

# L'état de santé à l'âge mûr

## Faits saillants

- Au Canada, la plupart des personnes d'âge mûr sont en bonne santé, mais, fait peu surprenant, l'état de santé se détériore avec l'âge.
- Ces 20 dernières années, la prévalence de plusieurs problèmes de santé chroniques et de la limitation des activités due à un problème de santé a diminué chez les personnes de 45 à 64 ans. Néanmoins, durant cette période, la prévalence de l'asthme et de la migraine a augmenté chez les femmes de ce groupe d'âge, tout comme celle du diabète et de l'asthme, chez les hommes.
- Le faible revenu et le faible niveau de scolarité sont associés à la détérioration de la santé et à la maladie chronique.

La plupart des Canadiens d'âge mûr sont en bonne santé. Cependant, à mesure qu'ils vieilliront ils seront plus susceptibles de juger leur état de santé moins bon. En effet, la proportion de personnes qui, lors de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998-1999, ont déclaré que leur santé était passable ou mauvaise augmente de façon significative avec l'âge (graphique 1). Néanmoins, en plus de cette augmentation de la proportion d'adultes qui se disent en moins bonne santé avec l'âge, on observe des changements d'état de santé — améliorations ainsi que détériorations — chez les adultes de tout groupe d'âge. Ces changements sont liés non seulement à la maladie et à l'incapacité, mais aussi à des facteurs socioéconomiques, comme les niveaux de revenu et de scolarité.

On examine ici les facteurs associés aux changements (détériorations ou améliorations) de l'autoévaluation de l'état de santé chez les Canadiens de 25 à 64 ans en se basant sur les données des cycles de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 de l'ENSP. Diverses études montrent que l'autoévaluation de l'état de santé est un prédicteur des problèmes de santé, de

## Méthodologie

### Sources des données

Les données analysées dans le présent article proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) (voir *Annexe*) et de l'Enquête santé Canada de 1978-1979.

L'estimation de la prévalence des problèmes de santé chroniques en 1998-1999 se fonde sur les données du Fichier général transversal de l'ENSP de 1998-1999. Pour analyser les transitions entre les états de santé, on s'est servi du fichier longitudinal couvrant la période de 1994-1995 à 1998-1999.

L'estimation de la prévalence des problèmes de santé chroniques en 1978-1979 se fonde sur les données de l'Enquête santé Canada (ESC) de 1978-1979. L'ESC a été réalisée par Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada de mai 1978 à mars 1979. Elle couvre la population à domicile, sauf les résidents des territoires, des réserves indiennes et des régions éloignées. L'échantillon compte 12 218 ménages. Un intervieweur a recueilli auprès d'un membre bien informé de chaque ménage des renseignements sur les problèmes de santé chroniques et la limitation des activités présentés par chaque membre du ménage. Pour cette composante, le taux de réponse des ménages a été de 86 %. On a en outre demandé à un sous-ensemble de membres de l'échantillon de participer à la composante des examens physiques. Cette composante comprenait la mesure de la tension artérielle.

### Techniques d'analyse

La présente analyse vise à décrire les changements d'état de santé chez les personnes de 25 à 64 ans. On s'est servi des données de la composante longitudinale de l'ENSP couvrant les 10 provinces pour estimer les changements survenus sur une période de quatre ans. On a groupé, d'une part, les personnes qui ont déclaré en 1994-1995 (entrevue de référence) que leur santé était excellente, très bonne ou bonne et, d'autre part, celles qui ont déclaré lors de cette entrevue que leur santé était passable ou mauvaise. Puis, on a analysé par régression logique multiple les données du premier groupe pour déterminer quels facteurs sont associés à une détérioration de l'état de santé par opposition au maintien d'un même niveau de santé. Ensuite, on s'est servi des données du deuxième groupe pour déterminer quels sont les facteurs associés à une amélioration de l'état de santé. Lorsque l'on étudie la santé et les changements d'état de santé, il est important de ne pas perdre de vue l'interdépendance des facteurs physiques, sociaux et environnementaux susceptibles d'influer sur la santé. Par conséquent, des variables correspondant aux caractéristiques sociodémographiques, aux comportements qui influent sur la santé, aux problèmes de santé chroniques, ainsi qu'aux indices du bien-être psychologique et du soutien social ont toutes été introduites dans chaque modèle multivarié utilisé pour étudier les déterminants des changements (voir *Annexe*). Sauf avis contraire, tous les déterminants sont évalués en prenant pour référence 1994-1995.

D'autres analyses ont été réalisées afin de comparer les taux de prévalence de certains problèmes de santé chroniques et de la limitation des activités observés pour 1978-1979 et pour 1998-1999 pour le groupe des 45 à 64 ans. On a calculé les taux pour

1998-1999 d'après les données du fichier transversal de la composante des ménages du troisième cycle de l'ENSP (1998-1999) et ceux pour 1978-1979 d'après les données de l'Enquête santé Canada de 1978-1979.

Toutes les données d'enquête sont pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population étudiée. Dans le cas des estimations fondées sur les données de l'ENSP, on a estimé l'erreur d'échantillonnage, autrement dit, l'écart-type des taux de prévalence et les intervalles de confiance des rapports des cotes fournis par les modèles de régression logistique par la méthode bootstrap pondérée<sup>1-3</sup>. Cette méthode tient pleinement compte des effets du plan de sondage de l'ENSP. Dans le cas de l'estimation des taux de prévalence d'après les données de l'ESC, on a calculé les écarts-types à l'aide du logiciel SUDAAN, qui s'appuie sur la méthode de linéarisation par série de Taylor pour tenir compte des effets du plan de sondage complexe de l'ESC<sup>5</sup>. Les écarts-types des taux calculés d'après les données de l'Enquête promotion santé (1985 et 1990) sont estimés d'après des tables de variabilité d'échantillonnage approximative. Pour produire ces tables, on se sert de la formule appliquée dans le cas de l'échantillonnage aléatoire simple à laquelle on intègre une estimation prudente de l'effet de plan en vue de tenir compte du plan de sondage complexe de ces enquêtes<sup>4</sup>.

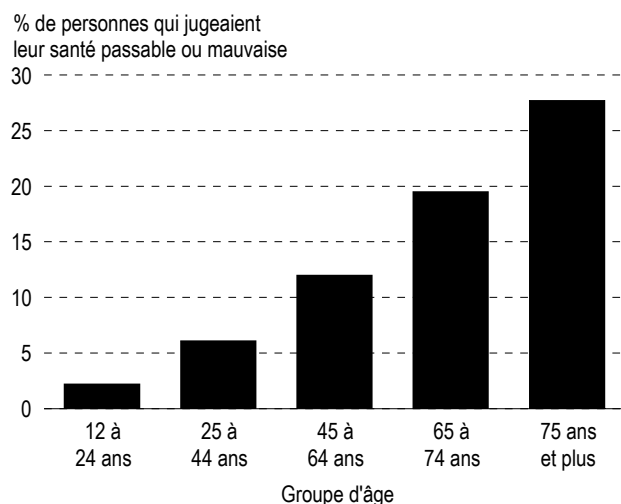
On considère comme significatif tout résultat pour lequel  $p < 0,05$ .

### Limites

Plusieurs études montrent que le recours à l'entrevue par personne interposée influe parfois sur les taux observés de prévalence des problèmes de santé chroniques. Certaines laissent entendre que l'interview par procuration produit une sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé chroniques, tandis que d'autres indiquent que cette méthode de déclaration ne cause aucune sous-estimation<sup>5-10</sup>. Par conséquent, certaines variations observées des taux de prévalence pourraient être imputables, en partie, à la déclaration par personne interposée. Les données de l'ENSP et de l'ESC sur lesquelles se fondent les estimations de la prévalence des problèmes de santé chroniques ont été recueillies, pour tous les membres de chaque ménage sélectionné dans l'échantillon, auprès d'un membre bien informé du ménage. Cependant, comme on ne peut déterminer le taux exact de réponses par procuration pour l'ESC, il est impossible d'évaluer l'effet éventuel de la déclaration par cette méthode.

Dans le cadre de l'ESC, on a demandé à tous les membres de chaque ménage s'ils faisaient de l'hypertension. En outre, certains membres des ménages échantillonnés ont participé à la composante des examens physiques de l'ESC. Toutes les personnes qui ont dit faire de l'hypertension sont classées dans la catégorie des hypertendus. Les personnes qui n'ont pas déclaré faire de l'hypertension mais dont la mesure de la tension artérielle était élevée sont également classées dans la catégorie des hypertendus. En revanche, pour l'ENSP, la prévalence de l'hypertension pourrait être sous-estimée, car toutes des données sur l'hypertension sont autodéclarées.

Graphique 1  
**Proportion de la population à domicile de 12 ans et plus qui jugeaient sa santé passable ou mauvaise, Canada, territoires non compris, 1998-1999**



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

l'utilisation des services de santé et de la longévité, particulièrement chez les personnes âgées<sup>11-18</sup>. On a également montré que l'autoévaluation de la santé concorde avec les évaluations plus objectives faites par les médecins d'après les résultats d'examen médicaux et psychiatriques approfondis<sup>19</sup>.

En outre, on décrit les tendances observées sur 20 ans pour les problèmes de santé chroniques et la limitation des activités chez les Canadiens de 45 à 64 ans en s'appuyant sur les données de l'Enquête

santé Canada (ESC) de 1978-1979 ainsi que sur celles de l'ENSP (voir *Méthodologie, Définitions et Annexe*). Toutes proportions gardées, deux fois plus d'adultes de 45 à 64 ans que d'adultes de 25 à 44 ans se disent en mauvaise santé (12 % contre 6 %). En outre, l'analyse des facteurs associés aux variations de l'autoévaluation de la santé à l'âge mûr montre que la détérioration de cette autoévaluation est liée à l'existence de problèmes de santé chroniques et d'une dépendance à l'égard d'autrui pour vaquer aux activités quotidiennes.

### Variations de l'autoévaluation de la santé

Les données du fichier longitudinal de l'ENSP permettent d'étudier les transitions d'un état de santé à l'autre au cours de la période de quatre ans allant de 1994-1995 à 1998-1999 chez les Canadiens de 25 à 64 ans.

Durant cette période, un petit nombre de personnes de ce groupe d'âge sont décédées (un peu moins de 2 %) et un nombre négligeable ont été placées en établissement. Sans surprise, on constate qu'il existe un lien entre l'état de santé en 1994-1995 (période de référence) et la mortalité. En effet, environ 6 % des personnes qui ont jugé leur santé passable ou mauvaise en 1994-1995 étaient décédées en 1998-1999, taux six fois plus élevé que celui observé pour les personnes qui s'étaient jugées en excellente, très bonne ou bonne santé (données non présentées).

Tableau 1  
**Taux sur quatre ans des transitions entre les niveaux d'autoévaluation de la santé, population à domicile de 25 à 64 ans, Canada, territoires non compris**

Autoévaluation de la santé en 1994-1995	Autoévaluation de la santé en 1998-1999						
	Total		Total	Excellente, très bonne ou bonne		Passable ou mauvaise	
	milliers	%		milliers	%	milliers	%
<b>Total</b>	<b>15 120</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>13 740</b>	<b>91</b>	<b>1 390</b>	<b>9</b>
Excellente, très bonne ou bonne	13 810	91	100	13 060	95 <sup>†</sup>	760	5
Passable ou mauvaise	1 310	9	100	680	52	630	48 <sup>‡</sup>

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal, de 1994-1995 à 1998-1999

**Nota :** Fondé sur 7 943 membres de l'échantillon longitudinal qui avaient de 25 à 64 ans en 1994-1995 et qui faisaient encore partie de la population à domicile en 1998-1999.

<sup>†</sup> Valeur significativement plus élevée que celle observée pour la catégorie « passable ou mauvaise » en 1994-1995

<sup>‡</sup> Valeur significativement plus élevée que celle observée pour la catégorie « excellente, très bonne ou bonne » en 1994-1995

## Définitions

L'*autoévaluation de l'état de santé* reflète l'évaluation globale que donne une personne de son état de santé général. On a demandé aux participants à l'enquête d'évaluer leur état de santé général au moyen de l'échelle à cinq points suivante : excellente (1), très bonne, bonne, passable ou mauvaise (5). Diverses études montrent que cette évaluation globale unique de l'état de santé est remarquablement stable au fil du temps<sup>19</sup>. D'après les données du fichier longitudinal de l'ENSP, le coefficient de corrélation pour cette question est de 0,55 de 1994-1995 à 1996-1997, de 0,55 de 1996-1997 à 1998-1999 et de 0,49 de 1994-1995 à 1998-1999. Confirmant les résultats des études antérieures, ces corrélations témoignent d'une stabilité considérable.

Aussi bien dans le cas de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) que de l'Enquête santé Canada (ESC), on se sert d'une liste de problèmes de santé pour déterminer l'existence de *problèmes de santé chroniques*. Dans le cas de l'ENSP, on demande : « Un spécialiste de la santé a-t-il diagnostiqué chez ... certains des problèmes de santé de longue durée suivants? Par problèmes de santé de longue durée, on entend un état qui persiste depuis six mois ou plus ou qui devrait persister pendant six mois ou plus. » Aux personnes qui ont participé à l'ESC, on a demandé si elles avaient des « problèmes de santé de longue durée ». À cause de différences dans les énoncés, seules les questions sur sept problèmes de santé chroniques sont relativement comparables et ce sont, par conséquent, ceux-là que l'on a sélectionnés pour l'analyse des taux de prévalence au fil du temps. Ces problèmes sont la maladie cardiaque, l'hypertension, le diabète, l'arthrite ou le rhumatisme, la bronchite ou l'emphysème, l'asthme et la migraine. L'ESC fournit aussi des données sur la tension artérielle obtenues par examen physique. Ici, ces données sont analysées dans le contexte des recommandations récentes concernant les seuils appliqués pour définir l'hypertension (tension artérielle systolique égale ou supérieure à 140 mm Hg; tension artérielle diastolique égale ou supérieure à 90 mm Hg)<sup>20</sup>.

Dans le cadre de l'ENSP et de l'EPS, la *limitation des activités* s'entend de toute incapacité physique ou mentale ou de tout problème de santé chronique qui persiste depuis six mois ou plus ou qui devrait persister pendant six mois ou plus et qui limite le genre ou le nombre d'activités qu'une personne peut exercer à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres circonstances. En ce qui concerne l'ESC, aux fins des analyses présentées ici, on classe les personnes qui ont déclaré une limitation d'au moins six mois dans la catégorie de personnes présentant une limitation des activités.

(Voir l'*Annexe* pour la définition des variables correspondant aux caractéristiques socio-économiques, au soutien social, au comportement qui influe sur la santé et au bien-être psychologique).

La grande majorité des membres de cette population (98 %) faisaient encore partie de la population à domicile en 1998-1999. Des transitions entre états de santé s'observent pour une proportion importante de ces personnes (tableau 1). Parmi les 1,3 million de personnes de 25 à 64 ans qui, selon l'enquête de 1994-1995, considéraient leur santé passable ou mauvaise, plus de la moitié (52 %) jugeaient leur santé excellente, très bonne ou bonne, donc meilleure, en 1998-1999. Par contre, des 13,8 millions de personnes qui se considéraient en excellente, très bonne ou bonne santé en 1994-1995, 5 % jugeaient que leur santé était passable ou mauvaise, donc moins bonne, en 1998-1999. Ce taux de détérioration est trois fois plus faible que celui observé pour les personnes de 65 ans et plus (15 %).

## Facteurs associés aux variations de l'autoévaluation de la santé

Il est important, lors de l'étude des variations de l'autoévaluation de la santé, de tenir compte de l'interdépendance des facteurs physiques, sociaux et environnementaux susceptibles d'influer sur cette évaluation globale de l'état de santé<sup>21</sup>. Ces facteurs incluent l'âge, le revenu, le niveau de scolarité, les comportements qui influent sur la santé (comme l'usage du tabac et l'exercice), les problèmes de santé chroniques et d'autres affections (arthrite, maladie cardiaque et diabète, par exemple), les indicateurs du bien-être psychologique (comme la dépression et le stress chronique) et ceux du soutien social (par exemple, modalités d'habitation et soutien émotionnel). Pour étudier les associations entre ces facteurs et les changements de l'autoévaluation de la santé, on a analysé par régression multivariée les données sur les personnes de 25 à 64 ans recueillies lors des entrevues de 1994-1995 et de 1998-1999 de l'ENSP. Ont été exclues de l'analyse les personnes qui faisaient partie de la population à domicile en 1994-1995, mais qui étaient décédées ou placées en établissement de santé en 1998-1999.

## Problèmes de santé chroniques et incapacité

Comme il faut s'y attendre, les problèmes de santé chroniques et l'incapacité sont corrélés à la

détérioration de l'autoévaluation de l'état de santé. La cote exprimant le risque de donner une moins bonne autoévaluation de son état de santé lors de l'entrevue de 1998-1999 de l'ENSP est plus élevée pour les personnes qui ont dit souffrir de problèmes particuliers de santé chroniques lors de l'entrevue de 1994-1995 ou de 1996-1997 que pour celles qui n'ont mentionné aucun problème de ce genre (tableau 2). Ces problèmes de santé chroniques comprennent l'arthrite ou le rhumatisme, le diabète et la maladie cardiaque. La cote exprimant le risque d'une détérioration est en outre cinq fois plus élevée pour les personnes qui, lors des premières entrevues, ont déclaré dépendre d'autrui pour les activités quotidiennes.

Dans la plupart des cas, les problèmes de santé chroniques ou la dépendance au regard des activités durent longtemps, situation qui influence généralement l'idée que se fait la personne d'une amélioration de la santé. Cependant, si l'on s'en tient à la présente analyse, la déclaration de problèmes de santé chroniques ou d'une dépendance à l'égard d'autrui pour les activités lors de l'entrevue de référence n'est pas négativement liée à l'amélioration de l'autoévaluation de la santé chez les personnes d'âge mûr qui ont jugé leur santé mauvaise ou passable lors du premier cycle de l'enquête. La guérison du problème de santé, qui à son tour entraîne une autoévaluation plus positive de la santé, pourrait expliquer partiellement cette absence d'association. Il se pourrait aussi que certaines personnes déclarent une maladie ou une incapacité épisodique bien qu'on leur ait demandé de déclarer les problèmes de santé qui ont duré ou qui devraient durer au moins six mois. Une fois guéries, ces personnes évalueront leur santé de façon plus positive. Enfin, il se pourrait que la santé de certaines personnes souffrant d'une maladie chronique s'améliore. Ces explications éventuelles, ainsi que le manque de renseignements sur la gravité et la durée de la maladie chronique ont tendance à embrouiller les résultats sur l'association entre les problèmes de santé chroniques et l'amélioration de l'autoévaluation de la santé, particulièrement chez les personnes atteintes de plusieurs maladies graves ou de longue durée.

## Bien-être psychologique

Diverses composantes du bien-être psychologique sont liées à des variations de l'autoévaluation de la santé chez les personnes d'âge mûr. La cote exprimant le risque de se dire en moins bonne santé qu'auparavant lors de l'entrevue de 1998-1999 de l'ENSP est plus de deux fois plus élevée pour les personnes qui ont déclaré avoir vécu un épisode dépressif majeur durant l'année qui a précédé l'entrevue de 1994-1995 ou de 1996-1997 que pour celles qui ne souffraient pas de dépression (tableau 2). De surcroît, la cote exprimant la possibilité de se juger en meilleure santé en 1998-1999 est plus faible pour les personnes considérées comme ayant une faible estime de soi en 1994-1995 que pour les autres.

Bien que l'association entre l'estime de soi et la dépression soit bien connue<sup>22</sup>, la présente analyse indique que ces deux attributs du bien-être psychologique sont associés différemment aux variations de l'autoévaluation de la santé. Lors de l'examen de la transition vers un moins bon état de santé, le fait d'exclure la variable d'estime de soi du modèle n'amoinçrit pas l'association entre la dépression et la détérioration de la santé. De surcroît, si l'on exclut la dépression du modèle, la corrélation entre l'estime de soi et la détérioration de la santé demeure non significative. Pareillement, si l'on étudie la transition vers un meilleur état de santé, le fait d'exclure la dépression du modèle ne modifie pas l'association négative entre la faible estime de soi et l'amélioration de la santé. Si l'on supprime la variable d'estime de soi de ce second modèle, l'association entre la dépression et l'amélioration de l'état de santé demeure non significative. Ces résultats laissent entendre que, malgré la corrélation entre ces deux attributs du bien-être psychologique, la dépression est un prédicteur d'une variation négative de l'autoévaluation de la santé, tandis qu'une estime de soi moyenne ou forte est un prédicteur d'une amélioration de l'autoévaluation de la santé.

## Facteurs socioéconomiques

Les facteurs socioéconomiques sont, eux aussi, associés aux variations de l'autoévaluation de la santé

Tableau 2

Rapports corrigés de cotes reliant certaines caractéristiques aux variations de l'autoévaluation de la santé survenues de 1994-1995 à 1998-1999, population à domicile de 25 à 64 ans en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Détérioration		Amélioration	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Sexe</b>				
Hommes	1,5	1,0 - 2,1	1,4	0,8 - 2,3
Femmes†	1,0	...	1,0	...
<b>Âge</b>				
25 à 44 ans†	1,0	...	1,0	...
45 à 64 ans	1,5*	1,0 - 2,2	0,7	0,4 - 1,2
<b>Niveau de scolarité</b>				
Pas de diplôme d'études secondaires‡	1,8*	1,2 - 2,7	1,3	0,8 - 2,1
<b>Revenu du ménage</b>				
Inférieur/moyen-inférieur	1,8*	1,1 - 3,0	1,1	0,6 - 1,9
Moyen†	1,0	...	1,0	...
Moyen-supérieur/supérieur	0,8	0,5 - 1,1	2,1*	1,2 - 3,7
<b>Soutien social</b>				
Vit seul(e)‡	0,9	0,6 - 1,3	1,0	0,6 - 1,8
Faible soutien émotionnel‡	1,1	0,7 - 1,8	0,8	0,5 - 1,3
<b>Comportements qui influent sur la santé</b>				
Usage quotidien de la cigarette‡	1,1	0,8 - 1,6	0,7	0,4 - 1,2
Exercice infrequent‡	1,4	0,9 - 2,1	0,9	0,6 - 1,6
Consommation fréquente d'alcool‡	0,6	0,3 - 1,3	1,1	0,4 - 3,4
<b>Poids</b>				
Poids insuffisant	1,2	0,6 - 2,6	1,0	0,4 - 2,9
Poids normal†	1,0	...	1,0	...
Poids excessif	1,1	0,7 - 1,6	0,9	0,5 - 1,6
<b>Dépendance à l'égard d'autrui pour les activités‡§</b>	4,7*	2,8 - 7,8	0,6	0,4 - 1,1
<b>Problèmes de santé chroniques et autres§</b>				
Arthrite ou rhumatisme‡	1,9*	1,2 - 2,9	0,7	0,4 - 1,2
Maux de dos‡	1,3	0,9 - 1,9	0,6	0,4 - 1,1
Hypertension‡	1,4	0,8 - 2,2	0,9	0,5 - 1,6
Migraine‡	1,3	0,9 - 2,0	0,8	0,5 - 1,5
Diabète‡	4,4*	2,0 - 10,0	0,8	0,4 - 1,8
Maladie cardiaque‡	3,4*	1,9 - 5,9	0,5	0,3 - 1,1
Ulcères à l'estomac ou à l'intestin‡	1,7	0,9 - 3,3	1,0	0,5 - 2,0
Cancer‡	2,8	1,0 - 7,9	--	--
Trouble de la vue‡	0,9	0,5 - 1,7	--	--
<b>Bien-être psychologique</b>				
Faible estime de soi‡	1,1	0,7 - 1,8	0,3*	0,2 - 0,5
Stress chronique intense‡	1,3	0,9 - 2,0	1,1	0,6 - 1,7
Épisode dépressif majeur‡§	2,2*	1,4 - 3,4	0,8	0,4 - 1,5

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, fichier longitudinal, de 1994-1995 à 1998-1999.

**Nota :** Le modèle de détérioration de l'autoévaluation de la santé se fonde sur 6 701 personnes de 25 à 64 ans en 1994-1995 qui ont déclaré à ce moment-là être en excellente, très bonne ou bonne santé et qui faisaient encore partie de la population à domicile en 1998-1999; en 1998-1999, 357 de ces personnes ont dit que leur santé était passable ou mauvaise; 440 enregistrements ont été exclus des analyses à cause de données manquantes. Le modèle de l'amélioration de l'autoévaluation de la santé se fonde sur 752 personnes de 25 à 64 ans en 1994-1995 qui ont déclaré à ce moment-là que leur santé était passable ou mauvaise et qui faisaient encore partie de la population à domicile en 1998-1999; en 1998-1999, 379 de ces personnes se sont dites en excellente, très bonne ou bonne santé; 50 enregistrements ont été exclus des analyses à cause de données manquantes. Une catégorie « données manquantes » a été introduite dans le modèle pour le revenu et le poids afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,00.

‡ La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « vit seul(e) » est « vit avec d'autres ».

§ Pour le modèle de la détérioration de l'autoévaluation de la santé, la dépendance au regard des activités et les problèmes de santé chroniques et autres regroupent les états qui existaient en 1994-1995 ou en 1996-1997. Pareillement, la variable d'épisode dépressif majeur englobe les épisodes survenus l'année qui a précédé l'entrevue de 1994-1995 ou celle qui a précédé l'entrevue de 1996-1997.

-- Effectif de l'échantillon trop faible pour que la variable soit incluse dans le modèle.

\*  $p < 0,05$

(tableau 2). La cote exprimant le risque de mentionner une détérioration de leur état de santé est plus forte pour les personnes qui ne possèdent pas de diplôme d'études secondaires que pour celles dont le niveau de scolarité est plus élevé. Elle est aussi plus élevée pour les personnes classées dans les catégories inférieure ou moyenne-inférieure de revenu que pour celles appartenant à la catégorie moyenne.

Alors qu'un faible revenu est associé à une détérioration de l'autoévaluation de la santé, un revenu élevé est associé à une amélioration de l'autoévaluation de la santé. En effet, la cote exprimant la possibilité de se dire en meilleure santé qu'à la période de référence est plus de deux fois plus élevée pour les personnes appartenant à la catégorie moyenne-supérieure ou supérieure de revenu que pour celles appartenant à la catégorie moyenne.

### Comportements qui influent sur la santé

Après correction pour tenir compte de l'effet de toutes les autres variables du modèle multivarié, on n'observe aucune association significative entre les variations de l'autoévaluation de la santé et l'usage du tabac, l'exercice physique, le poids corporel ni la consommation d'alcool. L'impossibilité de déceler une association significative entre les variations de l'autoévaluation de la santé et les comportements ayant une incidence sur la santé pourrait tenir en partie à leur corrélation à d'autres facteurs inclus dans le modèle (comme les niveaux de scolarité et de revenu). Selon certaines études, il existe un lien significatif entre un faible statut socioéconomique et l'usage du tabac, l'obésité et un faible niveau d'activité physique durant les loisirs<sup>23,24</sup>.

### Tendances concernant les problèmes de santé chroniques et la limitation des activités

Les personnes de 45 à 64 ans sont plus susceptibles de juger leur santé passable ou mauvaise que celles de 25 à 44 ans. De surcroît, si l'on s'en tient aux données recueillies auprès des adultes qui ont participé aux entrevues de 1994-1995 et 1998-1999

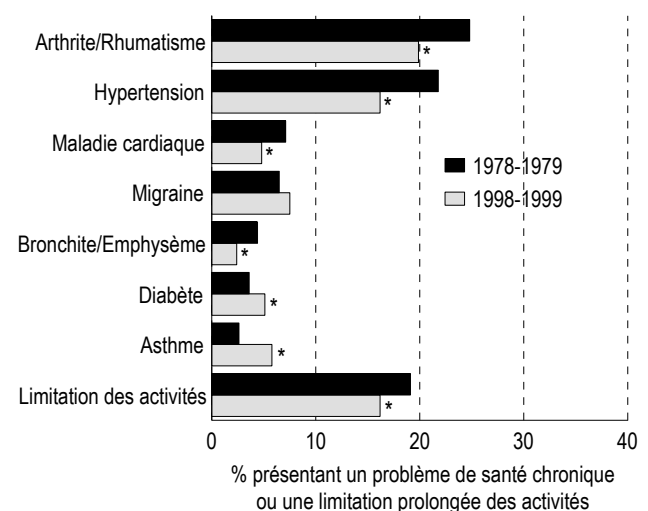
de l'ENSP, la cote exprimant le risque de se juger en moins bonne santé lors de la dernière entrevue est plus élevée pour les personnes de 45 à 64 ans que pour celles de 25 à 44 ans.

La maladie chronique et l'incapacité sont liées à la détérioration de l'autoévaluation de la santé. Aussi serait-il bon de savoir si la prévalence des problèmes de santé chroniques et de l'incapacité augmente ou diminue au cours du temps chez les Canadiens de 45 à 64 ans. Des comparaisons entre les données de l'Enquête santé Canada (ESC) de 1978-1979 et celles des trois premiers cycles de l'ENSP permettent de dégager plusieurs tendances.

### Prévalence des problèmes de santé chroniques et de la limitation des activités

Ces vingt dernières années, la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme, de l'hypertension, de la maladie cardiaque et de la bronchite ou de l'emphysème a diminué chez les Canadiens de 45 à 64 ans (graphique 2). La prévalence de la limitation des activités a diminué également. Par contre, la prévalence de l'asthme et du diabète a augmenté.

Graphique 2  
Prévalence de certains problèmes de santé chroniques ou de la limitation prolongée des activités, population à domicile de 45 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 1998-1999



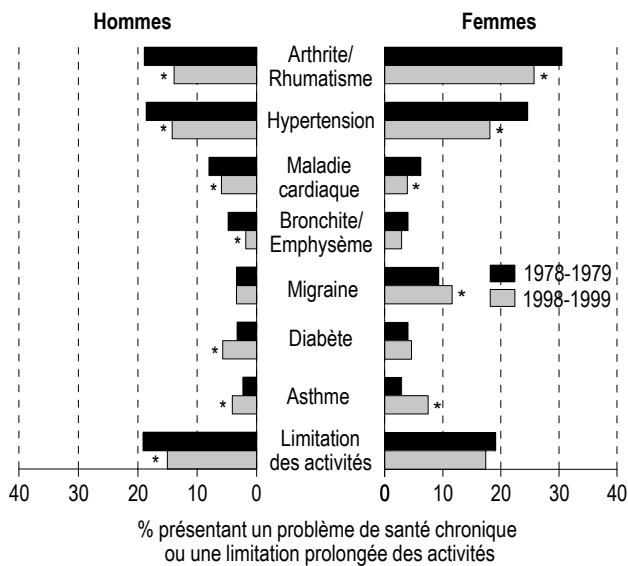
Sources des données : Enquête santé Canada de 1978-1979; Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, échantillon transversal, Fichier général  
\* Valeur significativement différente de celle observée pour 1978-1979,  $p < 0,05$

Ces tendances concordent avec celles observées aux États-Unis (données non présentées).

### Différences entre les hommes et les femmes

Au cours des vingt dernières années, à quelques exceptions près, la direction des tendances observées pour les problèmes de santé chroniques et la limitation des activités a été la même pour les hommes que pour les femmes (graphique 3). La prévalence du diabète a augmenté de façon significative chez l'homme, mais pas chez la femme. En revanche, la prévalence de l'asthme a augmenté plus fortement chez la femme que chez l'homme, tandis que celle de la bronchite ou de l'emphysème n'a baissé de façon significative ni chez la femme ni chez l'homme. La prévalence de la migraine a augmenté chez la femme, mais est demeurée constante chez l'homme. Enfin, la prévalence de la limitation des activités a baissé chez l'homme mais n'a pas diminué de façon significative chez la femme.

Graphique 3  
Prévalence de certains problèmes de santé chroniques ou de la limitation prolongée des activités, selon le sexe, population à domicile de 45 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 1998-1999



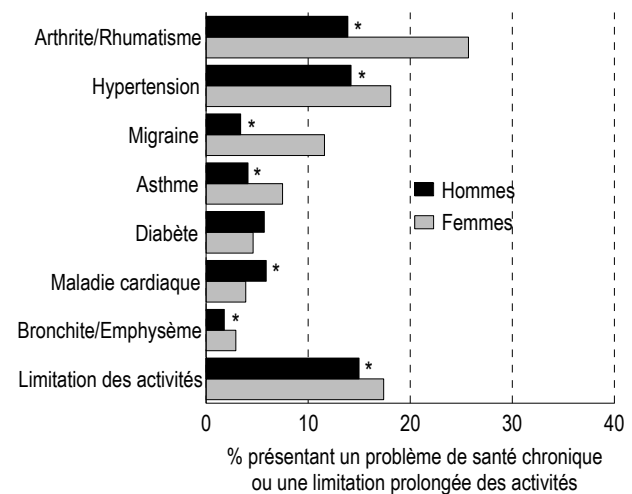
Sources des données : Enquête santé Canada de 1978-1979; Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé  
\* Valeur significativement différente de celle observée pour 1978-1979,  $p < 0,05$

En 1998-1999, la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme, de l'hypertension, de la migraine, de l'asthme et de la bronchite ou de l'emphysème était plus forte chez la femme que chez l'homme, tandis que celle de la maladie cardiaque était plus forte chez l'homme que chez la femme (graphique 4). La limitation des activités était, quant à elle, plus courante chez la femme que chez l'homme.

### Écarts régionaux

La prévalence des problèmes de santé chroniques et de la limitation des activités chez les Canadiens de 45 à 64 ans varie selon la région (tableau 3). En 1998-1999, c'est pour la région Atlantique que la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme, de l'hypertension, de la bronchite ou de l'emphysème et de la limitation prolongée des activités était la plus forte. En outre, la prévalence de la maladie cardiaque était supérieure à la moyenne nationale en Ontario. En revanche, en 1978-1979, les écarts entre ces taux régionaux étaient moins prononcés. En 1998-1999, c'est en Colombie-Britannique que l'on a enregistré la prévalence la plus faible de la maladie cardiaque et au Québec que l'on a enregistré la prévalence la plus

Graphique 4  
Prévalence de certains problèmes de santé chroniques ou de la limitation prolongée des activités, selon le sexe, population à domicile de 45 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 1998-1999



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, échantillon transversal, Fichier général  
\* Valeur significativement différente de celle observée pour les femmes,  $p < 0,05$

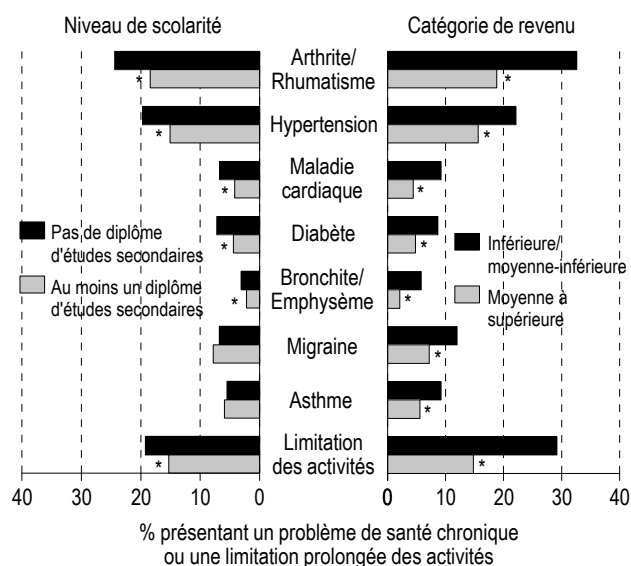


faible de l'arthrite ou du rhumatisme et de la limitation prolongée des activités. Les Prairies, quant à elles, ont affiché la prévalence la plus faible de l'asthme.

### Écarts d'origine socioéconomique

L'analyse montre qu'il existe un lien entre la détérioration de l'autoévaluation de la santé et un faible niveau de scolarité ou de revenu chez les personnes de 25 à 64 ans. Pareillement, les problèmes de santé chroniques et la limitation des activités sont plus courants chez les personnes de 45 à 64 ans appartenant aux catégories inférieures de scolarité ou de revenu que chez les autres. En 1998-1999, la prévalence de l'arthrite ou du rhumatisme, de l'hypertension, de la maladie cardiaque, du diabète, de la bronchite ou de l'emphysème et de la limitation des activités était plus forte chez les personnes qui ne possédaient pas de diplôme d'études secondaires que chez celles dont le niveau de scolarité était plus élevé (graphique 5). Ces problèmes de santé, de même que la migraine, sont également plus courants chez les personnes appartenant aux catégories inférieure ou moyenne-

Graphique 5  
Prévalence de certains problèmes de santé chroniques ou de la limitation prolongée des activités, selon le niveau de scolarité et le revenu du ménage, population à domicile de 45 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 1998-1999



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

\* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie « pas de diplôme d'études secondaires » ou « inférieure/moyenne-inférieure »,  $p < 0,05$

Tableau 3

Prévalence de certains problèmes de santé chroniques ou de la limitation prolongée des activités, selon le groupe d'âge et la région, population à domicile de 45 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1978-1979 et 1998-1999

	1978-1979						1998-1999					
	Canada	Atlantique	Québec	Ontario	Prairies	Colombie-Britannique	Canada	Atlantique	Québec	Ontario	Prairies	Colombie-Britannique
	%											
<b>45 à 64 ans</b>												
Arthrite/Rhumatisme	24,8	26,7	25,0	23,9	28,9*	20,3*	19,9	25,7*	14,8*	21,4	23,0*	18,3
Hypertension	21,8	25,0	21,0	22,8	20,7	19,4	16,2	19,4*	15,0	17,2	16,3	13,9
Maladie cardiaque	7,1	9,7	8,7	6,6	5,0*	5,6	4,8	6,1	4,6	6,1*	3,8	2,3*
Diabète	3,6	3,5	4,7*	4,0	2,6	1,6*	5,1	5,9	4,1	5,7	5,8	4,4
Migraine	6,5	5,6	6,2	6,0	6,7	9,0	7,5	7,1	6,7	7,5	8,0	8,9
Asthme	2,6	2,4	2,6	2,2	2,7	3,8	5,8	5,4	5,7	6,2	4,5*	6,6
Bronchite/Emphysème	4,4	5,2	5,2	4,4	3,6	2,8	2,4	3,4*	2,1	2,3	2,5	2,6
Limitation des activités	19,1	23,7	18,3	18,5	17,2	22,2	16,2	20,4*	13,2*	16,7	17,4	16,9
<b>65 ans et plus</b>												
Arthrite/Rhumatisme	42,7	44,2	37,8	43,3	44,7	46,4	41,5	44,5	34,3*	45,4*	44,1	38,8
Hypertension	39,2	43,8	37,5	39,8	38,7	37,4	35,6	41,0*	35,3	37,9	31,3*	31,4
Maladie cardiaque	18,2	21,6	16,6	19,6	15,5	18,0	17,4	19,7	14,6	18,8	16,1	19,0
Diabète	6,5	8,4	5,1	8,1	6,6	3,3*	11,6	12,7	11,8	12,5	9,6	10,7
Migraine	2,5	2,1	2,7	1,5	4,3	3,1	3,3	2,9	3,1	3,2	2,9	4,7
Asthme	3,9	3,7	3,4	4,6	3,4	4,1	5,7	7,5	4,5	6,0	6,8	4,9
Bronchite/Emphysème	6,3	8,4	8,9	4,7	4,1	7,8	5,8	6,2	6,4	5,6	4,6	6,5
Limitation des activités	35,4	40,0	33,2	32,5	36,4	43,0	29,1	32,3	22,9*	31,4	30,4	29,8

Sources des données : Enquête santé Canada de 1978-1979; Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, échantillon transversal, Fichier santé  
\* Valeur significativement différente de la moyenne nationale,  $p < 0,05$

inférieure de revenu que chez celles appartenant aux catégories moyenne à supérieure.

### Mot de la fin

La plupart des Canadiens dans la quarantaine et la cinquantaine sont en bonne santé. En outre, la prévalence de plusieurs problèmes de santé chroniques, ainsi que de la limitation des activités due à la maladie a diminué ces vingt dernières années. Ces tendances donnent à penser que les efforts déployés pour prévenir la maladie et promouvoir la santé, ainsi que les progrès dans le domaine thérapeutique<sup>25,26</sup> contribuent à l'amélioration de l'état de santé des cohortes récentes de personnes de 45 à 64 ans, lesquelles sont en grande partie les « membres de la génération du baby boom ».

En effet, la cote exprimant le risque de juger que leur santé se détériore est plus élevée pour les Canadiens de 45 à 64 ans que pour les jeunes adultes, c'est-à-dire le groupe des 25 à 44 ans. Cette détérioration de l'autoévaluation de la santé est associée à divers facteurs, dont l'existence de certains problèmes de santé chroniques.

Bien que nombre de problèmes de santé chroniques soient devenus moins courants chez les Canadiens de 45 à 64 ans ces 20 dernières années, la prévalence de certains, comme le diabète et l'asthme, a augmenté. Une hausse comparable a été observée aux États-Unis<sup>27,28</sup>. Au Canada, on note d'importants écarts entre les hommes et les femmes. Ainsi, la prévalence du diabète et de l'asthme a augmenté chez les hommes, tandis que celle de l'asthme et de la migraine a augmenté chez les femmes.

L'augmentation de la prévalence du diabète chez les hommes est particulièrement inquiétante, puisque cette maladie augmente fortement le risque de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de cécité, d'affections rénales, d'incapacité et de mortalité. Aux États-Unis, la hausse de la prévalence du diabète a été expliquée, du moins en partie, par une sensibilité plus grande des méthodes de dépistage de la maladie, ainsi que par la courbe de poids croissante et le mode de vie sédentaire de la population<sup>27,29,30</sup>.

La prévalence croissante de la migraine chez la femme est aussi une source de préoccupation. On a montré que le stress est un facteur de risque de migraine<sup>31</sup>. Or, au Canada, une plus forte proportion de femmes que d'hommes disent subir un stress au travail, peut-être parce qu'elles assument une part disproportionnée de travail non rémunéré comparativement à leurs homologues masculins<sup>32</sup>. En outre, la cote exprimant le risque de vivre un épisode dépressif majeur est plus forte pour les femmes qui disent souffrir de migraine que pour les autres.

De 1978-1979 à 1998-1999, la prévalence de l'asthme a augmenté chez l'homme et chez la femme, tandis que celle de la bronchite et de l'emphysème n'a pas diminué chez la femme, mais l'a fait chez l'homme.

Enfin, il est intéressant de souligner l'association entre le faible niveau de scolarité et de revenu, d'une part, et la détérioration de la santé et l'existence de problèmes de santé chroniques, d'autre part. D'autres indicateurs de la santé examinés dans le présent rapport témoignent aussi de ce genre de disparités socioéconomiques. Par exemple, l'espérance de vie est plus grande dans les régions où le niveau de chômage est faible et le niveau de scolarité élevé, alors que la mortalité infantile la plus forte s'observe dans les quartiers urbains les plus pauvres. ●

Pour plus de renseignements, s'adresser à Jiajian Chen (613-951-5059; [chenjia@statcan.ca](mailto:chenjia@statcan.ca)) ou à Margot Shields (613-951-4177; [shiemar@statcan.ca](mailto:shiemar@statcan.ca)), Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada.

## Références

1. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
2. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys in using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 283-310.
3. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*, Baltimore, août 1999.
4. B.V. Shah, B.G. Barnwell et G.S. Bieler, *SUDAAN User's Manual*, Release 7.5, Research Triangle Park, North Carolina, Research Triangle Institute, 1997.
5. L.S. Corder, M.A. Woodbury et K.G. Manton, « Proxy response patterns among the aged: effects on estimates of health status and medical care utilization from the 1982-1984 long-term care surveys », *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(2), 1996, p. 173-182.
6. D.A. Koons, « Quality control and measurement of nonsampling error in the Health Interview Survey », *Health and Vital Statistics*, 2(54), 1973, p. 1-24.
7. N.A. Mathiowetz et R.M. Groves, « The effects of respondent rules on health survey reports », *American Journal of Public Health*, 75(6), 1985, p. 639-644.
8. M.G. Kovar et R.A. Wright, « An experiment with alternate respondent rules in the National Health Interview Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Social Statistics Section*, 1973, p. 311-316.
9. R.H. Lawrence, « The structure of physical health status. Comparing proxies and self-respondents », *Journal of Aging and Health*, 7(1), 1995, p. 79-98.
10. R.E. Miller, M.P. Massagli et B.R. Clarridge, « Quality of proxy vs. self-reports: evidence from a health survey with repeated measures », *American Statistical Association: Proceedings of the Section on Survey Research Methods*, 1986, p. 546-551, Washington, DC, American Statistical Association.
11. J.M. Mossey et E. Shapiro, « Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly », *American Journal of Public Health*, 72, 1982, p. 800-808.
12. E.L. Idler et S. Kasl, « Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? », *Journal of Gerontology*, 46, 1991, p. S55.
13. L.T.J. Pijls, E.J.M. Feskens et D. Kromhout, « Self-rated health, mortality, and chronic diseases in elderly men: the Zutphen Study, 1985-1990 », *American Journal of Epidemiology*, 138, 1993, p. 840-848.
14. C.S. Blaum, J. Liang et X. Liu, « The relationship of chronic diseases and health status to the health services utilization of older Americans », *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 1994, p. 1087-1093.
15. C. Evashwick, G. Rowe, P. Diehr *et al.*, « Factors explaining the use of health care services by the elderly », *Health Services Research*, 19, 1984, p. 357-382.
16. T. Harris, M.G. Kovar, R. Suzman *et al.*, « Longitudinal study of physical ability in the oldest-old », *American Journal of Public Health*, 79(6), 1989, p. 698-702.
17. V. Mor, V. Wilcox, W. Rakowski *et al.*, « Functional transitions among the elderly: patterns, predictors, and related hospital use », *American Journal of Public Health*, 84(8), 1994, p. 1274-1280.
18. L.G. Branch et K.U. Leighton, « Transitional probabilities to dependency, institutionalization and death among the elderly over a decade », *Journal of Aging and Death*, 1(3), 1989, p. 370-408.
19. G.L. Maddox et E.B. Douglass, « Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects », *Journal of Health and Social Behavior*, 14, 1973, p. 87-93.
20. M.R. Joffres, P. Hamet et S.W. Rabkin *et al.*, « Prevalence, control and awareness of high blood pressure among Canadian adults », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 146(11), 1992, p. 1997-2005.
21. R.G. Evans et G.L. Stoddart, *Producing Health, Consuming Health Care*, (CHEPA working paper series #90-6), Hamilton, McMaster University, 1990.
22. M.P. Beaudet, « Dépression », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 11-25 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
23. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* (n° H39-467/1999F au catalogue), Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1999.
24. E.S. Ford, R.K. Merritt, G.W. Heath *et al.*, « Physical activity behaviors in lower and higher socioeconomic status populations », *American Journal of Epidemiology*, 133(2), 1991, p. 1246-1256.
25. S.H. Allaire, M.P. LaValley, S.R. Evans *et al.*, « Evidence for decline in disability and improved health among persons aged 55 to 70 years: the Framingham Heart Study », *American Journal of Public Health*, 89(11), 1999, p. 1687-1693.
26. A. Mosterd, R.B. D'Agostino, H. Silbershatz *et al.*, « Trends in the prevalence of hypertension, antihypertensive therapy, and left ventricular hypertrophy from 1950 to 1989 », *New England Journal of Medicine*, 340(16), 1999, p. 1221-1227.
27. M.I. Harris, K.M. Flegal, C.C. Cowie *et al.*, « Prevalence of diabetes, improved fasting glucose, and impaired glucose tolerance in US adults », *Diabetes Care*, 21(4), 1998, p. 518-524.
28. J.M. Goldring, D.S. James et H.A. Anderson, « Chronic lung disease », publié sous la direction de R.C. Brownson, P.L. Remington et J.R. Davis, *Chronic Disease Epidemiology and Control*, Washington, DC, American Public Health Association, 1998.
29. American Diabetes Association, *Diabetes 1996, Vital Statistics*, Alexandria, Virginia, American Diabetes Association, 1996.
30. Trends in the prevalence and incidence of self-reported diabetes mellitus—United States, 1980-1994, *Mortality and Morbidity Weekly Reports*, 46(43), 1997, p. 1014-1018.
31. Prevalence of chronic migraine headaches – United States, 1980-1989, *Mortality and Morbidity Weekly Reports*, 40(20), 1991, p. 337-338.

32. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1999.
33. Santé et Bien-être social Canada, Niveaux de poids associés à la santé : Lignes directrices canadiennes, Ottawa, ministre de la Santé et du Bien-être social, 1988.
34. 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.
35. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Troisième édition révisée, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1989.

## Annexe

### Caractéristiques socio-économiques, soutien social, comportements qui influent sur la santé et bien-être psychologique : définition des variables

On définit deux catégories de *niveau de scolarité* en se fondant sur le niveau le plus élevé atteint : pas de diplôme d'études secondaires et au moins un diplôme d'études secondaires.

Pour l'analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), la *catégorie de revenu* est déterminée d'après le nombre de personnes qui composent le ménage et le revenu total du ménage provenant de toutes les sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue. On définit les catégories de revenus suivantes :

Catégorie de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieure	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyenne-inférieure	1 ou 2	De 10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	De 10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	De 15 000 \$ à 29 999 \$
Moyenne	1 ou 2	De 15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	De 20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	De 30 000 \$ à 59 999 \$
Moyenne-supérieure	1 ou 2	De 30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	De 40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	De 60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieure	1 ou 2	60 000 \$ ou plus
	3 ou plus	80 000 \$ ou plus

Pour l'analyse des données de l'Enquête santé Canada, on a déterminé la catégorie de revenu en se servant d'une variable dérivée axée sur le quintile de revenu de la famille économique.

Les variables du soutien social incluent les modalités de logement et le soutien émotionnel. Les catégories de *modalités de logement* sont : vit seul(e) ou vit avec au moins une autre personne. On a posé aux participants à l'enquête quatre questions auxquelles il fallait répondre par « oui » ou par « non » pour évaluer le *soutien émotionnel*. On leur a demandé s'ils avaient quelqu'un à qui ils pouvaient se confier, quelqu'un sur qui ils pouvaient compter, quelqu'un pouvant leur donner des conseils et quelqu'un pouvant leur donner le sentiment d'être aimé(e). Les personnes qui ont répondu « non » à l'une des questions sont considérées comme ayant un faible soutien émotionnel.

Les comportements qui influent sur la santé observés sont l'usage du tabac et la fréquence de l'exercice. La *catégorie d'usage du tabac*

est une variable dichotomique correspondant à l'usage quotidien ou non quotidien de la cigarette. Pour évaluer la *consommation d'alcool*, on a demandé aux participants à l'enquête d'indiquer le nombre de verres d'alcool qu'ils avaient bus chaque jour durant la semaine qui a précédé l'entrevue. On a classé dans la catégorie des buveurs fréquents les personnes qui ont dit avoir consommé au moins 15 verres d'alcool durant la semaine (plus de deux verres par jour, en moyenne). La fréquence de l'exercice est une variable dichotomique basée sur le nombre de fois que la personne s'est adonnée à des activités physiques de loisirs durant au moins 15 minutes au cours des trois mois qui ont précédé l'entrevue. Les personnes pour lesquelles le nombre est, en moyenne, inférieur à quatre fois par mois sont considérées comme faisant de l'exercice *infréquemment*.

Les *Lignes directrices canadiennes sur les niveaux de poids associés à la santé* ont été établies en se fondant sur l'indice de masse corporelle (IMC) pour déterminer la fourchette de poids sains et pour définir l'excès de poids et l'obésité<sup>33</sup>. Pour calculer l'IMC, on divise le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Quatre *catégories de poids* sont définies d'après l'IMC : poids insuffisants (IMC inférieur à 20), poids normal (IMC compris entre 20 et 24,9), léger surpoids (IMC de 25 à 27) et obésité (IMC supérieur à 27). Ces lignes directrices s'appliquent à toute personne de 20 à 64 ans, sauf les femmes enceintes. Conformément à ces lignes directrices, aux fins de la présente analyse, on a considéré les personnes dont l'IMC de référence, en 1994-1995, était égal ou supérieur à 25 comme ayant un *excès de poids* et celles dont l'IMC était inférieur à 20 comme ayant un *poids insuffisant*.

Par *dépendance à l'égard d'autrui pour les activités*, on entend le besoin d'aide (pour des raisons de santé) pour vaquer aux activités élémentaires de la vie quotidienne, comme les soins personnels (se laver, s'habiller ou manger) ou les déplacements dans la maison. L'expression désigne aussi le besoin d'aide pour vaquer aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), comme la préparation des repas, l'achat d'épicerie et d'autres produits indispensables, ou les travaux ménagers quotidiens.

On définit les cinq catégories de vision suivantes : pas de problème de vision, problème corrigé par des lentilles, difficulté à voir de loin - problème non corrigé, difficulté à voir de près et de loin - problème non corrigé et aveugle. On a considéré comme ayant un *trouble de la vue* les personnes souffrant d'un problème de vision non corrigé (autrement dit, les quatre dernières catégories).

L'évaluation du bien-être psychologique se fonde sur trois variables, à savoir le stress chronique, l'estime de soi et la dépression. Pour mesurer le *stress chronique*, on a demandé aux personnes qui ont participé à l'ENSP d'indiquer si les énoncés suivants s'appliquaient à elles en répondant par vrai ou faux :

Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.

Vous ressentez trop de pression pour que vous soyez comme les autres.

Les autres attendent trop de votre part.

Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.

Votre conjoint(e) ne vous comprend pas.

Votre conjoint(e) ne vous témoigne pas assez d'affection.

Votre conjoint(e) n'est pas suffisamment engagé(e) dans votre relation.

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

Un de vos enfants semble être très malheureux.

Le comportement d'un de vos enfants vous inquiète sérieusement.

Votre travail à la maison n'est pas apprécié.

Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.

Vous aimeriez déménager mais vous ne pouvez pas.

L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué.

Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.

Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.

Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.

On attribue une cote de 1 à chaque réponse « vrai ». Puis, on fait certains rajustements pour tenir compte des questions qui ne s'appliquent pas à certaines personnes (par exemple, les personnes n'ayant pas de conjoint(e)), de sorte que les cotes totales se fondent toutes sur le même dénominateur. On considère comme étant soumises à un stress chronique intense les personnes dont la cote totale correspond au quartile supérieur de la distribution pour la population de 18 ans et plus (cote égale ou supérieure à 5).

L'*estime de soi* est une mesure de la « positivité » avec laquelle une personne se juge. Au moyen d'une échelle à cinq points allant

de « entièrement d'accord » (cote de 0) à « tout à fait en désaccord » (cote de 4), on a demandé aux participants à l'ENSP d'évaluer les six énoncés suivants :

Vous estimez que vous avez un certain nombre de qualités.

Vous estimez qu'en tant que personne, vous valez autant que les autres.

Vous pouvez faire les choses aussi bien que la plupart des autres personnes.

Vous avez une attitude positive face à vous-même.

Dans l'ensemble, vous êtes satisfait(e) de vous-même.

Tout compte fait, vous avez tendance à vous considérer comme un(e) raté(e). (Cote inversée.)

On considère comme ayant une faible estime de soi les personnes dont la cote totale correspond au quartile inférieur de la distribution observée pour la population de 18 ans et plus (cote égale ou inférieure à 17).

Conformément à la méthode de Kessler *et al.*<sup>34</sup>, l'Enquête nationale sur la santé de la population s'appuie sur un sous-ensemble de questions de la *Composite International Diagnostic Interview* pour déterminer si une personne a vécu un *épisode dépressif majeur* (EDM). Ces questions couvrent un groupe de symptômes du trouble dépressif qui sont énumérés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*<sup>35</sup>. Pour chaque personne, on attribue une cote aux réponses aux diverses questions, puis on transforme la cote globale en une probabilité estimative de diagnostic d'EDM. Aux fins de la présente étude, on considère qu'une personne a vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue si l'estimation est égale ou supérieure à 0,9, autrement dit si la probabilité de poser le diagnostic d'EDM est égale ou supérieure à 90 %.