	-	-	-
	Oui	1,08*	0,99	1,02-1,15	0,93-1,05
Multiples facteurs de risque	Non	-	-	-	-
	Oui	0,59*	0,55*	0,56-0,63	0,52-0,58
Niveau d'études le plus élevé	Faible	-	-	-	-
	Élevé	1,83*	1,95*	1,71-1,95	1,84-2,07
Revenu du ménage	Faible	-	-	-	-
	Élevé	1,84*	1,78*	1,68-2,02	1,65-1,92
Situation de famille	En couple	-	-	-	-
	Marié	1,08*	1,11*	1,02-1,15	1,05-1,18
Statut d'immigrant	Non	-	-	-	-
	Oui	0,85*	0,74*	0,78-0,92	0,68-0,79
Région géographique	Ontario	-	-	-	-
	Colombie-Britannique	0,76*	0,71*	0,71-0,81	0,67-0,76
	Prairies	0,81*	0,73*	0,74-0,88	0,67-0,78
	Québec	0,94	0,81*	0,86-1,02	0,74-0,87
	Atlantique	0,82*	0,85*	0,75-0,88	0,79-0,92
	Nord	0,65*	0,68*	0,58-0,74	0,59-0,78

¹ Les « multiples pratiques de santé favorables » sont définies comme deux ou plusieurs des comportements favorables pour la santé suivants : être physiquement actif, consulter un dispensateur de soins de santé, avoir fait quelque chose au cours des 12 derniers mois pour améliorer la santé, manger des fruits et des légumes plus de cinq fois (ou portions) par jour.

² Les « multiples facteurs de risques de santé » sont définis comme une combinaison de deux ou plusieurs des facteurs de risques de santé suivants : le tabagisme, la consommation d'analgésiques, prendre un coup, être physiquement inactif, manger des fruits ou des légumes moins de cinq fois (ou portions) par jour.

* Tous les résultats proviennent des programmes bootstrap de Statistique Canada.

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001



Tableau 4 : Revenu, niveau d'études et pratiques de santé (non ajusté selon l'âge)[†]

		Revenu (%)		Niveau d'études (%)	
		Faible	Élevé	Faible ¹	Élevé ²
Pratiques de santé favorables	Activité physique (actif)	16,04	18,76	18,04	18,67
	A consulté un dispensateur de soins de santé	8,51	15,10	6,34	17,03
	Changements apportés l'an dernier pour améliorer la santé	61,81	69,08	64,07	70,72
	Consommation quotidienne de fruits et légumes, plus de cinq fois (ou portions)	37,15	43,68	38,81	44,03
Facteurs de risques de santé	Tabagisme	33,05	22,93	23,63	23,83
	Consommation régulière d'alcool	33,11	52,23	27,50	57,51
	Prendre un coup	2,73	1,87	1,64	2,05
	Obèse	19,34	20,26	14,77	21,58
	Inactif	60,75	52,94	54,79	53,52
	Consommation quotidienne de fruits et légumes inférieure à cinq fois (ou portions)	61,80	55,83	60,03	55,36

¹ Faible niveau d'études : Inférieur au diplôme d'études secondaires.

² Niveau d'études élevé : Au moins un diplôme d'études secondaires.

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001

[†] Les tableaux non pas été ajustés en raison des cellules de faible valeur.

Tableau 5 : L'âge et les pratiques de santé (non ajusté selon l'âge)

		De 12 à 19 ans (%)	De 20 à 44 ans (%)	De 45 à 64 ans (%)	65 ans et plus (%)
Pratiques de santé favorables	Activité physique (actif)	32,09	18,66	16,12	11,76
	A consulté un dispensateur de soins de santé	6,14	17,24	15,96	6,79
	Changements apportés l'an dernier pour améliorer la santé	70,30	69,78	67,50	67,55
	Consommation quotidienne de fruits et légumes, plus de cinq fois (ou portions)	41,82	39,78	43,93	48,37
Facteurs de risques de santé	Tabagisme	19,71	29,48	23,66	11,26
	Consommation régulière d'alcool	28,35	57,02	52,24	34,71
	Prendre un coup	3,19	3,00	0,75	0,07
	Obèse	-	22,13	34,86	-
	Inactif	34,51	53,88	56,50	63,74
	Consommation quotidienne de fruits et légumes inférieure à cinq fois (ou portions)	57,11	59,67	55,28	50,39

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001



Tableau 6 : Statut d'immigrant et pratiques de santé (non ajusté selon l'âge)[‡]

		Statut d'immigrant (%)		
		De 0 à 9 ans	10 ans et plus	Non-immigrant
Pratiques de santé favorables	Activité physique (actif)	13,09	14,67	19,58
	A consulté un dispensateur de soins de santé	7,43	12,66	14,60
	Changements apportés l'an dernier pour améliorer la santé	84,93	82,91	65,12
	Consommation quotidienne de fruits et légumes, plus de cinq fois (ou portions)	38,88	44,64	42,45
Facteurs de risques de santé	Tabagisme	9,75	12,89	26,86
	Consommation régulière d'alcool	25,99	38,78	52,35
	Prendre un coup	*	*	2,31
	Obèse	11,37	19,59	20,17
	Inactif	56,55	57,64	52,93
	Consommation quotidienne de fruits et légumes inférieure à cinq fois (ou portions)	60,20	54,53	56,81

* Échantillon insuffisant pour la déclaration.

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001

[‡] Les tableaux non pas été ajustés en raison des cellules de faible valeur.

Tableau 7 : Situation de famille et pratiques de santé (non ajusté selon l'âge)

		Marié ¹ (%)	Célibataire ² (%)
Pratiques de santé favorables	Activité physique (actif)	16,26	21,39
	A consulté un dispensateur de soins de santé	15,07	12,39
	Changements apportés l'an dernier pour améliorer la santé	69,71	67,70
	Consommation quotidienne de fruits et légumes, plus de cinq fois (ou portions)	43,86	40,78
Facteurs de risques de santé	Tabagisme	21,71	26,56
	Consommation régulière d'alcool	52,71	43,55
	Prendre un coup	1,05	3,08
	Obèse	24,18	13,58
	Inactif	56,70	50,09
	Consommation quotidienne de fruits et légumes inférieure à cinq fois (ou portions)	55,55	58,19

¹ « Marié » comprend les personnes mariées et les conjoints de faits.

² « Célibataire » comprend les personnes veuves, séparées et divorcées.

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001