

Indice de l'état de santé: mesurer les écarts dans l'état de santé en Ontario, selon la situation socioéconomique

Roger Roberge, Jean-Marie Berthelot et Michael Wolfson*

Résumé

La relation positive qui existe entre la situation socioéconomique (SSE) et la longévité est admise depuis longtemps. Certains signes semblables attestent l'existence d'une relation entre la SSE et la morbidité, mais les observations se limitent à des indicateurs de santé isolés. Dans cet article, on emploie un instrument de mesure quantitative de l'état de santé, soit l'indice de l'état de santé (IES), pour analyser la relation entre la SSE et l'état de santé des personnes âgées de 25 ans et plus en Ontario. L'IES, qui est fondé sur un ensemble de questions posées dans le cadre de l'Enquête Santé Ontario de 1990 (ESO), fournit une mesure globale de l'état de santé de chaque personne interrogée. Les données de l'ESO révèlent que les niveaux inférieurs d'instruction et de revenu ainsi que les professions peu spécialisées sont associés à des scores de l'IES moins élevés. Les écarts dans l'état de santé entre les groupes de SSE différents sont plus grands chez les individus vers la fin de l'âge mûr que chez les individus plus jeunes ou plus âgés, ce qui concorde avec les résultats des autres études. La mise au point d'indicateurs globaux comme l'IES s'inscrit dans un cadre général visant à élaborer des instruments qui permettront de suivre l'état de santé des Canadiens.

Mots clés : situation socioéconomique, écarts dans l'état de santé selon la situation socioéconomique, indice de l'état de santé, poids d'utilité, Enquête Santé Ontario

Introduction

La relation positive qui existe entre la situation socioéconomique (SSE) et la longévité est admise depuis longtemps. De nombreuses études ont montré que des facteurs comme le revenu, la profession et le niveau d'instruction ont une assez grande influence sur la mortalité.¹⁻⁴ Certains signes attestent l'existence d'une relation comparable entre la SSE et certains indicateurs particuliers de la santé, de la morbidité et des limitations fonctionnelles.⁵⁻⁷ Les SSE défavorables sont associées à un mauvais état de santé, selon des indicateurs comme l'état de santé général perçu, la prévalence des incapacités, le poids à la naissance, la grandeur et la prévalence des problèmes de santé.⁸

L'Indice de l'état de santé (IES) est un indice de l'état de santé général qui résume à la fois les aspects quantitatifs et qualitatifs de l'état de santé. L'IES fournit une indication quantitative de l'état de santé global d'une population, plutôt que de se limiter à des indicateurs de l'état de santé étroitement définis, à des facteurs de risque ou à des maladies. Cet instrument constitue un outil analytique, qui peut servir à évaluer les politiques de santé et les interventions en matière de santé dans la population et sur le plan clinique. L'IES est un élément important dans l'élaboration d'un indice de santé de la population, qui permettra de suivre en permanence l'état de santé de la population canadienne. Dans le présent article, on applique l'IES aux données de l'Enquête Santé Ontario (ESO) afin de faire ressortir les écarts dans l'état de santé selon la situation socioéconomique (voir l'*Enquête Santé Ontario de 1990*).

* Roger Roberge (613-951-5965) et Jean-Marie Berthelot (613-951-3760; courrier électronique : Berthel@statcan.ca) font partie de la Division des études sociales et économiques et Michael Wolfson (613-951-8216) est directeur général de la Direction de la statistique sociale et des institutions de Statistique Canada, à Ottawa, K1A 0T6.

L'Enquête Santé Ontario de 1990

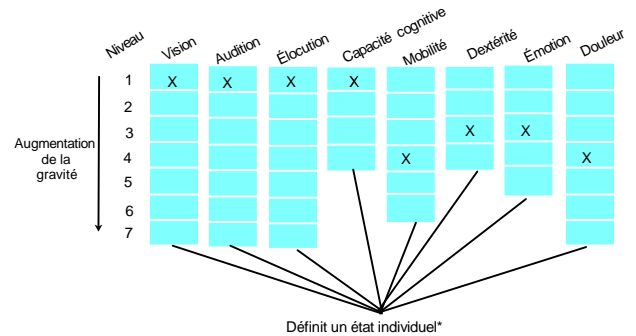
Les données utilisées dans le présent article proviennent de l'Enquête Santé Ontario, qui a été parrainée par le ministère de la Santé de l'Ontario. Les réponses au sondage ont été obtenues par entrevues personnelles et par questionnaires, pour la population des ménages privés (à l'exception des personnes vivant en établissement de santé). Les questions concernaient la santé physique et mentale, l'utilisation des services de santé et les facteurs de risque associés au mode de vie.

L'ESO portait sur un échantillon transversal de plus de 64 000 individus. Seuls ceux âgés de 25 ans et plus (soit 38 050 individus) sont inclus dans la présente analyse.

Cette enquête a été réalisée entre janvier et décembre 1990 et les réponses ont été également distribuées sur toute l'année.⁹ On a tenu compte de la façon dont l'ESO a été réalisée dans les statistiques présentées ici (plus particulièrement de l'effet de grappe sur les intervalles de confiance estimés). Le niveau de confiance pour les écarts significatifs rapportés est de 95 %.

Graphique 1

Attributs du Comprehensive Health Status Measurement System (CHSMS)



Source: Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, 1992

* Le vecteur des degrés de capacité fonctionnelle observés pour chaque attribut définit qualitativement l'état de santé de l'individu.

Élaboration de l'Indice de l'état de santé

Pour élaborer un indice de l'état de santé, il faut d'abord définir un ensemble d'attributs de santé. Ceux-ci sont choisis de façon à représenter une vaste gamme de capacités fonctionnelles et à englober la plupart des problèmes graves de santé. La méthode mise au point par le Centre for Health Economics and Policy Analysis de la McMaster University, c'est-à-dire le Comprehensive Health Status Measurement System ou CHSMS (méthode de mesure de l'état de santé global), fournit une indication de l'état de santé fonctionnel global d'un individu fondée sur les huit attributs suivants : la vision, l'audition, l'élocution, la mobilité (l'aptitude à se déplacer), la dextérité (l'usage des mains et des doigts), la capacité cognitive (la mémoire et la pensée), l'émotion (les sentiments) ainsi que la douleur et les malaises.¹⁰ L'état de santé d'un individu correspond au vecteur des degrés de capacité fonctionnelle observés pour chaque attribut (graphique 1). Par exemple, la «vision» varie entre une vision parfaite et la cécité et la «douleur» varie entre aucune douleur et une douleur qui annihile toute capacité fonctionnelle.

Le CHSMS est la base pour une version provisoire de l'indice de l'état de santé (IES). L'IES produit une seule valeur numérique pour chacune des combinaisons possibles de valeurs des huit attributs de santé.¹¹⁻¹³ L'IES transpose chaque vecteur résultant de la mesure des huit attributs de santé d'un individu en un indice global de santé situé entre 0 et 1. Par exemple, un individu qui souffre de myopie, mais qui n'a aucun autre problème de santé, obtient un score de 0,95 ou une santé parfaite à 95 %.

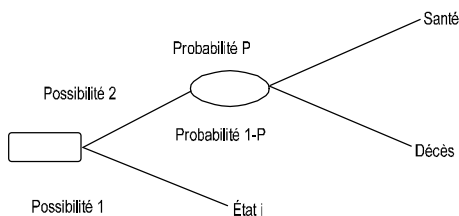
L'IES tient compte aussi des perceptions de la société concernant l'état de santé. (voir *Mesure des préférences sociétales exprimées par l'indice de l'état de santé*).

Mesure des préférences sociétales exprimées par l'Indice de l'état de santé

L'IES mesure les préférences sociétales concernant différents états de santé. Ces différents états de santé correspondent aux diverses combinaisons de capacité fonctionnelle pour chacun des huit attributs de santé. Les préférences sociétales se définissent comme la moyenne des préférences de membres individuels formant un échantillon représentatif de la population. Les préférences de chaque personne sont représentées par une valeur numérique généralement située entre 0 et 1. (On attribue souvent à certains des pires états de santé des valeurs inférieures à 0, qui signifient que l'individu considère cet état comme pire que la mort.)

La technique employée pour déterminer et quantifier à l'aide de l'IES les préférences des individus est le pari standard (PS),¹¹⁻¹² celle-ci est fondée sur les axiomes de la théorie de l'utilité bâtie par von Neumann et Morgenstern.¹⁴ Le PS donne à l'individu le choix entre deux possibilités relatives à l'état de santé (voir plus loin). La première consiste à conserver le même état de santé intermédiaire clairement défini - par exemple, une cécité partielle mais un score parfait pour les sept autres attributs - pendant le reste des années correspondant à son espérance de vie. La deuxième possibilité est un pari relatif à un traitement qui peut aboutir à deux résultats¹³ : une probabilité P de recouvrement d'une parfaite santé (une vision parfaite), et une probabilité 1-P d'échec total (le décès immédiat). L'enquêteur modifie le degré de probabilité de recouvrer une parfaite santé (P) jusqu'à ce que l'individu cesse d'avoir une préférence entre les deux possibilités, soit conserver le même état de santé ou accepter le traitement avec un degré de probabilité de succès P. Le degré de probabilité P à ce point d'indifférence est défini comme l'utilité accordée par l'individu à cet état de santé. Le rassemblement systématique de données sur l'utilité pour divers états de santé possibles (définis en fonction des huit attributs de santé) auprès d'un échantillon représentatif de la population permettrait de mesurer les préférences sociétales.

Diagramme des décisions selon le pari standard¹⁰



Les préférences mesurées par l'IES qui ont servi à la présente analyse proviennent de l'étude du cancer chez les enfants (ECE) réalisée par le *Centre for Health Economics and Policy Analysis* de la McMaster University.¹⁵ L'étude a mesuré les préférences d'environ 200 parents d'enfants d'âge scolaire de la municipalité d'Hamilton. Ces préférences ont d'abord été compilées pour une version précédente du CHSMS (Mark II). Comme l'ESO contient une version révisée et améliorée du CHSMS (Mark III), les préférences provenant de l'ECE ont été adaptées de manière à ce qu'on puisse les utiliser avec Mark III. Des préférences spécialement définies pour le CHSMS de l'ESO de 1990 (Mark III) sont actuellement en préparation et elles seront prêtes pour 1996. Bien que les préférences tirées de l'ECE conviennent pour une analyse initiale, il est essentiel d'obtenir les préférences relatives aux états de santé d'un échantillon de la population pleinement représentatif pour que les analyses rendent vraiment compte de la situation dans la société canadienne.

L'IES calculé ici est provisoire: on a dérivé les préférences sociétales de l'étude sur le cancer chez les enfants,¹⁵ à l'aide d'une version antérieure du CHSMS, et on les a adaptées de manière à pouvoir s'en servir avec les données de l'Enquête Santé Ontario. Par contre, la version actuelle du CHSMS a subi des tests visant à en évaluer la cohérence, et on a jugé qu'elle fournissait une évaluation réaliste de l'état de santé des individus. (Pour obtenir des explications détaillées sur le calcul de l'IES, se reporter à Berthelot et coll.¹⁶)

Résultats

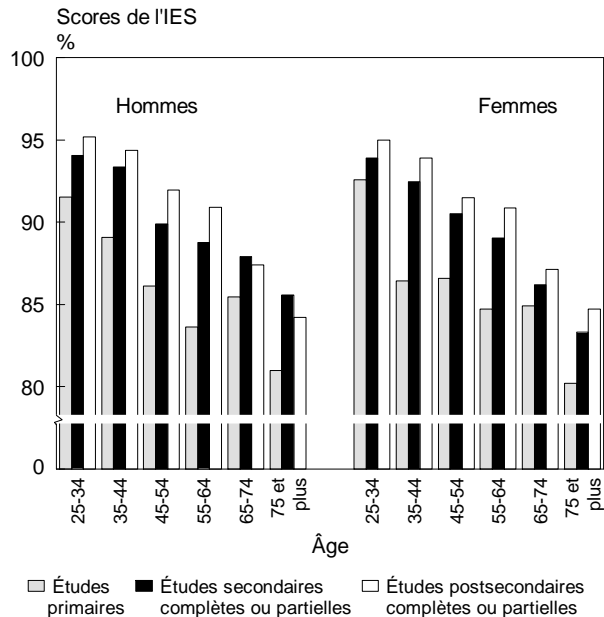
La majorité des habitants de l'Ontario âgés de 25 ans et plus sont en assez bonne santé. Selon l'échelle de l'IES, les proportions d'individus en parfaite santé (score de 100 %) étaient d'environ 35 % pour les hommes et 30 % pour les femmes. L'écart observé avec l'IES, ajusté selon la tranche d'âge, entre les hommes et les femmes n'était pas significatif. En fait, plus de 70 % des hommes et des femmes avaient obtenu un score de 90 % ou plus. Les déficiences visuelles (y compris le fait d'avoir à porter des lunettes ou des verres de contact) expliquaient, dans la plupart des cas, les scores inférieurs à 100 % mais supérieurs à 90 %.

Instruction et revenus

Le niveau d'instruction et l'état de santé sont fortement corrélés, comme l'indique l'IES (graphique 2). Cela est conforme aux observations de Winkleby et coll.,¹⁷ qui ont noté que, parmi toutes les variables socioéconomiques, l'instruction est la plus étroitement associée à l'état de santé. Dans la plupart des groupes d'âge, l'état de santé du groupe le moins instruit (études primaires) parmi les hommes et les femmes en Ontario était significativement moins bon que celui des groupes plus instruits. Chez les individus d'un âge avancé, on observe une convergence de l'état de santé et une diminution des écarts entre les niveaux d'instruction. Cette situation peut être en partie attribuable au fait qu'on a de plus en plus tendance à faire de longues études, ce qui signifie qu'un diplôme d'études secondaires représente un niveau d'instruction relativement élevé pour les personnes âgées, mais pas pour les jeunes.

Graphique 2

Scores moyens de l'Indice de l'état de santé selon le niveau d'instruction, la tranche d'âge et le sexe, Ontario,* 1990



Source : L'Enquête Santé Ontario, 1990

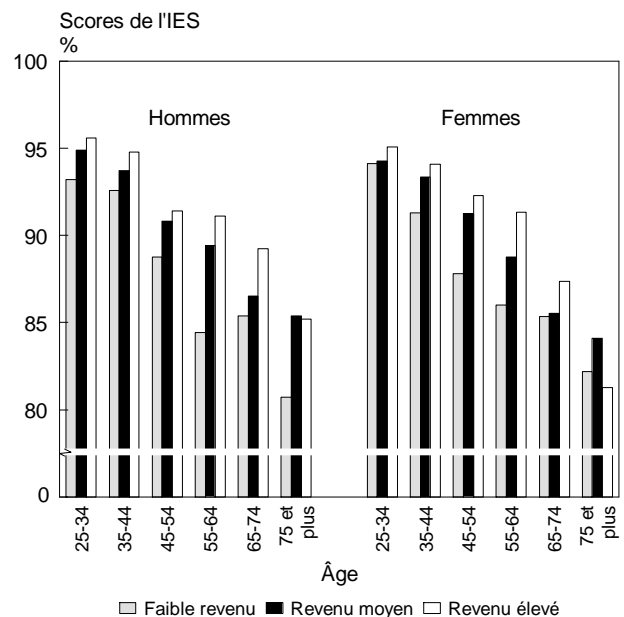
* Résultats fondés sur un échantillon transversal de 17 297 hommes et de 17 156 femmes âgés de 25 ans et plus.

Le revenu du ménage est également corrélé avec l'état de santé. Il faut toutefois tenir compte, pour toute analyse, des tendances typiques au cours du cycle de vie. Les revenus des jeunes et des personnes âgées sont souvent bas et concentrés à l'intérieur d'une échelle relativement étroite, tandis que ceux des groupes intermédiaires sont généralement plus élevés et répartis sur une échelle plus large. Le revenu du ménage des personnes âgées est influencé par la retraite, tandis que celui des jeunes peut dépendre de la transition entre les études et le marché du travail. Afin de tenir compte de l'incidence de l'âge, on a illustré le revenu du ménage par tercile (trois sous-groupes de revenus de taille égale) d'après chaque tranche d'âge de 10 ans (graphique 3). On a donc comparé le revenu à l'intérieur des tranches d'âge. On a en outre ajusté les revenus utilisés dans les calculs pour tenir compte de la taille et de la composition du ménage.¹⁸

On remarque des écarts significatifs dans les scores de l'IES entre les sous-groupes à faibles revenus et ceux à revenus élevés, pour tous les âges et pour les deux sexes, sauf pour les femmes âgées de 75 ans et plus. En outre, chez les hommes et les femmes âgés de 55 à 64 ans, les scores moyens de l'IES pour chaque tercile varient de façon significative. On observe une convergence des scores de l'IES aux âges plus avancés chez les femmes, mais pas chez les hommes. De la tranche d'âge de 55 à 64 ans à celle de 65 à 74 ans, le score moyen de l'IES pour le sous-groupe à faible revenu augmente quelque peu. Cette hausse est probablement moins attribuable à une amélioration de l'état de santé qu'à un changement dans la composition de la population, à mesure que les hommes en santé prennent leur retraite et que les revenus d'emploi sont remplacés par des prestations de retraite moins élevées.

Graphique 3

Scores moyens de l'Indice de l'état de santé selon le tercile* de revenu du ménage, la tranche d'âge et le sexe, Ontario,† 1990



Source : L'Enquête Santé Ontario, 1990

* Ajusté selon la taille et la composition des familles.

† Résultats fondés sur un échantillon transversal de 17 578 hommes et de 20 480 femmes âgés de 25 ans et plus.

Pris isolément, l'instruction et le revenu sont associés à des écarts significatifs dans l'état de santé, comme l'indique l'IES. House et coll.¹⁹ ont proposé l'utilisation d'un indicateur composé englobant l'instruction et le revenu. Pour dériver cet indicateur on s'est servi des terciles par catégories de revenu dans chacune des tranches d'âge de 10 ans. Pour les individus de 55 ans et moins, on a divisé le niveau d'instruction en deux catégories : élevé (des études postsecondaires complètes ou partielles) et bas (des études secondaires complètes ou moins). Pour les individus âgés de 55 ans et plus, on a classé ceux qui avaient obtenu un diplôme d'études secondaires dans le niveau d'instruction élevé, pour tenir compte de l'évolution du niveau d'instruction de la population au fil des années. On a établi une matrice représentant les deux niveaux d'instruction et les trois catégories de revenus et on a attribué l'un des quatre niveaux de SSE à chaque cellule (voir l'annexe).

Dans chaque tranche d'âge et pour chaque sexe, l'état de santé diminue à mesure que baisse la SSE. Pour les deux sexes en Ontario, les écarts entre l'état de santé du groupe de SSE la plus basse et les trois groupes supérieurs sont statistiquement significatifs jusqu'à la tranche d'âge de 65 à 74 ans (graphique 4). Les différences sont plus grandes dans les tranches d'âge intermédiaires.

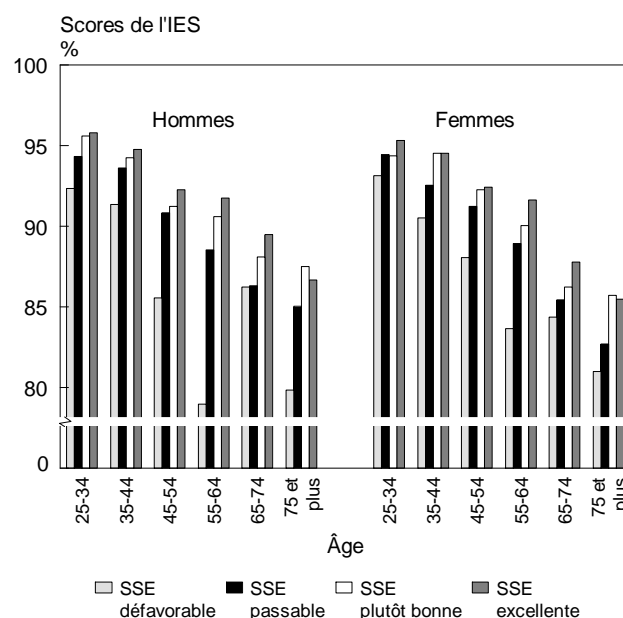
En outre, l'indicateur composé produit une courbe ascendante de l'état de santé qui est plus prononcée entre les tranches de 55 à 64 ans et de 65 à 74 ans du groupe de SSE défavorable que si chaque variable était prise isolément. Comme on l'a déjà mentionné, cet écart peut être attribuable à des changements dans la source principale de revenus (la transition entre un salaire et des prestations de retraite) et dans la situation professionnelle (la transition de salarié à retraité). Cet écart peut également dépendre, dans une certaine mesure, des critères de classement selon le niveau d'instruction des individus âgés.

Activité principale et profession

L'activité principale - travailler, chercher un emploi, être aux études, tenir maison ou être à la retraite - est aussi corrélée avec l'état de santé. Dans toutes les tranches d'âge, les Ontariens qui avaient un travail rémunéré étaient en meilleure santé que ceux qui ne travaillaient pas.

Graphique 4

Scores moyens de l'Indice de l'état de santé selon la SSE*, la tranche d'âge et le sexe, Ontario,† 1990



Source : L'Enquête Santé Ontario, 1990

* Indicateur composé de la SSE (revenus et instruction).

† Résultats fondés sur un échantillon transversal de 17 042 hommes et de 17 107 femmes âgés de 25 ans et plus.

Les hommes et les femmes (âgés de plus de 25 ans) aux études étaient en moins bonne santé que la moyenne. On ne sait toutefois pas s'il s'agissait, dans la majorité des cas, d'étudiants d'âge mûr ou d'individus qui avaient cessé de travailler temporairement et qui étaient retournés aux études jusqu'à ce qu'ils trouvent un nouvel emploi.

Les hommes qui avaient pris une retraite précoce (entre 45 et 54 ans) étaient relativement en moins bonne santé que celle des individus à la recherche d'un emploi. La décomposition par attributs de santé des scores de l'IES obtenus par les retraités précoces donne à penser qu'un grand nombre d'entre eux ont pris leur retraite aussi tôt en raison de problèmes de santé. Ces hommes souffraient plus de douleur et de malaises que ceux des autres catégories principales, comme l'indiquait leur score moins élevé pour cet attribut.

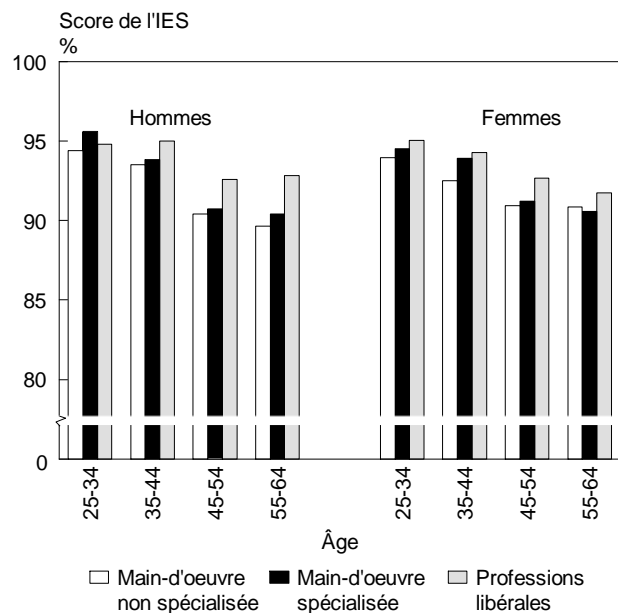
Les femmes qui avaient pour activité principale de tenir maison étaient en moins bonne santé que les femmes salariées. Même aux âges plus avancés, où

tenir maison est une activité principale plus fréquente chez les femmes, l'écart dans l'état de santé demeurerait évident.

La profession est un autre élément de la SSE en corrélée avec l'état de santé⁵ et elle est aussi clairement associée à la fois à l'instruction et aux revenus. Pour notre analyse, nous avons utilisé l'échelle Pineo-Porter-McRoberts, qui regroupe dans diverses catégories toutes les professions possédant des attributs communs à l'échelle de la population (graphique 5).²⁰ Dans la plupart des tranches d'âge, en Ontario la santé des hommes et des femmes exerçant une profession libérale étaient significativement meilleure que pour ceux appartenant aux catégories de la main-d'oeuvre spécialisée et non spécialisée. L'état de santé des hommes dans ces deux dernières catégories était semblable. À un plus jeune âge la santé des femmes appartenant à la catégorie de la main-d'oeuvre spécialisée était significativement meilleure que celle des femmes faisant partie de la main-d'oeuvre non spécialisée; il n'y avait toutefois pas d'écart significatif à un âge plus avancé.

Graphique 5

Scores moyens de l'Indice de l'état de santé selon la profession,* la tranche d'âge et le sexe, Ontario,† 1990



Source : L'Enquête Santé Ontario, 1990
 * Classification des professions de Pineo-Porter-McRoberts.
 † Résultats fondés sur un échantillon transversal de 13 704 hommes et de 12 191 femmes.

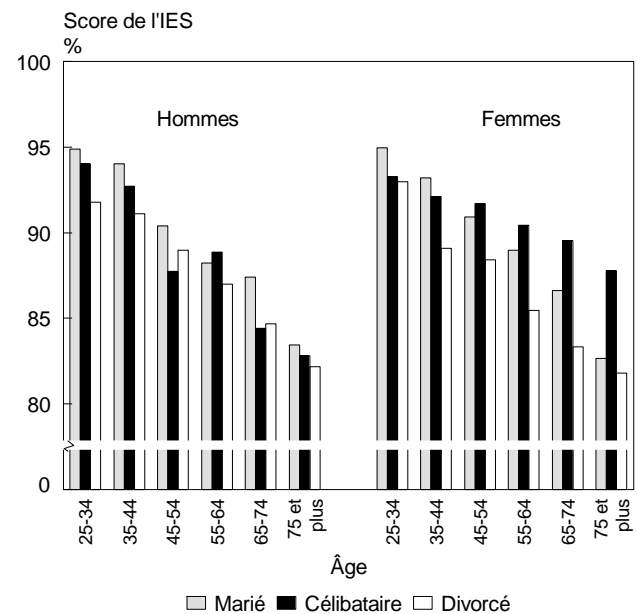
État civil

Les individus mariés ont tendance à avoir une meilleure espérance de vie que ceux qui sont célibataires, divorcés ou séparés ou encore veufs.²¹⁻²² Les hommes mariés de 50 ans ont une espérance de vie de 3,7 ans de plus que ceux qui sont célibataires et les femmes mariées, de 1,0 an de plus que les femmes célibataires.²³

Chez les hommes ontariens, les mesures de la morbidité suivent en général cette même tendance. Pour les hommes mariés, les scores de l'IES sont supérieurs à ceux des hommes célibataires, sauf dans la tranche d'âge des 55 à 64 ans (graphique 6). C'est également le cas des femmes âgées de 25 à 44 ans. Mais la tendance est inversée chez les femmes plus âgées : les célibataires ont généralement des scores significativement plus élevés que les femmes mariées.

Graphique 6

Scores moyens de l'Indice de l'état de santé selon l'état civil,* la tranche d'âge et le sexe, Ontario,† 1990



Source : L'Enquête Santé Ontario, 1990
 * Les veufs et les veuves sont exclus en raison du faible nombre de répondants.
 † Résultats fondés sur un échantillon transversal de 17 422 hommes et de 20 278 femmes âgés de 25 ans et plus.

Il se peut que ces données sur les hommes et les femmes aient été influencées par la SSE. Par exemple, les femmes célibataires plus âgées dans l'ESO avaient tendance à être dans une meilleure SSE : elles avaient plus d'instruction que les femmes mariées ou encore séparées ou divorcées et elles étaient proportionnellement moins nombreuses à avoir de faibles revenus. Au contraire, les hommes célibataires des mêmes tranches d'âge avaient tendance à être dans une SSE équivalente ou inférieure à celle des hommes mariés.

L'état de santé global des individus séparés ou divorcés pour la plupart des groupes d'âge était moins bon que celui de tous les individus d'un autre état civil, avec des écarts plus marqués chez les femmes. Ces résultats sont conformes aux observations relatives à la mortalité.

Discussion

Dans l'ensemble, l'application de l'IES aux données de l'Enquête Santé Ontario confirme les conclusions généralement acceptées relatives aux variations significatives de l'état de santé selon la SSE. Chez les hommes et les femmes de tous les âges, l'état de santé se détériore à mesure que baisse la SSE. Les écarts dans l'état de santé entre les groupes de SSE sont relativement petits chez les individus jeunes, plus grands aux âges intermédiaires, pour diminuer de nouveau aux âges avancés. Les variations dans l'état de santé selon la SSE sont plus grandes chez les hommes.

Ces résultats sont généralement conformes à ceux des recherches antérieures, mais on constate tout de même certaines différences. Contrairement à la mortalité, l'utilisation des services de santé ou d'autres indicateurs de l'état de santé, l'IES n'a pas révélé de différences significatives entre les Ontariens et les Ontariennes.²³⁻²⁴ Une autre différence entre l'IES et les résultats fondés sur les données relatives à la mortalité est le fait que l'état de santé des femmes célibataires était meilleur que celui des femmes mariées, surtout aux âges plus avancés. Ces résultats peuvent dépendre du facteur confusionnel de la SSE ou être influencés par l'absence de données sur la population vivant en établissement de santé. De façon plus précise, il se peut qu'un effet de sélection naturelle affecte les résultats, car on n'a inclus dans les calculs que les femmes âgées qui vivent toujours chez elles, sans doute relativement en bonne santé. Il importe en outre de signaler que dans toutes les tranches d'âge,

les femmes ayant indiqué qu'elles tenaient maison étaient en moins bonne santé que les femmes ayant un emploi rémunéré.

Il convient de fournir certaines précisions concernant l'IES lui-même. La version employée pour la présente analyse est fondée sur une méthode de pondération provisoire qui, à l'origine, a été mise au point pour un ensemble d'attributs de santé semblable quoique plus limité. Des poids spécialement adaptés à l'ensemble de

Annexe

Répartition des habitants de l'Ontario âgés de 25 ans et plus selon la tranche d'âge, le sexe et la SSE, 1990

	Total	SSE défavorable	SSE passable	SSE plutôt bonne	SSE excellente
		%			
Hommes					
25-34	100,0	15,4	41,2	14,3	29,1
35-44	100,0	17,0	39,0	16,2	27,9
45-54	100,0	21,3	47,2	11,3	20,2
55-64	100,0	16,6	38,0	12,8	32,5
65-74	100,0	20,1	40,2	10,4	29,4
75 et plus	100,0	16,1	47,1	15,2	21,6
Femmes					
25-34	100,0	17,4	38,6	15,3	28,6
35-44	100,0	20,9	42,3	13,3	23,5
45-54	100,0	26,4	45,7	11,1	16,9
55-64	100,0	22,4	36,5	15,6	25,6
65-74	100,0	23,7	38,9	10,1	27,4
75 et plus	100,0	23,1	42,0	12,7	22,2

Références

1. Hirdes, J.P., Forbes, W.F. The importance of social relationships, socioeconomic status and health practices with respect to mortality among healthy Ontario males. *Journal of Clinical Epidemiology* 1992;45(2) : 175-82.
2. Marmot, M.G., Kogevinas, M., Elston, M.A. Social-economic status and disease. *Annual Review of Public Health* 1987;8 : 111-35.
3. Wilkins, R., Adams, O.B. Health expectancy in Canada, late 1970's : demographic, regional and social dimensions. *American Journal of Public Health* 1983;73 : 1073-80.
4. Rogot, E., Sorlie, P.D., Johnson, N.J. Life Expectancy by Employment Status, Income, and Education in the National Longitudinal Mortality Study. *Public Health Reports*

18. Wolfson, M.C., Evans, J.M. *Seuils de faible revenu de Statistique Canada : Problèmes et possibilités méthodologiques*, Document de recherche de la Direction des études analytiques de Statistique Canada.
19. House, J.S., Kessler, R.C., Herzog, A.R., et coll. Age, socioeconomic status, and health. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1990;68(3) : 383-411.
20. Pineo, P.C, Porter, J., McRoberts, H.A. The 1971 census and the socioeconomic classification of occupations. *Canadian Review of Sociology and Anthropology* 1977;14(1) : 91-102.
21. Wyke, S., Ford, G. Competing explanations for associations between marital status and health. *Social Science and Medicine* 1992;34(5) : 523-32.
22. Trovato, F., Lauris, G. Marital status and mortality in Canada. *Journal of Marriage and the Family* 1989;121 : 907-22.
23. Adams, O.B., Nagnur, D.N. *Mariage, divorce et mortalité, analyse des tables de mortalité, Canada* (Statistique Canada, n° 84-536E au catalogue) Ottawa : Approvisionnement et Services Canada, 1988.
24. Badley, E.H., Yoshida, K., Webster, G., et coll. *Disablement and Chronic Health Problems in Ontario*. Toronto (Ontario): Ontario Ministry of Health: 1993. Ontario Health Survey 1990 : Working Paper No. 5.
25. Catlin, G., Will, B.P. Enquête nationale sur la santé de la population : premiers faits saillants. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 1992;4(3) : 313-19.
26. Wolfson, M.C., Rowe, G., Gentleman, J.F., et coll. Career earning and death : a longitudinal analysis of older Canadian men. *Journal of Gerontology* 1993;48(4) : 5167-79.