

# Maladie du cœur et population en âge de travailler

Helen Johansen

## Résumé

### Objectifs

Le présent article porte sur les personnes vivant à domicile qui ont entre 35 et 64 ans. Il compare chez ces dernières les caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé de celles qui déclarent être atteints d'une maladie cardiaque et de celles qui déclarent ne pas l'être.

### Sources des données

Les renseignements sur la prévalence de la maladie cardiaque proviennent de la composante des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population menée en 1996-1997 par Statistique Canada.

### Techniques d'analyse

Des estimations pondérées des caractéristiques des personnes ayant entre 35 et 64 ans ont d'abord été produites en ce qui concerne l'état de santé, l'utilisation des services de santé et la situation socioéconomique, selon le sexe et l'autodéclaration d'une maladie cardiaque. Une régression logistique a ensuite été faite pour corriger les estimations en fonction de l'âge et tester leur signification statistique.

### Principaux résultats

En 1996-1997, environ 3 % de Canadiens ayant entre 35 et 64 ans, soit à peu près 345 000 personnes, ont déclaré qu'on avait posé chez eux le diagnostic de maladie cardiaque. Ils ont déclaré souffrir de plus de douleurs et de problèmes de santé chroniques et être plus limités dans leurs activités que leurs contemporains non cardiaques. Ils étaient, toutes proportions gardées, beaucoup moins nombreux que les personnes non cardiaques à avoir un emploi. En outre, une proportion assez forte d'entre eux vivaient dans un ménage à faible revenu. Enfin, les conséquences de la maladie cardiaque étaient particulièrement graves pour les femmes.

### Mots-clés

Maladie cardiovasculaire, comorbidité, douleur, incapacité, revenu, emploi, médicaments, femmes.

### Auteur

Helen Johansen (613) 722-5570, johahel@statcan.ca travaille à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

La maladie cardiaque est la deuxième cause principale de décès au Canada et une cause importante d'hospitalisation (voir *Décès et hospitalisations*).

Cependant, le diagnostic d'une maladie cardiaque n'est pas nécessairement synonyme de décès ou de placement en établissement. En fait, nombre de personnes souffrant d'une maladie cardiaque continuent de vivre dans la collectivité.

Les certificats de décès et les dossiers d'hospitalisation sont les seules sources de renseignements que l'on possède sur les personnes qui sont emportées par une maladie cardiaque ou hospitalisées à cause d'une telle maladie. Et on en sait moins encore sur les personnes atteintes d'une maladie cardiaque qui vivent dans la collectivité. En fait, on évalue rarement les répercussions de cette maladie sur leur vie<sup>1-4</sup>.

Bien que la maladie cardiaque touche davantage les personnes âgées, son diagnostic a été posé chez un nombre important de personnes de 35 à 64 ans. Compte tenu des nombreuses responsabilités professionnelles et familiales qui souvent leur incombent, ces dernières personnes subissent trop souvent les effets dévastateurs d'une telle maladie, non

## Méthodologie

### Sources des données

Le présent article se fonde sur les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. Lancée en 1994-1995, l'ENSP recueille tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre les membres des ménages et les personnes placées dans les établissements de soins de longue durée des 10 provinces et des territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, dans les bases des Forces canadiennes et dans certaines régions éloignées. L'Enquête compte une composante longitudinale ainsi qu'une composante transversale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans. Le lecteur trouvera dans les rapports publiés au sujet de l'ENSP une description plus détaillée du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'interview<sup>5</sup>. Il peut aussi consulter l'article intitulé *Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale* publié dans le présent numéro.

Les données transversales du deuxième cycle de l'ENSP réalisé en 1996-1997 sont ici à l'origine de l'analyse des caractéristiques des personnes atteintes d'une maladie cardiaque. L'analyse porte sur les personnes vivant à domicile dans les provinces.

L'échantillon transversal de 1996-1997 comprend les personnes qui font partie du panel longitudinal ainsi que celles sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (achat d'unités d'échantillonnage additionnelles) demandés par trois provinces. Les personnes faisant partie de ces unités d'échantillonnage supplémentaires, qui ont été sélectionnées par la méthode de composition aléatoire (CA), sont incluses dans l'échantillon pour les seuls besoins de l'analyse transversale.

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

Dans chaque ménage faisant partie de la composante transversale formée des échantillons supplémentaires achetés par certaines provinces, une personne bien informée a fourni des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la

santé de tous les membres du ménage pour le Fichier général. En outre, un membre du ménage, qui n'était pas nécessairement cette même personne, a été sélectionné au hasard pour fournir des renseignements détaillés sur sa propre santé pour le Fichier santé.

Parmi les personnes faisant partie de la composante longitudinale, celle qui a fourni des renseignements détaillés sur sa propre santé pour le Fichier santé correspondait à la personne sélectionnée au hasard dans le ménage lors du premier cycle (1994-1995) et, habituellement, était celle qui a fourni des renseignements sur les divers membres du ménage pour le Fichier général lors du deuxième cycle (1996-1997).

En 1996-1997, le taux de réponse transversal pour le Fichier santé a atteint 93,1 % pour la composante longitudinale de l'échantillon et 75,8 % pour la composante sélectionnée par CA, soit un taux de réponse transversal global de 79,0 %. Le Fichier santé contient des renseignements sur 81 804 personnes sélectionnées au hasard. La présente analyse porte sur 33 686 personnes ayant entre 35 et 64 ans, dont 1 182 ont déclaré présenter une maladie cardiaque diagnostiquée par un professionnel de la santé.

Les données sur la mortalité, produites d'après les registres de l'état civil de chaque province, sont extraites de la Base canadienne de données sur l'état civil tenue à jour par Statistique Canada. Les données sur les hospitalisations proviennent du Fichier de données sur la morbidité hospitalière de Statistique Canada.

### Techniques d'analyse

Les analyses portent sur des données pondérées et ont été effectuées séparément pour les hommes et pour les femmes ayant entre 35 et 64 ans. Des estimations des caractéristiques des populations observées ont d'abord été produites en ce qui concerne l'état de santé, l'utilisation des services de santé et la situation socioéconomique, selon le sexe et l'autodéclaration d'une maladie cardiaque. Le recours à la régression logistique a permis de corriger les résultats en fonction de l'âge puisque les personnes qui sont atteintes d'une maladie cardiaque sont ici plus âgées que celles qui ne le sont pas. Les coefficients de variation et les écarts-types ont été calculés selon une méthode *bootstrap* pondérée qui tient pleinement compte de l'effet du plan de sondage de l'ENSP<sup>6,7</sup>.

Les proportions présentées dans les tableaux qui figurent dans le texte et en annexe n'ont pas été corrigées selon l'âge. Par contre, les rapports de cotes l'ont été et ont servi à vérifier la signification statistique des différences.

seulement sur leur santé mais aussi sur leur situation professionnelle, leur revenu et leur vie quotidienne.

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997 sont à l'origine de la présente analyse. Elles permettent ici d'examiner les caractéristiques des personnes de 35 à 64 ans vivant à domicile qui ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez elles une maladie cardiaque (voir *Méthodologie et Limites*). On compare l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les caractéristiques socioéconomiques de ces personnes et de celles du même groupe d'âge qui ne sont pas cardiaques. L'analyse fait en outre un parallèle entre les situations des hommes et des femmes cardiaques.

### La majorité des cardiaques sont des hommes

En 1996-1997, 3 % des personnes de 35 à 64 ans vivant à domicile, soit environ 345 000 personnes, ont déclaré qu'on avait diagnostiqué chez elles une maladie cardiaque (voir *Définitions des caractéristiques de santé*). La prévalence de la maladie cardiaque augmente fortement avec l'âge. Chez les personnes de 35 à 44 ans, à peine 1 % avaient fait l'objet d'un diagnostic de maladie cardiaque, tandis que chez celles de 55 à 64 ans, la proportion était de 7 % (tableau 1).

Chez les personnes de 35 à 54 ans, les proportions d'hommes et de femmes ayant fait l'objet d'un diagnostic de maladie cardiaque étaient sensiblement identiques, tandis que chez celles de 55 à 64 ans, la prévalence du diagnostic était plus forte chez les hommes. Par conséquent, les hommes représentaient plus de la moitié (58 %) des personnes de 35 à 64 ans souffrant d'une maladie cardiaque.

### Mauvais état de santé

Pour une forte proportion des personnes cardiaques de 35 à 64 ans, la maladie cardiaque n'était pas le seul problème de santé. Plus du tiers (36 %) ont dit être atteintes d'au moins deux autres maladies graves (asthme, arthrite, bronchopneumopathie chronique obstructive, accident cérébrovasculaire, hypertension ou diabète), comparativement à 6 % seulement des personnes non cardiaques (tableau A en annexe). La

plus forte proportion de personnes plus âgées dans le groupe des cardiaques explique dans une certaine mesure la différence de prévalence de la maladie. Toutefois, même si on tient compte de l'âge, la cote exprimant le risque de souffrir d'au moins deux autres problèmes de santé chroniques graves est environ six fois plus élevée pour les personnes cardiaques que pour les personnes non cardiaques (tableau 2).

Tableau 1  
Prévalence de la maladie cardiaque<sup>†</sup> chez les personnes de 35 à 64 ans vivant à domicile, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Total		Hommes		Femmes	
	en milliers	%	en milliers	%	en milliers	%
<b>Total 35-64</b>	<b>344,9</b>	<b>3</b>	<b>200,4</b>	<b>3</b>	<b>144,5</b>	<b>3</b>
35-44	56,4	1 <sup>‡</sup>	26,9	1 <sup>‡</sup>	29,6	1 <sup>‡</sup>
45-54	112,9	3	69,8	4	43,1	2 <sup>‡</sup>
55-64	175,6	7	103,7	8*	71,9	5

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

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

<sup>†</sup> Diagnostiquée par un professionnel de la santé

<sup>‡</sup> Coefficient de variation entre 16,6 % et 25,0 %

\* Significativement plus élevé pour les hommes que pour les femmes ( $p < 0,05$ )

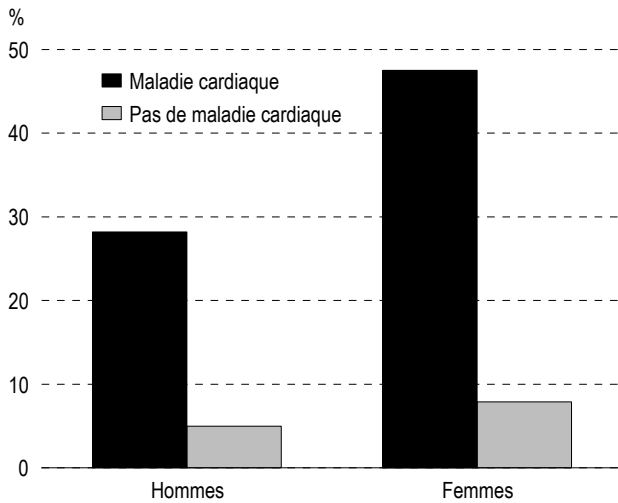
## Décès et hospitalisations

Même si la mortalité due à la maladie cardiaque diminue régulièrement depuis 1960, le nombre de victimes reste élevé<sup>8</sup>. En 1995, la cardiopathie ischémique, responsable de 6,6 % des décès chez les hommes de 35 à 39 ans, était la quatrième cause de décès chez les hommes de ce groupe d'âge<sup>9</sup>. Chez ceux de 60 à 64 ans, où elle était responsable de 24,1 % des décès, il s'agissait de la première cause de décès. Chez les femmes de 35 à 39 ans, la cardiopathie ischémique, responsable de 3,9 % des décès, venait en cinquième place. Par contre, chez celles de 60 à 64 ans, elle occupait la première place et a causé 14 % des décès.

En 1996-1997, la cardiopathie ischémique a été la cause de 57 420 hospitalisations chez les hommes de 35 à 64 ans et de 19 453 chez les femmes de ce groupe d'âge, c'est-à-dire respectivement 12 % et 4 % de l'ensemble des hospitalisations pour ce groupe d'âge.

Graphique 1

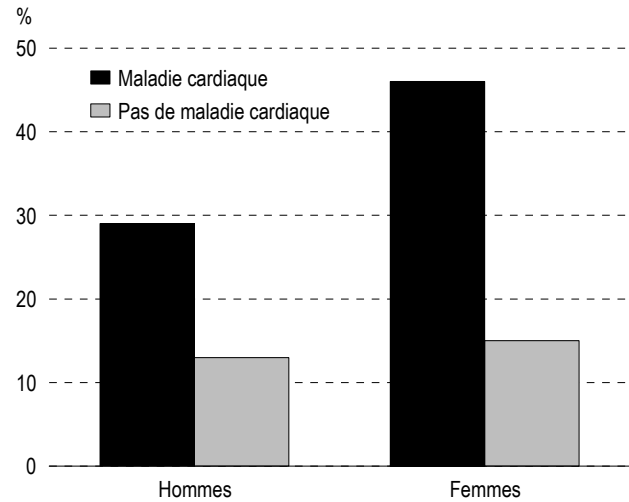
Proportion des personnes de 35 à 64 ans vivant à domicile qui souffrent d'au moins deux autres problèmes de santé chroniques<sup>††</sup>, selon la présence d'une maladie cardiaque<sup>†</sup> et le sexe, Canada, territoires non compris, 1996-1997



**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé  
<sup>†</sup> Asthme, arthrite, bronchopneumopathie chronique obstructive, accident cérébrovasculaire, hypertension, diabète  
<sup>††</sup> Diagnostiqués par un professionnel de la santé

Graphique 2

Proportion des personnes de 35 à 64 ans vivant à domicile qui souffrent de douleurs chroniques, selon la présence d'une maladie cardiaque<sup>†</sup> et le sexe, Canada, territoires non compris, 1996-1997



**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé  
<sup>†</sup> Diagnostiquée par un professionnel de la santé

Tableau 2

Rapports corrigés de cotes selon l'âge pour certaines caractéristiques de l'état de santé, personnes de 35 à 64 ans vivant à domicile, selon la présence d'une maladie cardiaque<sup>†</sup> et le sexe, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Total		Hommes		Femmes	
	Rapports de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapports de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapports de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>État de santé</b>						
Au moins deux comorbidités <sup>‡</sup>	5,6*	4,3, 7,4	4,8*	3,2, 7,0	8,1*	5,3, 12,4
Douleurs/maladies chroniques	2,8*	2,2, 3,7	2,3*	1,5, 3,4	4,1*	2,8, 5,9
Limitation des activités	6,5*	4,9, 8,6	5,9*	4,0, 8,6	7,7*	5,2, 11,3
Au moins une journée d'incapacité au cours des deux dernières semaines	3,3*	2,5, 4,5	3,5*	2,3, 5,2	3,7*	2,4, 5,7
État de santé jugé mauvais/passable	5,6*	4,3, 7,4	6,3*	4,4, 9,0	5,0*	3,3, 7,6
Épisode dépressif majeur l'année précédente	3,1*	1,9, 5,2	2,8*	1,2, 6,5	3,8*	1,8, 8,3
<b>Utilisation des services de santé</b>						
Prise de plus de trois médicaments au cours des deux derniers jours	8,4*	6,3, 11,1	15,3*	10,6, 22,0	5,1*	3,4, 7,8
Besoin d'aide pour les tâches domestiques et les soins personnels	5,3*	4,0, 7,0	6,0*	4,0, 8,8	5,7*	3,8, 8,5
Recours aux services de soins à domicile <sup>§</sup>	2,4*	1,3, 4,6	1,4	0,7, 2,8	3,7*	1,6, 8,7
Séjour d'une nuit à l'hôpital l'année précédente <sup>††</sup>	5,4*	3,9, 7,4	6,1*	4,0, 9,4	4,7*	2,8, 7,9

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

**Nota :** Le groupe de référence comprend les personnes vivant à domicile ayant entre 35 et 64 ans chez lesquelles aucune maladie cardiaque n'a été diagnostiquée.

<sup>†</sup> Diagnostiquée par un professionnel de la santé

<sup>‡</sup> Asthme, arthrite, bronchopneumopathie chronique obstructive, accident cérébrovasculaire, hypertension, diabète

<sup>§</sup> Financés entièrement ou partiellement par l'État; comprend les soins infirmiers, les soins personnels et l'aide domestique.

<sup>††</sup> Dans un hôpital, un foyer de soins infirmiers ou une maison de convalescence.

\*  $p < 0,05$

Les états comorbides sont plus courants chez les femmes que chez les hommes (graphique 1). Presque la moitié (48 %) des femmes cardiaques, mais 28 % seulement des hommes, ont dit souffrir d'au moins deux autres problèmes de santé chroniques.

Comme le laisse supposer la forte prévalence des problèmes de santé, les personnes cardiaques sont

nettement plus susceptibles que les non-cardiaques de faire état de douleurs chroniques, d'une limitation des activités et de journées d'incapacité. Même après correction pour tenir compte de l'âge plus avancé du groupe des cardiaques, la cote exprimant le risque de faire état de ces problèmes est nettement plus élevée pour les personnes cardiaques de 35 à 64 ans que pour leurs homologues non cardiaques. Les

## Définitions des caractéristiques de santé

On a demandé aux personnes qui ont participé à l'Enquête nationale sur la santé de la population si elles avaient souffert « d'un problème de santé de longue durée qui a persisté ou qui devrait persister six mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé ». L'intervieweur a lu une liste de problèmes de santé. Ceux qui sont pertinents ici sont la maladie cardiaque, l'asthme, l'arthrite, la bronchopneumopathie chronique obstructive ou l'emphysème, l'accident cérébrovasculaire, l'hypertension et le diabète. Aux personnes qui ont demandé ce que signifiait l'expression « maladie cardiaque », on a précisé qu'elle englobait l'angine de poitrine, l'insuffisance cardiaque et les manifestations cardiaques de rhumatisme articulaire aigu (rhumatisme cardiaque).

Pour évaluer les *douleurs chroniques*, on a posé la question : « Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises? » et on a considéré que les personnes répondant « non » souffraient de douleurs chroniques.

Une réponse affirmative à la question : « À cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique, êtes-vous limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou dans le nombre d'activités que vous exercez? » a été considérée comme une indication d'une *limitation des activités*.

Pour déterminer les *journées d'incapacité*, on a posé les deux questions suivantes : « Durant cette période (les 14 derniers jours), avez-vous été alité(e) à cause d'une maladie ou d'une blessure, ou avez-vous passé une nuit comme patient(e) dans un hôpital? » et « Durant ces 14 jours, y a-t-il eu des jours où il a fallu que vous limitiez vos activités habituelles à cause d'une maladie ou d'une blessure? » Aux personnes qui ont répondu « oui » à une de ces questions ou aux deux, on a demandé combien de jours elles avaient été alitées ou avaient dû réduire leurs activités.

Pour évaluer l'*état de santé général*, on a posé la question : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? »

Pour évaluer la *consommation de médicaments* (d'ordonnance et en vente libre), on a posé la question : « Au cours du dernier mois,

avez-vous pris l'un des médicaments suivants : ...? » Parmi les choix figurait « médicament pour le cœur ».

Les personnes qui ont répondu « oui » à la question : « Avez-vous reçu des services de soins à domicile au cours des 12 derniers mois? » ont été considérées comme étant des bénéficiaires de *soins à domicile*. Par services de soins à domicile, on entend des soins de santé ou des services d'aide familiale reçus à domicile et dont le coût est couvert entièrement ou partiellement par l'État. Les soins infirmiers, l'aide pour prendre son bain ou vaquer aux tâches ménagères, les services de relève et la livraison de repas en sont des exemples.

Pour déterminer si une personne *avait besoin d'aide pour accomplir les tâches ménagères quotidiennes ou pour ses soins personnels*, on a demandé si elle avait besoin d'aide pour préparer les repas, faire les courses, accomplir les tâches ménagères quotidiennes, faire des gros travaux d'entretien comme laver les murs ou travailler dans la cour, ou pour les soins personnels, comme se laver, s'habiller ou manger.

On a considéré comme *ayant passé une nuit à l'hôpital* une personne qui a répondu « oui » à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé une nuit comme patient(e) à l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence? »

Pour déterminer si une personne a eu un épisode dépressif majeur (EDM), le questionnaire de l'ENSP comprend, conformément à la méthode proposée par Kessler *et al.*<sup>10</sup>, un sous-ensemble de questions du *Composite International Diagnostic Interview*. Ces questions couvrent un groupe de symptômes du trouble dépressif qui sont énumérés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM III-R)*<sup>11</sup>. Les réponses à ces questions ont été cotées en fonction d'une échelle et les cotes ont été transformées en probabilité estimative d'un épisode dépressif majeur. On a considéré que les personnes pour lesquelles l'estimation était de 0,9, autrement dit celles pour lesquelles la certitude d'un diagnostic positif était de 90 %, avaient fait une *dépression* au cours des 12 derniers mois.

douleurs chroniques et les journées d'incapacité sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Par exemple, 46 % des femmes cardiaques ont dit souffrir de douleurs chroniques comparativement à 29 % des hommes (graphique 2).

Étant donné la prévalence d'autres problèmes de santé chroniques, de la douleur chronique et des limitations des activités, sans parler de la maladie cardiaque proprement dite, il n'est pas étonnant qu'une forte proportion de personnes cardiaques de 35 à 64 ans évaluent négativement leur état de santé. Dans l'ensemble, 41 % d'entre elles décrivent leur santé comme étant passable ou mauvaise, alors que 9 % seulement des personnes non cardiaques du même groupe d'âge en font de même. Après correction pour tenir compte de l'âge, la cote exprimant le risque de juger personnellement son état de santé passable ou mauvais est environ six fois plus élevée pour les personnes cardiaques.

### Médicaments multiples

Beaucoup de personnes cardiaques prennent plusieurs médicaments, sans doute pour contrer les effets de leur mauvais état de santé et pour soulager leurs douleurs chroniques. En 1996-1997, plus de la moitié (52 %) des personnes cardiaques de 35 à 64 ans ont déclaré lors de l'entrevue de l'ENSP qu'elles avaient pris au moins trois médicaments (prescrits ou en vente libre) au cours des deux derniers jours. Pour les personnes du même âge non cardiaques, cette proportion tombe à 9 %. La cote, corrigée en fonction de l'âge, exprimant le risque de consommer plusieurs médicaments est 15 fois plus élevée pour les hommes cardiaques que pour ceux qui ne le sont pas. Dans le cas des femmes, cette cote est cinq fois plus élevée pour les cardiaques.

Toute une gamme de médicaments sont recommandés pour soulager les problèmes cardiaques. Les traitements médicamenteux à long terme peuvent inclure l'aspirine, les bêta-bloquants, les hypolipémiants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et, parfois, les anticoagulants<sup>12</sup>. Pourtant, étonnamment, 34 % des personnes cardiaques ont dit ne pas avoir pris un médicament pour le cœur le mois précédent. Ce

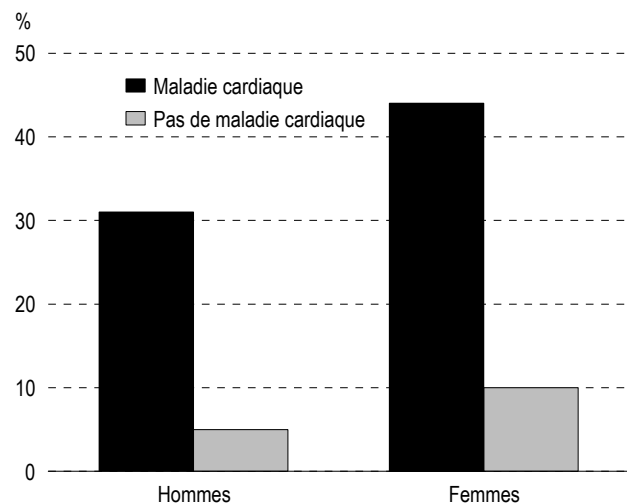
résultat témoigne peut-être d'une classification erronée de la maladie ou des médicaments, ou il signifie qu'on a pas saisi l'occasion de faire certaines activités secondaires de promotion de la santé.

### Soins à domicile

Plus du tiers (36 %) des personnes cardiaques ont déclaré avoir besoin d'aide pour exécuter une ou plusieurs tâches domestiques ou pour leurs soins personnels, comparativement à 8 % seulement des personnes non cardiaques. En fait, la cote exprimant le risque d'avoir besoin d'aide est cinq fois plus élevée pour les personnes cardiaques de 35 à 64 ans qu'elle ne l'est pour les non-cardiaques du même groupe d'âge.

Le nombre de personnes recevant effectivement des services officiels de soins à domicile (financés entièrement ou partiellement par l'État) est nettement plus faible que le nombre de personnes qui ont dit avoir besoin d'aide. Par conséquent, bon nombre de personnes qui ont besoin d'aide ne reçoivent aucun service financé par l'État<sup>13</sup>. Ces

Graphique 3  
Proportion des personnes de 35 à 64 ans vivant à domicile qui ont besoin d'aide pour accomplir les tâches domestiques ou pour les soins personnels, selon la présence d'une maladie cardiaque<sup>†</sup> et le sexe, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé  
† Diagnostiquée par un professionnel de la santé

personnes doivent compter sur leur famille ou leurs amis, payer elles-mêmes pour obtenir des services à domicile ou s'en passer.

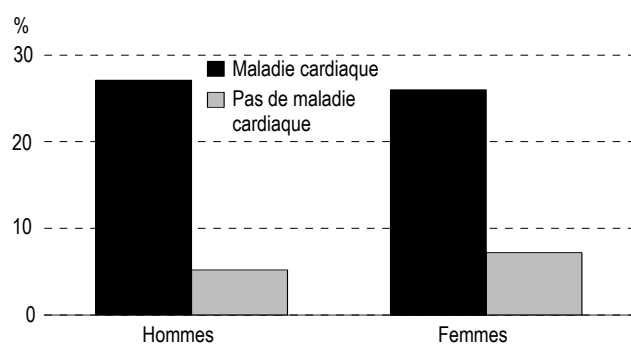
Après correction pour tenir compte de l'âge plus avancé du groupe des personnes cardiaques, la cote exprimant la possibilité de bénéficier de services à domicile est nettement plus élevée chez les femmes cardiaques que chez celles qui ne le sont pas. En revanche, cette cote n'est pas significativement plus élevée pour les hommes cardiaques que pour ceux qui ne le sont pas.

La prépondérance des femmes parmi les bénéficiaires des soins à domicile s'explique par le fait que les hommes sont plus susceptibles d'être aidés par leur conjointe (graphique 3). D'aucuns soutiennent que, puisque les hommes sont habitués à recevoir mais non à prodiguer des soins, les conjointes qui souffrent d'une maladie cardiaque sont désavantagées par rapport à leurs homologues masculins<sup>1</sup>. Qui plus est, une plus forte proportion de femmes (24 %) que d'hommes (13 %) cardiaques vivent seules et ont donc vraisemblablement un accès plus limité à des soins non officiels (données non présentées).

### Utilisation des services de santé

Les personnes cardiaques utilisent davantage les services de santé. Cependant, la forte proportion

Graphique 4  
Proportion des personnes de 35 à 64 ans vivant à domicile qui ont passé une nuit à l'hôpital<sup>†</sup> l'année précédente, selon la présence d'une maladie cardiaque<sup>‡</sup> et le sexe, Canada, territoires non compris, 1996-1997



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

<sup>†</sup> Y compris les foyers de soins infirmiers et les maisons de convalescence.

<sup>‡</sup> Diagnostiquée par un professionnel de la santé

d'entre elles qui souffrent d'autres problèmes de santé chroniques graves donne à penser qu'elles ne reçoivent pas uniquement des soins liés à la maladie cardiaque.

Plus du quart (27 %) des personnes cardiaques de 35 à 64 ans ont passé une nuit à l'hôpital, dans un foyer de soins infirmiers ou dans une maison de convalescence au cours de l'année qui a précédé l'enquête, comparativement à 6 % de leurs homologues non cardiaques (tableau A en annexe et graphique 4). Même si l'on tient compte du déplacement de la courbe d'âge des personnes cardiaques vers les âges plus avancés, la cote exprimant le risque d'être hospitalisé est cinq fois plus élevée pour ces personnes que pour les non-cardiaques.

Plus d'un million de journées d'hospitalisation survenues en 1996-1997 sont imputables aux personnes cardiaques de 35 à 64 ans, ce qui représente 16 % du total pour ce groupe d'âge. Ces personnes ont aussi déclaré plus de trois millions de visites chez le médecin, soit 7 % de l'ensemble des consultations enregistrées pour le groupe des 35 à 64 ans (données non présentées).

### Taux d'emploi plus faible

Les données transversales ne permettent pas de déduire les relations de cause à effet, mais il semble que le mauvais état de santé des personnes cardiaques ait des répercussions sur leur situation professionnelle et sur leur revenu (voir *Définitions des caractéristiques d'emploi et de revenu*).

Bien que la fourchette de 35 à 64 ans représente les principales années d'activité, à peine 48 % des hommes cardiaques ont dit qu'ils travaillaient contre rémunération ou en vue de réaliser un bénéfice lors de l'entrevue de l'ENSP (tableau B en annexe). La proportion est beaucoup plus élevée (83 %) pour les hommes non cardiaques. Chez les femmes, les taux correspondants sont de 36 % et de 64 %. Aussi bien pour les hommes que pour les femmes, la cote corrigée selon l'âge exprimant la possibilité d'avoir un emploi est deux fois moins élevée pour les personnes cardiaques que pour les personnes non cardiaques (tableau 3).

En outre, 43 % des hommes cardiaques

travaillaient 30 heures et plus par semaine, chiffre nettement inférieur à celui observé pour les hommes chez lesquels on n'avait pas posé le diagnostic de maladie cardiaque (79 %) (graphique 5). Seulement 25 % des femmes cardiaques travaillaient au moins 30 heures par semaine, contre 48 % de femmes non cardiaques.

Indépendamment de la présence d'une maladie cardiaque, les femmes étaient moins susceptibles que

### Définitions des caractéristiques d'emploi et de revenu

Les personnes qui ont dit travailler au moment de l'entrevue ont été considérées comme étant *occupées*. À celles qui ne l'étaient pas, on a demandé quelle était la raison principale pour laquelle elles ne travaillaient pas. Les raisons dont il est tenu compte dans la présente analyse sont : pour prendre soin de la famille, état d'invalidité ou convalescence et retraite.

On a demandé aux personnes qui travaillaient d'indiquer le nombre d'heures de travail par semaine pour chaque emploi. On a fait le total des heures de travail pour classer les personnes occupées dans la catégorie des personnes *travaillant moins de 30 heures par semaine* ou dans celle des personnes *travaillant 30 heures et plus par semaine*.

Pour déterminer quelle était la *principale source de revenu du ménage*, on a posé la question : « Quelle était la principale source de revenu? » Pour les besoins de la présente analyse, on a regroupé les sources en trois catégories, à savoir 1) salaire, traitement, revenu d'un travail autonome, 2) assurance-emploi, indemnisation des accidents du travail, prestations provinciales ou municipales d'aide sociale ou de bien-être et 3) pensions (prestations au titre du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, des régimes de retraite, du régime de pension de retraite de la Fonction publique ou de rentes, de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti).

Pour déterminer l'adéquation du revenu, on a tenu compte du revenu du ménage ainsi que du nombre de personnes composant ce ménage. Par *faible revenu*, on entend un revenu inférieur à 30 000 \$ par année pour un ménage de cinq personnes et plus, de moins de 20 000 \$ par année pour un ménage de trois ou quatre personnes et de moins de 15 000 \$ pour un ménage d'une ou de deux personnes.

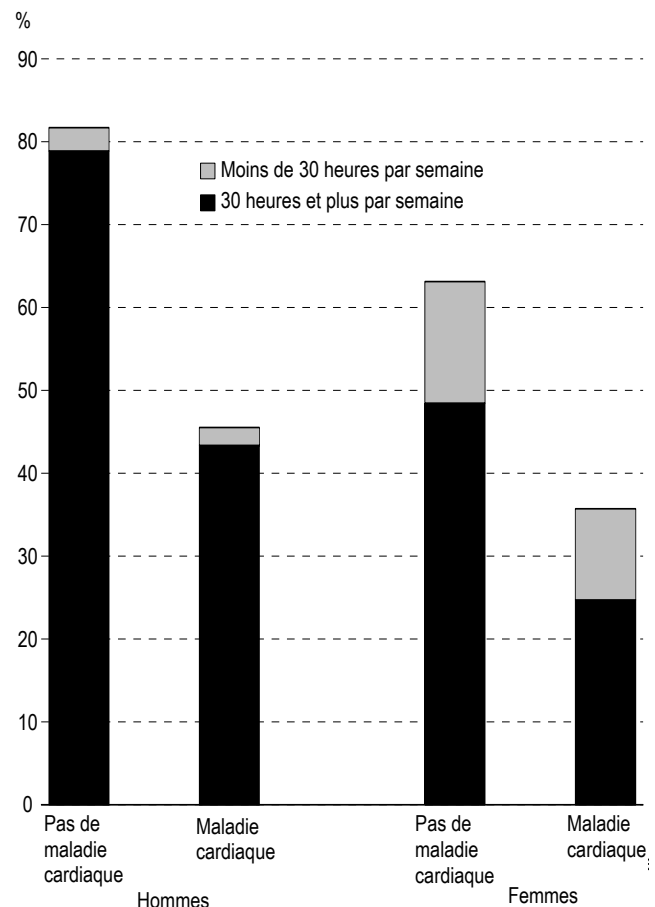
On a considéré comme étant en état de *détresse financière* les personnes qui ont répondu « oui » à la question : « Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que votre ménage n'ait pas suffisamment de nourriture à cause d'un manque d'argent? »

On a considéré comme ayant un *faible niveau de scolarité* les personnes n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires.

les hommes de travailler. Cependant, si l'on regroupe la prestation de soins à des membres de la famille et le travail contre rémunération ou en vue d'obtenir un bénéfice, 43 % des femmes cardiaques étaient « actives », comparativement à 48 % des hommes, écart qui n'est pas statistiquement significatif. D'autres études ont montré que, si on tient compte des tâches domestiques, les taux d'activité des hommes et des femmes sont à peu près les mêmes<sup>14</sup>.

Les personnes cardiaques de 35 à 64 ans qui ne travaillaient pas ont donné comme raison principale le fait d'être malade ou en état d'incapacité (30 %). En revanche, 6 % seulement des personnes non

Graphique 5  
Nombre d'heures de travail des personnes occupées âgées de 35 à 64 ans et vivant à domicile, selon la présence d'une maladie cardiaque<sup>†</sup> et le sexe, Canada, territoires non compris, 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé  
† Diagnostiquée par un professionnel de la santé



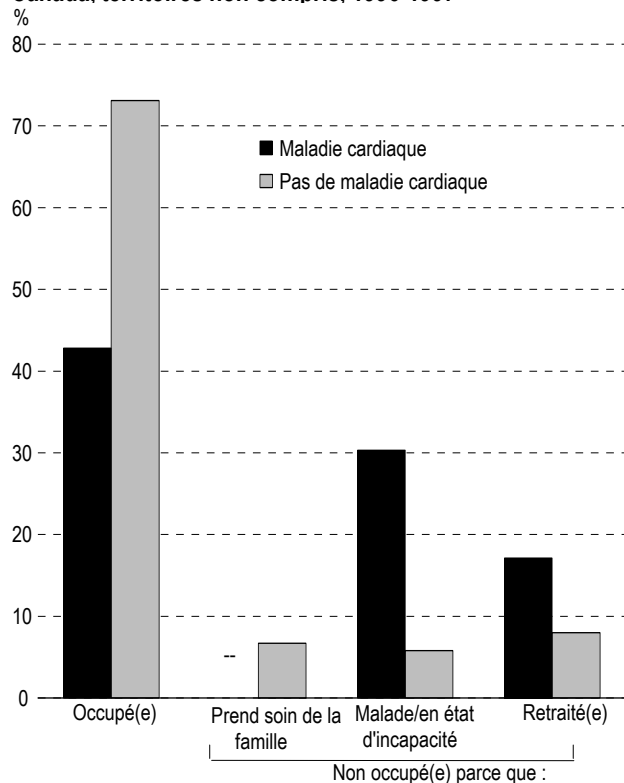
cardiaques ont donné cette raison (graphique 6). Si l'on tient compte de la répartition par âge des deux groupes, la cote exprimant le risque de ne pas travailler à cause d'une maladie ou d'une incapacité est 5,5 fois plus élevée pour les personnes cardiaques que pour les non-cardiaques.

En outre, 17 % des personnes cardiaques de 35 à 64 ans ont déclaré être à la retraite, soit une proportion deux fois plus forte que celle observée pour les personnes non cardiaques (8 %). Cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative lorsque l'écart est corrigé selon l'âge.

### Moindre importance du revenu tiré d'un emploi

Les sources de revenu des personnes cardiaques de 35 à 64 ans reflètent leur situation en regard de

Graphique 6  
**Situation professionnelle des personnes de 35 à 64 ans vivant à domicile, selon la présence d'une maladie cardiaque†, Canada, territoires non compris, 1996-1997**



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997, échantillon transversal, Fichier santé  
 † Diagnostiquée par un professionnel de la santé  
 -- Nombres infimes

l'emploi. En effet, à peine 62 % des hommes et 52 % des femmes souffrant d'une maladie cardiaque, mais 87 % des hommes et 80 % des femmes non cardiaques, ont dit tirer leur revenu principalement d'un emploi. La cote, corrigée en fonction de l'âge, exprimant la possibilité de tirer son revenu d'un emploi est deux fois plus faible pour les personnes cardiaques que pour celles qui ne le sont pas.

Par contre, presque le quart (24 %) des personnes cardiaques de 35 à 64 ans ont dit que la source principale du revenu du ménage était une pension et 13 %, des prestations d'assurance-emploi, d'indemnisation d'accident du travail ou d'aide sociale. La cote exprimant la possibilité de déclarer ces sources de revenu est trois fois plus élevée pour les cardiaques que pour les non-cardiaques.

### Faible revenu

Le fait qu'elles dépendent fortement de prestations de retraite ou de paiements de transfert de l'État signifie qu'une forte proportion de personnes cardiaques ont un faible revenu. En 1996-1997, 22 % des personnes cardiaques de 35 à 64 ans vivaient dans un ménage à faible revenu contre 12 % seulement des personnes non cardiaques de ce groupe d'âge (tableau B en annexe).

Le faible revenu est particulièrement courant chez les femmes cardiaques, puisque le tiers (30 %) d'entre elles, soit deux fois la proportion de celles qui ne souffrent pas d'une maladie cardiaque (14 %), vivaient dans un ménage à faible revenu. Après correction pour tenir compte des répartitions différentes selon l'âge des deux groupes, la cote exprimant le risque de vivre dans un ménage à faible revenu est 2,5 fois plus élevée pour les femmes cardiaques que pour les femmes non cardiaques (tableau 3).

En revanche, 16 % seulement des hommes cardiaques vivaient dans un ménage à faible revenu, proportion nettement inférieure à celle observée pour les femmes. Cependant, la cote exprimant le risque d'avoir un faible revenu est considérablement plus élevée pour les hommes atteints d'une maladie cardiaque que pour les autres.

Dans une certaine mesure, le lien entre la maladie cardiaque et le revenu pourrait dépendre du niveau

de scolarité. Un faible revenu est généralement associé à un faible niveau de scolarité, lequel, à son tour est associé à des facteurs de risque de maladie cardiaque, comme l'usage du tabac, l'obésité et l'hypertension<sup>15-17</sup>. Cependant, même après correction pour tenir compte de l'âge, du sexe, des conditions d'habitation et du niveau de scolarité, la cote exprimant le risque de vivre dans un ménage à faible revenu est presque deux fois plus élevée pour les personnes de 35 à 64 ans souffrant d'une maladie cardiaque que pour celles qui ne sont pas cardiaques (rapport de cotes : 1,8; intervalle de confiance : 1,3-2,5) (données non présentées). Ces résultats laissent entendre que le niveau de scolarité n'explique pas entièrement le lien entre la maladie cardiaque et le faible revenu.

La proportion de personnes cardiaques qui ont

déclaré s'être trouvées en état de détresse financière (plus précisément, qui ont dit avoir manqué d'argent pour acheter de la nourriture l'année précédente) était assez forte : 15 % des femmes et 11 % des hommes, c'est-à-dire plus du double des chiffres observés pour leurs contemporains non cardiaques. La cote exprimant le risque de mentionner ce genre de difficultés est plus de trois fois plus élevée pour les personnes cardiaques que pour les personnes non cardiaques.

### Taux élevé de dépression

La prévalence de la dépression est forte chez les personnes cardiaques, peut-être parce que celles-ci sont en mauvaise santé et qu'elles vivent dans des conditions socioéconomiques relativement défavorables. Presque 16 % des femmes cardiaques

Tableau 3

Rapports corrigés de cotes selon l'âge pour certaines caractéristiques de l'emploi et du revenu, personnes de 35 à 64 ans vivant à domicile, selon la présence d'une maladie cardiaque<sup>†</sup> et le sexe, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Total		Hommes		Femmes	
	Rapports de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapports de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapports de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Situation professionnelle</b>						
Occupé(e)	0,4*	0,3, 0,5	0,3*	0,2, 0,4	0,4*	0,3, 0,7
Non occupé(e) parce que <sup>‡</sup> :						
Prend soin de sa famille	0,5	0,2, 1,5	--	--	0,6	0,2, 1,9
Malade/en état d'incapacité	5,5*	4,1, 7,3	5,4*	3,6, 8,3	5,9*	3,8, 9,2
Retraité(e)	0,8	0,6, 1,1	1,3	0,9, 2,0	0,5*	0,3, 0,9
Occupé(e) ou prend soin de sa famille	0,3*	0,3, 0,5	0,3*	0,2, 0,4	0,3*	0,2, 0,6
<b>Revenu du ménage</b>						
Source principale <sup>§</sup>						
Traitement/salaire	0,5*	0,3, 0,6	0,4*	0,3, 0,6	0,4*	0,2, 0,7
Assurance-emploi/ indemnisation des accidents du travail/aide sociale	3,1*	1,9, 4,9	3,1*	1,8, 5,3	3,1*	1,5, 6,5
Pensions	1,4*	1,0, 2,0	1,4	0,9, 2,2	1,5	1,0, 2,3
Faible revenu	1,9*	1,4, 2,6	1,5*	1,1, 2,2	2,5*	1,5, 4,2
Détresse financière <sup>††</sup>	3,2*	2,1, 4,9	3,1*	1,8, 5,3	3,3*	1,7, 6,4

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

Nota : Le groupe de référence comprend les personnes vivant à domicile ayant entre 35 et 64 ans chez lesquelles aucune maladie cardiaque n'a été diagnostiquée. Les données ayant été arrondies, un intervalle de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 pourrait être significatif.

† Diagnostiquée par un professionnel de la santé

‡ Les autres raisons sont exclues.

§ Les autres sources sont exclues.

†† A manqué d'argent pour acheter de la nourriture l'année dernière.

\*  $p < 0,05$

-- Nombres infimes

de 35 à 64 ans avaient vécu un épisode dépressif majeur l'année précédente, comparativement à 5 % des femmes non cardiaques du même âge. La cote exprimant le risque que les femmes cardiaques fassent une dépression est environ quatre fois plus élevée que celle calculée pour les femmes non cardiaques. Les hommes cardiaques étaient aussi nettement plus susceptibles que leurs homologues non cardiaques d'avoir fait une dépression, quoique l'écart soit moins prononcé dans leur cas. D'autres chercheurs ont également observé une forte incidence de la dépression chez les personnes cardiaques<sup>18,19</sup>.

### Situation plus difficile pour les femmes

À bien des égards, les conséquences de la maladie cardiaque semblent particulièrement graves pour les femmes.

Comparativement aux hommes chez lesquels on a diagnostiqué une maladie cardiaque, la cote exprimant le risque que les femmes dans la même situation soient atteintes d'au moins deux autres problèmes de santé chroniques, qu'elles souffrent de douleurs chroniques et qu'elles aient connu une ou plusieurs journées d'incapacité au cours des deux semaines précédant l'entrevue est deux fois plus élevée (tableau 4). En outre, la cote exprimant le risque de vivre seul est nettement plus élevée pour les femmes que pour les hommes cardiaques. Le fait de vivre seule et l'état de santé plus précaire des femmes cardiaques expliquent en partie la cote élevée exprimant le risque qu'elles aient besoin d'aide pour les tâches domestiques ou les soins personnels ou qu'elles aient recours aux services de soins à domicile.

La cote exprimant la possibilité que les femmes cardiaques aient un emploi est environ deux fois plus faible que celle calculée pour leurs homologues masculins. Par contre, la cote exprimant le risque de travailler moins de 30 heures par semaine est beaucoup plus élevée pour les femmes. Les femmes cardiaques obtiennent aussi une cote exprimant le risque de vivre dans un ménage à faible revenu nettement plus élevée que les hommes cardiaques.

Ces résultats correspondent à ceux d'autres études selon lesquelles, après une crise cardiaque, les

Tableau 4

**Rapports corrigés de cotes selon l'âge pour certaines caractéristiques des femmes de 35 à 64 ans ayant une maladie cardiaque<sup>†</sup>, personnes vivant à domicile, Canada, territoires non compris, 1996-1997**

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>État de santé</b>		
Au moins deux comorbidités <sup>‡</sup>	2,6*	1,4, 4,6
Douleurs/malaises chroniques	2,1*	1,2, 3,6
Limitation des activités	1,6	1,0, 2,8
Au moins une journée d'incapacité au cours des deux dernières semaines	1,9*	1,1, 3,4
Santé jugée mauvaise/passable	1,0	0,6, 1,6
Épisode dépressif majeur l'année précédente	2,7	0,8, 8,6
<b>Utilisation des services de santé</b>		
Prise de plus de trois médicaments au cours des deux derniers jours	0,7	0,4, 1,1
Besoin d'aide pour les tâches domestiques ou les soins personnels	2,0*	1,1, 3,4
Recours aux services de soins à domicile <sup>§</sup>	4,0*	1,5, 10,8
Séjour d'une nuit à l'hôpital l'année précédente <sup>††</sup>	1,0	0,5, 1,8
<b>Situation professionnelle</b>		
Occupé(e)	0,5*	0,3, 0,9
Travaille moins de 30 heures par semaine	3,1*	1,2, 8,5
Non occupé(e) parce que <sup>‡‡</sup> :		
Malade/en état d'incapacité	1,4	0,8, 2,4
Retraité(e)	0,8	0,4, 1,5
Occupé(e) ou prend soin de sa famille	0,7	0,4, 1,3
<b>Revenu du ménage</b>		
Source principale <sup>§§</sup>		
Traitement/salaire	0,6*	0,3, 1,0
Assurance-emploi/ indemnisation des accidents du travail/aide sociale	1,1	0,5, 2,2
Pensions	2,3*	1,3, 4,1
Faible revenu	2,2*	1,2, 3,9
Détresse financière <sup>†††</sup>	1,2	0,6, 2,7
<b>Vit seul(e)</b>	2,4*	1,2, 4,6

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

**Nota :** Le groupe de référence comprend les hommes de 35 à 64 ans chez lesquels on a diagnostiqué une maladie cardiaque. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

† Diagnostiquée par un professionnel de la santé

‡ Asthme, arthrite, bronchopneumopathie chronique obstructive, accident cérébrovasculaire, hypertension, diabète

§ Financés entièrement ou partiellement par l'État; comprend les soins infirmiers, les soins personnels et l'aide domestique.

†† Dans un hôpital, un foyer de soins infirmiers ou une maison de convalescence.

‡‡ Les autres raisons sont exclues.

§§ Les autres sources sont exclues.

††† A manqué d'argent pour acheter de la nourriture l'année dernière.

\*  $p < 0,05$

femmes ont une moins bonne santé et une moins bonne qualité de vie que les hommes<sup>1-3</sup>. Les auteurs avancent plusieurs raisons pour expliquer cet écart.

Le diagnostic de la maladie cardiaque est plus difficile à poser chez la femme que chez l'homme<sup>20</sup>. Les femmes éprouvent des symptômes différents et présentent plus fréquemment une insuffisance cardiaque. On a montré que, durant l'année qui suit la crise cardiaque, les femmes courent un plus grand risque de mourir, d'éprouver de la détresse cardiaque et de faire un nouvel infarctus<sup>21</sup>. La présente analyse des données de l'ENSP appuie ces résultats, en ce sens que les femmes ont déclaré éprouver plus de douleurs et être plus handicapées.

Les traitements prodigués aux femmes pourraient différer de ceux choisis pour les hommes. En fait, étant donné le taux plus faible de cardiologie observé chez les femmes<sup>22-25</sup>, certains chercheurs se sont demandé s'il y avait un biais contre celles-ci lors de la sélection des candidats pour l'intervention chirurgicale<sup>26,27</sup>. Les auteurs d'une étude antérieure ont constaté, durant une année d'observation, que la maladie coronarienne était traitée moins énergiquement chez les femmes et que celles-ci étaient moins susceptibles que les hommes de prendre de l'aspirine<sup>28</sup>. D'autres travaux montrent que les femmes sont nettement moins souvent aiguillées vers les services de soins coronariens que les hommes, même si elles sont plus fréquemment atteintes d'angine de poitrine et d'insuffisance cardiaque<sup>3</sup>.

Le taux de participation des femmes aux programmes de réadaptation cardiologique semble être assez faible. Les études des résultats de la réadaptation indiquent que l'inscription à ce genre de programmes est plus faible, l'observation moins bonne et le taux d'abandon plus élevé pour les femmes que pour les hommes. Pourtant, les femmes qui vont jusqu'au bout du programme de réadaptation cardiologique constatent une amélioration fonctionnelle équivalente, voire supérieure, à celle observée chez les hommes<sup>29</sup>.

À l'instar de l'ENSP, l'analyse des données des *Cardiac Arrhythmia Suppression Trials* indique que la situation socioéconomique des femmes cardiaques est moins favorable que celle des hommes dans la

## Limites

Les données sur la maladie cardiaque tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population posent les problèmes inhérents à l'autodéclaration. Plus précisément, aucune source indépendante n'a confirmé que les personnes qui ont déclaré qu'on avait diagnostiqué chez elles une maladie cardiaque étaient effectivement cardiaques. Il en est de même des autres problèmes de santé chroniques mentionnés dans le présent article, comme l'asthme, l'arthrite, l'hypertension, l'accident cérébrovasculaire, le diabète et la bronchopneumopathie chronique obstructive.

En outre, nul ne sait depuis combien de temps la maladie cardiaque a été diagnostiquée, ni si la personne avait souffert plus d'un épisode ni quelle était la gravité du problème.

L'expression « maladie cardiaque » est une expression générale couverte par les codes 391 à 398, 402, 404 et 410 à 429 de la CIM-9<sup>30</sup>. Les problèmes cardiaques déclarés varient des moins graves, comme la péricardite aiguë (420) à un état beaucoup plus grave, comme l'infarctus aigu du myocarde (410). En outre, certaines personnes ont peut-être été mal classées, parce qu'elles n'ont pas bien compris la question posée ou parce qu'elles ne se souvenaient pas qu'on ait posé le diagnostic.

Les données hospitalières montrent qu'en 1996-1997, la cardiopathie ischémique a entraîné 76 873 hospitalisations chez les hommes et chez les femmes de 35 à 64 ans, chiffre qui représente 84 % du nombre de personnes cardiaques ayant participé à l'ENSP qui ont déclaré avoir été hospitalisées (environ 91 800). Ce résultat concorde avec le fait que la cardiopathie ischémique est une sous-catégorie de l'expression générale « maladie cardiaque » qui a été utilisée dans le questionnaire de l'ENSP.

Les données analysées ici ont trait uniquement aux personnes vivant à domicile. Autrement dit, l'analyse ne fournit aucune estimation de la prévalence globale de la maladie cardiaque chez les personnes de 35 à 64 ans. Bien que les personnes de ce groupe d'âge qui sont placées en établissement de soins soient peu nombreuses, les caractéristiques de leur état de santé pourraient être si différentes de celles des personnes vivant à domicile qu'elles auraient des répercussions sur les estimations de la prévalence si on en tenait compte dans l'analyse. Qui plus est, même parmi les personnes vivant à domicile, il pourrait exister un biais de sélection. Autrement dit, les personnes qui ont participé à l'enquête pourraient être en meilleure santé et plus susceptibles d'adopter des comportements favorables à la santé que celles qui n'y ont pas participé.

Enfin, l'étude est descriptive. Les données analysées sont transversales et ne permettent pas d'établir les relations de cause à effet. Par exemple, il est impossible de dire si la situation professionnelle d'une personne et son niveau de revenu sont dus au fait qu'elle a une maladie cardiaque.

même situation<sup>4</sup>. Les femmes, qui dès le départ ont un revenu plus faible que les hommes, sont en général proportionnellement moins nombreuses à retourner au travail, et ce, après une plus longue absence<sup>30</sup>. Par conséquent, il leur est plus difficile de payer pour l'aide dont elles ont besoin. En outre, les coûts du transport jusqu'au centre de réadaptation, d'un régime alimentaire plus sain et des médicaments pourraient représenter un poids financier plus lourd.

Selon certains auteurs, le double fardeau des responsabilités professionnelles et familiales constitue un facteur de risque de maladie cardiaque<sup>31</sup>. Il se pourrait que les femmes continuent d'accomplir des tâches domestiques même si elles sont malades et qu'elles reprennent ce genre de tâches avant d'être complètement rétablies. En outre, la nécessité de s'occuper d'autres membres de la famille peut les empêcher de trouver le temps de participer à un programme de réadaptation. En fait, les données de l'ENSP montrent que les femmes atteintes d'une maladie cardiaque sont tout aussi susceptibles que les femmes non cardiaques de s'occuper des membres de leur famille (données non présentées).

## Conclusion

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, on a posé le diagnostic de maladie cardiaque chez près de 345 000 Canadiens de 35 à 64 ans. La maladie cardiaque altère la qualité de la vie, aux plans tant physique et psychique que financier. Souvent, la maladie cardiaque et les problèmes de santé connexes limitent l'aptitude à travailler, donc, à gagner suffisamment d'argent pour maintenir un niveau de vie assez aisé. À cet égard, les femmes sont particulièrement vulnérables.

En étudiant les conditions sociales et financières et l'état de santé des personnes cardiaques, on arrive à mieux cibler les efforts de promotion secondaire de la santé. Les renseignements recueillis permettent en effet de prévoir les coûts indirects de la maladie cardiaque occasionnés par le taux d'emploi plus faible, le revenu plus faible, l'incidence plus forte de la douleur et de l'incapacité, ainsi que le besoin plus grand d'aide pour accomplir les tâches domestiques et pour les soins personnels. ●

## Remerciements

L'auteur remercie Claudio Pérez, Marie P. Beudet et Mike Gagnon de l'aide technique apportée.

## Références

1. M.S. Loose et B. Fernhall, « Differences in quality of life among male and female cardiac rehabilitation participants », *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 15(3), 1995, p. 225-231.
2. V.S. Conn, S.G. Taylor et P.B. Abele, « Myocardial infarction survivors: age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence », *Journal of Advanced Nursing*, 16(9), 1991, p. 1026-1034.
3. I. Wiklund, J. Herlitz, S. Johansson *et al.*, « Subjective symptoms and well-being differ in women and men after myocardial infarction », *European Heart Journal*, 14(10), 1993, p. 1315-1319.
4. S.A. Shumaker, M.M. Brooks, E.B. Schron EB *et al.*, « Gender differences in health-related quality of life among postmyocardial infarction patients: brief report. CAST Investigators. Cardiac Arrhythmia Suppression Trials », *Womens Health*, 3(1), 1997, p. 53-60.
5. 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. 29-38 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. J.N.K. Rao, C.J.F. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 209-217 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
7. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 283-310.
8. Fondation des maladies du cœur du Canada, *Les maladies cardiovasculaires et les accidents cérébro-vasculaires au Canada*, Fondation des maladies du cœur du Canada, Ottawa, 1997.
9. Statistique Canada, *Les causes principales de décès selon l'âge, 1995* (Statistique Canada, n° 84-503-XPB au catalogue), ministre de l'Industrie, Ottawa, 1997.
10. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the united States: Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51, 1994, p. 8-19.

11. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3<sup>e</sup> édition révisée, Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1987.
12. S. Yusuf, J. Lessem, P. Jha *et al.*, « Primary and secondary prevention of myocardial infarction and strokes: an update of randomly allocated, controlled trials », *Journal of Hypertension*, supplément, 11(4), 1993, p. S61-73.
13. K. Wilkins et E. Park, « Les soins à domicile au Canada », *Rapports sur la santé*, 10(1), 1998, p. 31-41 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
14. J. Angus, « Women and recovery from myocardial infarction and coronary artery bypass surgery, Part II: A review of the cardiovascular literature », *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(4), 1996, p. 15-22.
15. C. Irbarren, R.V. Luepker, P.G. McGovern *et al.*, « Twelve-year trends in cardiovascular disease risk factors in the Minnesota Heart Survey. Are socioeconomic differences widening? », *Archives of Internal Medicine*, 157(8), 1997, p.873-881.
16. H. Johansen, M. Nargundkar, C. Nair *et al.*, « Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute », *Rapports sur la santé*, 9(4), 1998, p. 31-39 (Statistique Canada, n° 82-003-XPB au catalogue).
17. R.V. Luepker, W.D. Rosamond, R. Murphy *et al.*, « Socioeconomic status and coronary heart disease risk factor trends. The Minnesota Heart Survey », *Circulation*, 88, (1 de 5), 1993, p. 2172-2179.
18. D. Mickus, « Activities of daily living in women after myocardial infarction », *Heart Lung*, 15(4), 1986, p. 376-381.
19. B. Riegel et I. Gocka, « Gender differences in adjustment to acute myocardial infarction », *Heart Lung*, 24(6), 1995, p. 457-466.
20. P.L. Cole, « Coronary artery disease in women: differences in diagnosis, therapy, and prognosis », *Coronary Artery Disease*, 4, 1993, p. 595-604.
21. R.F. Young et E. Kahana, « Gender, recovery from late life heart attack, and medical care », *Women and Health*, 20(1), 1993, p. 11-31.
22. J.B. Kostis, A.C. Wilson, K. O'Dowd *et al.*, « Sex differences in the management and long-term outcome of acute myocardial infarction. A statewide study. MIDAS Study Group. Myocardial Infarction Data Acquisition System », *Circulation*, 90(4), 1994, p. 1715-1730.
23. F.A. Majeed et D.G. Cook, « Age and sex differences in the management of ischaemic heart disease », *Public Health*, 110(1) 1996, p. 7-12.
24. W.H. Giles, R.F. Anda, M.L. Casper *et al.*, « Race and sex differences in rates of invasive cardiac procedures in US hospitals. Data from the National Hospital Discharge Survey », *Archives of Internal Medicine*, 155(3), 1995, p. 318-324.
25. S.B. Jaglal, V. Goel et C.D. Naylor, « Sex differences in the use of invasive coronary procedures in Ontario », *Canadian Journal of Cardiology*, 10(2), 1994, p. 239-244
26. J.N. Tobin, S. Wassertheil-Smoller, J.P. Wexler *et al.*, « Sex bias in considering coronary bypass surgery », *Annals of Internal Medicine*, 107, 1987, p. 19.
27. B.A. Bergelson et C.L. Tommaso, « Gender differences in clinical evaluation and triage in coronary artery disease », *Chest*, 108(6), 1995, p. 1510-1513.
28. L.M. Schwartz, E.S. Fisher, N.A. Tosteson *et al.*, « Treatment and health outcomes of women and men in a cohort with coronary artery disease », *Archives of Internal Medicine*, 157(14), 1997, p. 1545-1551.
29. G.A. Hamilton, « Recovery from acute myocardial infarction in women », *Cardiology*, 77, supplément 2, 1990, p. 58-70.
30. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la neuvième révision, 1975, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977.
31. V. Brezinka et F. Kittel, « Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review », *Social Science and Medicine*, 42(10), 1996, p. 1351-1365.

## Annexe

Tableau A  
Proportion des personnes de 35 à 64 ans vivant à domicile qui présentent certaines caractéristiques de santé, selon la présence d'une maladie cardiaque<sup>†</sup> et le sexe, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Total		Hommes		Femmes	
	Maladie cardiaque		Maladie cardiaque		Maladie cardiaque	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	%					
<b>État de santé</b>						
Au moins deux comorbidités <sup>‡</sup>	36	6	28	5	48	8
Douleurs/malaises chroniques	36	14	29	13	46	15
Limitation des activités	59	16	56	14	64	17
Au moins une journée d'incapacité au cours des deux dernières semaines	29	11	23	9	37	13
Santé jugée mauvaise/passable	41	9	42	8	40	10
Épisode dépressif majeur l'année dernière	10 <sup>§</sup>	4	--	3	16 <sup>††</sup>	5
<b>Utilisation des services de santé</b>						
Prise de plus de trois médicaments au cours des deux derniers jours	52	9	57	6	45	11
Besoin d'aide pour les tâches domestiques ou les soins personnels	36	8	31	5	44	10
Recours aux services de soins à domicile <sup>††</sup>	3 <sup>††</sup>	1	2 <sup>††</sup>	1 <sup>§</sup>	--	2
Séjour d'une nuit à l'hôpital l'année précédente <sup>§§</sup>	27	6	27	5	26 <sup>§</sup>	7

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

<sup>†</sup> Diagnostiquée par un professionnel de la santé

<sup>‡</sup> Asthme, arthrite, bronchopneumopathie chronique obstructive, accident cérébrovasculaire, hypertension, diabète

<sup>§</sup> Coefficient de variation entre 16,6 % et 25,0 %

<sup>††</sup> Coefficient de variation entre 25,1 % et 33,3 %

<sup>‡‡</sup> Financés entièrement ou partiellement par l'État; comprend les soins infirmiers, les soins personnels et l'aide domestique

<sup>§§</sup> Dans un hôpital, un foyer de soins infirmiers ou une maison de convalescence.

-- Nombre infimes

Tableau B  
Proportion des personnes de 35 à 64 ans vivant à domicile qui présentent certaines caractéristiques d'emploi et de revenu, selon la présence d'une maladie cardiaque<sup>†</sup> et le sexe, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Total		Hommes		Femmes	
	Maladie cardiaque		Maladie cardiaque		Maladie cardiaque	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	%					
<b>Situation professionnelle</b>						
Occupé(e)	43	73	48	83	36	64
Non occupé(e) parce que <sup>‡</sup> :						
Prend soin de sa famille	--	7	--	--	--	13
Malade/en état d'incapacité	30	6	28	5	34	7
Retraité(e)	17	8	19	6	15 <sup>§</sup>	10
Occupé(e) ou prend soin de sa famille	46	80	48	83	43	77
<b>Revenu du ménage</b>						
Source principale <sup>††</sup>						
Traitement/salaire	58	84	62	87	52	80
Assurance-emploi/indemnisation des accidents du travail/aide sociale	13 <sup>§</sup>	5	12 <sup>§</sup>	4	14 <sup>††</sup>	6
Pensions	24	9	20	7	29	11
Faible revenu	22	12	16	11	30 <sup>§</sup>	14
Détresse financière <sup>§§</sup>	12 <sup>§</sup>	5	11	5	14 <sup>††</sup>	6

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

<sup>†</sup> Diagnostiquée par un professionnel de la santé

<sup>‡</sup> Les autres raisons sont exclues.

<sup>§</sup> Coefficient de variation entre 16,6 % et 25,0 %

<sup>††</sup> Les autres sources sont exclues.

<sup>‡‡</sup> Coefficient de variation entre 25,1 % et 33,3 %

<sup>§§</sup> A manqué d'argent pour acheter de la nourriture l'année dernière.

-- Nombre infimes