

Enquête nationale sur la santé de la population - Déclaration par procuration

Margot Shields

Résumé

Objectifs

Le présent article illustre la portée de la déclaration par procuration dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Il étudie le lien entre la forme de déclaration (en personne ou par procuration) et la prévalence de certains problèmes de santé. L'article examine aussi la relation entre le changement de forme de déclaration et l'incidence sur deux ans des problèmes de santé.

Source des données

Les résultats transversaux se fondent sur les données du Fichier santé et du Fichier général de l'ENSP de 1996-1997. Les résultats longitudinaux ont trait aux participants à l'enquête de 1994-1995 qui vivaient toujours à domicile en 1996-1997.

Techniques d'analyse

Chacun des fichiers de données de l'ENSP s'est vu calculer un taux de déclaration par procuration. L'analyse compare ensuite les estimations de la prévalence de certains problèmes de santé calculées d'après les données des deux fichiers transversaux (général et santé) de 1996-1997. L'analyse multivariée permet finalement de déceler les liens entre la déclaration en personne ou par procuration et l'existence de problèmes de santé.

Principaux résultats

La prévalence de nombreux problèmes de santé est significativement plus élevée selon qu'on l'estime d'après les données du Fichier santé transversal de 1996-1997 (pour lequel la déclaration par procuration est moins courante) plutôt que d'après les données du Fichier général. Pour certains problèmes de santé chroniques, la cote exprimant la possibilité de déclarer un nouveau cas est plus élevée pour les personnes pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration en 1994-1995 mais en personne en 1996-1997.

Mots-clés

Problèmes de santé chroniques, limitation des activités, enquêtes-santé

Auteur

Margot Shields (613-951-4177; shiemar@statcan.ca) travaille à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

La déclaration par procuration pose souvent un dilemme aux concepteurs d'enquête. Certes, les renseignements recueillis directement auprès des participants à une enquête sont généralement plus fiables. Cependant, des impératifs poussent souvent à accepter des renseignements fournis par une tierce personne (réponse par procuration ou personne interposée), notamment pour réduire le taux de non-réponse et diminuer le coût de la collecte des données.

Quoique les travaux de recherche antérieurs n'aient guère été probants¹, un « effet de réponse par procuration » pourrait, selon plusieurs études, entacher les données des enquêtes-santé²⁻¹³. Autrement dit, une personne qui fournit des renseignements au nom d'une autre serait peut-être moins susceptible de déclarer certains événements relatifs à la santé que la personne elle-même. Ainsi, les estimations de la prévalence de l'hospitalisation, des problèmes de santé chroniques, de la limitation des activités, des problèmes émotionnels et de la douleur sont, selon certains auteurs, plus faibles si on les calcule d'après des renseignements fournis par procuration plutôt qu'autodéclarés²⁻¹³.

Par contre, sur une courte période de référence (deux semaines, par exemple), les observations sont contradictoires à l'égard de certaines variables telles

que la maladie aiguë, l'incapacité et les consultations d'un dentiste ou d'un médecin. Selon certaines études, les personnes qui répondent

Source des données

Lancée en 1994-1995, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) permet de recueillir tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre la population à domicile et les personnes qui vivent en établissement de santé dans les provinces et les territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP compte une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal seront suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

L'analyse présentée ici se fonde sur les données transversales de la composante des ménages du deuxième cycle (1996-1997) de l'ENSP et sur les données longitudinales des premier (1994-1995) et deuxième cycles (dans les deux cas, couvrant les 10 provinces). L'échantillon transversal de 1996-1997 comprend les membres du panel longitudinal et les personnes sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (achat d'unités d'échantillonnage additionnelles) achetés par trois provinces. Ces personnes ont été sélectionnées par la méthode de composition aléatoire et sont incluses dans l'échantillon pour les seuls besoins de l'analyse transversale.

La composante générale du questionnaire sert à obtenir des renseignements tant de nature sociodémographique que générale sur la santé de chaque membre des ménages sélectionnés pour participer à l'enquête. Les données ainsi recueillies figurent dans le Fichier général. La composante santé sert pour sa part à colliger des renseignements détaillés sur la santé d'un membre du ménage choisi au hasard. Ces renseignements détaillés, ainsi que les renseignements concernant cette personne recueillis dans le cadre de la composante générale, figurent dans le Fichier santé.

La composante des ménages de l'ENSP de 1994-1995 couvrant les 10 provinces portait sur un échantillon de 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. À l'issue d'un tri de sélection visant à s'assurer du caractère représentatif de l'échantillon, 20 725 ménages faisaient encore partie du champ d'observation. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée au hasard avait 12 ans et plus. Parmi ces personnes, 17 626 ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé, ce qui représente un taux de réponse de 96,1 %. De ces 17 626 personnes sélectionnées au hasard, 14 786 remplissaient les conditions pour

faire partie du panel longitudinal, de même que 468 personnes pour lesquelles seuls des renseignements généraux ont été recueillis en 1994-1995 et 2 022 personnes de moins de 12 ans sélectionnées au hasard. Donc, en tout, 17 276 membres du panel longitudinal répondaient aux critères pour être interviewés de nouveau en 1996-1997. Les autres personnes qui ont participé à l'enquête de 1994-1995 correspondaient aux unités d'échantillonnage supplémentaires achetées par certains gouvernements provinciaux pour augmenter la taille de l'échantillon dans leur province lors du premier cycle uniquement. Ces personnes n'ont fait l'objet d'aucun suivi.

En tout, 16 168 membres du panel longitudinal ont participé à l'enquête en 1996-1997, ce qui représente un taux de réponse de 93,6 %. De ces 16 168 personnes, 15 670 ont fourni des renseignements complets, c'est-à-dire des renseignements tant généraux que détaillés sur leur santé aux deux cycles de l'enquête.

La participation ponctuelle de personnes supplémentaires au deuxième cycle de l'enquête pour les besoins de l'analyse transversale a porté la taille de l'échantillon total à 210 377 personnes pour la composante générale (173 216 de 12 ans et plus) et à 81 804 personnes pour la composante santé (73 402 de 12 ans et plus). Le taux de réponse global pour la composante santé est de 79,0 %.

Les données ont été pondérées en tenant compte du plan de sondage, des corrections pour la non-réponse et de la stratification a posteriori. L'analyse transversale repose sur les données du Fichier général et du Fichier santé pour les personnes de 12 ans et plus, pondérées de façon à ce qu'elles soient représentatives des 24,6 millions de Canadiens et Canadiennes qui habitent les 10 provinces. L'analyse longitudinale se fonde sur les personnes qui avaient 12 ans et plus en 1994-1995, qui faisaient encore partie de la population à domicile en 1996-1997 (autrement dit, qui ne vivaient pas en établissement) et pour lesquelles des données complètes ont été recueillies (pour la composante générale et la composante santé) lors des deux cycles. Cet échantillon de 13 427 personnes a été pondéré de façon à ce qu'il soit représentatif de 23,5 millions de Canadiens.

Une description plus détaillée du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'interview de l'ENSP figure dans des rapports déjà publiés¹⁴⁻¹⁶.

personnellement sont plus susceptibles que celles qui répondent par procuration de mentionner des événements de cette nature^{4,7,8,10,11}, tandis que selon d'autres, cela n'est pas le cas^{6,17,18}. Même les personnes qui répondent personnellement peuvent sous-estimer les événements relatifs à la santé, comme le laisse croire la comparaison de certaines données d'enquête aux dossiers médicaux et aux rapports des médecins^{2,13,19,20}.

La question de la réponse par procuration a été débattue en profondeur au moment de la conception de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) au début des années 1990. Tout comme dans de nombreuses autres enquêtes, plusieurs raisons ont présidé à l'acceptation de la réponse par procuration pour certaines composantes de l'ENSP, tandis qu'elle a été vivement déconseillée pour d'autres.

Le présent article précise la portée de la déclaration par procuration dans les fichiers transversaux de l'ENSP de 1996-1997 (voir *Source des données, Techniques d'analyse et Limites*). Il présente les caractéristiques des personnes pour lesquelles les réponses à l'enquête ont été fournies par procuration, c'est-à-dire par un autre membre du ménage. La déclaration par procuration est également mise en parallèle avec la prévalence de divers problèmes de santé pour déterminer s'il existe un effet de réponse par procuration. L'analyse étudie aussi le lien entre les nouveaux cas (incidence) de certains problèmes de santé et les changements de forme de déclaration (par procuration ou en personne) d'un cycle à l'autre, en se fondant sur les données longitudinales des deux premiers cycles de l'ENSP (1994-1995 et 1996-1997).

Déclaration par procuration par opposition à réponse en personne

La déclaration par procuration (voir *Définitions*) est l'un des facteurs méthodologiques susceptibles d'influer sur l'exactitude des résultats d'enquête — particulièrement dans le cas des enquêtes-santé qui contiennent souvent des questions de nature fort personnelle. Pour plusieurs raisons^{8,12}, les données recueillies par personne interposée sont parfois inexactes.

- La personne qui fait la déclaration pourrait ne pas être complètement au courant de l'état de santé d'un autre membre du ménage.

Pour répondre correctement, le déclarant par procuration doit très bien connaître l'état de santé de la personne au nom de laquelle il fait la déclaration. Quelqu'un peut parfois cacher délibérément un problème de santé ou un comportement ayant une incidence sur la santé. Ainsi, un mari pourrait taire à sa femme l'ulcère qu'on lui a diagnostiqué ou une adolescente pourrait chercher à éviter que ses parents sachent qu'elle fume. La personne qui répond par procuration pourrait aussi ne pas connaître tous les renseignements sur la santé de la personne visée. Par exemple, elle ignore peut-être le nombre de fois où cette dernière a pu consulter un médecin au cours des 12 derniers mois.

- La personne qui répond par procuration pourrait ne pas se souvenir de certains renseignements pertinents sur la santé.

La capacité de se souvenir des renseignements dépend de leur importance aux yeux de la personne qui les déclare. Les problèmes de santé les plus graves, douloureux, persistants ou susceptibles de mettre la vie en danger sont généralement déclarés plus fréquemment et plus exactement que les autres^{2,4,8,20}. Certes, un problème de santé paraîtra vraisemblablement plus direct et important à la personne qui en souffre qu'à un autre membre du ménage. En outre, les autres membres du ménage ont plus de chances d'être au courant de problèmes comme le diabète ou la maladie cardiaque, parce que diverses choses leur y font penser (par exemple, ils voient la personne malade prendre des médicaments) et que ce genre de problème peut avoir des conséquences graves pour le membre concerné de la famille. En revanche, des problèmes comme les allergies — à la pénicilline, par exemple — sont plus facilement oubliés par la personne qui répond par procuration.

- La personne qui répond par procuration pourrait nommer incorrectement les problèmes de santé.

Qu'ils soient fournis par procuration ou par la personne malade, les renseignements ont tendance à être plus exacts s'ils se rapportent à des problèmes de santé faciles à définir ou à nommer (diabète et maladie cardiaque, par exemple) qu'à des états plus difficiles à décrire (comme des maux de dos

récurrents ou une maladie chronique de la peau)¹³. Pour les états qui rentrent dans cette dernière catégorie, les renseignements recueillis par procuration ont tendance à être moins exacts que les renseignements autodéclarés¹³. En outre, les états non directement observables — douleur ou détresse émotionnelle, par exemple — sont généralement moins bien évalués en cas de réponse par procuration⁵.

Techniques d'analyse

Toutes les analyses portent sur des données pondérées. Les proportions de personnes de 12 ans et plus pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration sont présentées selon le sexe, pour les deux fichiers transversaux (général et santé) et pour le fichier longitudinal.

La régression logistique multiple a permis d'étudier la relation entre la forme de déclaration (en personne ou par procuration) et divers résultats concernant la santé. Le modèle s'inspire des règles suivies pour sélectionner les participants à l'ENSP et d'une revue des articles publiés au sujet de la déclaration par procuration. À titre de variables de contrôle, le modèle incorpore plusieurs facteurs sociodémographiques considérés comme liés à la forme de déclaration, à savoir le sexe, le groupe d'âge, la présence d'un autre adulte dans le ménage, l'état matrimonial, la situation d'activité, le revenu et l'autoévaluation de la santé. La méthode de régression logistique multiple a été appliquée aux données du Fichier santé transversal pour modéliser la relation entre la forme de déclaration pour la composante générale et la prévalence observée de divers problèmes de santé. Un modèle distinct a été ajusté aux données pour chaque problème de santé étudié.

La répartition selon le sexe des personnes qui font la déclaration par procuration dépend du sexe de la personne au nom de laquelle les renseignements sont fournis. Ainsi, les modèles de régression ont été recalculés en tenant compte du sexe de la personne faisant la déclaration par procuration. Trois catégories de déclaration ont été définies, à savoir en personne, par procuration par une femme, et par procuration par un homme. La troisième catégorie a été choisie comme catégorie de référence.

Afin de déterminer si la déclaration par procuration a un effet sur l'estimation de l'incidence de certains problèmes de santé (nombre de nouveaux cas du problème en question survenus dans l'intervalle de deux ans entre les deux cycles de l'enquête), on s'est servi de différents modèles de régression logistique multiple pour établir le

lien entre l'incidence d'un certain nombre de problèmes de santé et le changement de forme de déclaration. Un modèle distinct a été ajusté pour chaque problème de santé étudié. Divers scénarios de changement de forme de déclaration d'un cycle à l'autre de l'enquête ont été considérés : déclaration par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997, déclaration par procuration en 1994-1995 et déclaration en personne en 1996-1997, déclaration en personne en 1994-1995 et déclaration par procuration en 1996-1997, ainsi que déclaration en personne en 1994-1995 et en 1996-1997. On a inclus dans les modèles les mêmes variables de contrôle que celles utilisées pour l'analyse transversale, ainsi que d'autres qui reflètent les changements survenus entre les deux cycles. (Voir le tableau G en annexe pour une liste complète des variables incluses dans les modèles longitudinaux).

Les taux d'incidence sur deux ans de bon nombre de problèmes de santé sont assez faibles. Ainsi, dans de nombreux cas, la taille de l'échantillon était trop petite pour que le modèle de régression produise des résultats fiables. Pour chacun des quatre scénarios de déclaration, seuls ont été considérés les problèmes de santé pour lesquels au moins 30 nouveaux cas ont été enregistrés, c'est-à-dire les autres allergies, l'arthrite, les maux de dos (non dus à l'arthrite), la limitation des activités et l'incapacité de longue durée ou handicap.

Toutes les analyses ont été soumises à la méthode *bootstrap* afin d'estimer l'erreur d'échantillonnage dans l'estimation des coefficients de variation. La méthode a également été utilisée dans les tests de signification de l'écart entre taux et dans le calcul des intervalles de confiance des rapports de cotes²¹⁻²³. Cette méthode donne une estimation non biaisée de la variance. L'analyse a en outre eu recours au test de signification de l'écart entre taux de Bonferroni pour tenir compte des comparaisons multiples. Les valeurs critiques choisies pour les tests ont été rajustées conformément au nombre de comparaisons effectuées.

- La personne qui répond par procuration pourrait éviter sciemment de déclarer certains renseignements.

Les problèmes de santé perçus comme très personnels ou éventuellement embarrassants ont tendance à être sous-estimés. La maladie mentale serait ainsi sous-déclarée selon plusieurs études comparatives des réponses aux questionnaires d'enquête et des dossiers médicaux.

Pourquoi accepter les réponses par procuration?

Tous les problèmes que posent les données obtenues par procuration inciteraient logiquement à éviter ce genre de réponse. Cependant, plusieurs raisons importantes poussent à l'accepter.

L'ENSP permet de recueillir certains renseignements sur la santé de tous les membres du ménage afin d'étudier les relations entre les caractéristiques de la santé dans le ménage¹⁸. Toutefois, interroger tous les membres de chaque ménage échantillonné demande beaucoup de temps, coûte cher et, souvent, nécessite plusieurs appels de suivi. Pour économiser du temps et de l'argent, on accepte, pour l'ENSP, comme pour bon nombre d'autres enquêtes sur la santé, qu'un membre bien informé du ménage — le déclarant par procuration — réponde aux questions au nom de chacun des membres du ménage.

Tenir compte de la nature des renseignements à recueillir demeure l'un des éléments importants à considérer pour décider d'accepter ou non la réponse par procuration. Ainsi, les questions sur

Limites

La présente analyse compare les estimations des nombres déclarés de problèmes de santé selon que les renseignements ont été fournis en personne, d'une part, et par procuration, d'autre part. Pour ce faire, l'analyse utilise un modèle multivarié qui tient compte de l'effet d'autres variables sociodémographiques confusionnelles éventuellement liées à la forme de déclaration. Bien qu'on se soit efforcé par tous les moyens de tenir compte de toutes les variables pertinentes, les résultats pourraient être faussés si certaines variables liées à la morbidité et à la forme de déclaration ont été omises par inadvertance ou que les données les concernant ne soient pas fournies par l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP).

D'autres méthodes auraient pu servir à évaluer l'effet éventuel de réponse par procuration sur l'estimation de la prévalence des problèmes de santé d'après les données de l'ENSP. L'une consisterait à appairer les données recueillies à celles des dossiers médicaux et de voir s'il existe des écarts entre les renseignements fournis directement par la personne concernée et ceux obtenus par procuration. Cependant, ce genre de comparaison serait non seulement compliquée et coûteuse, mais nécessiterait aussi la formulation d'hypothèses quant à la complétude et à l'exactitude des dossiers médicaux ainsi qu'à la qualité des appariements. Une autre méthode consisterait à réaliser une expérience contrôlée où des données à l'égard de certaines personnes seraient recueillies à deux reprises, une première fois auprès d'un membre bien informé du ménage et une deuxième fois directement auprès de la personne

concernée, afin de pouvoir comparer les résultats en fonction de la forme de déclaration. Il faudrait naturellement s'assurer que chaque personne qui fait la déclaration ne connaisse pas les réponses données par l'autre. De nouveau, cette méthode serait compliquée et coûteuse et augmenterait le fardeau qui pèse sur les ménages sélectionnés pour participer à l'enquête.

Les écarts entre les déclarations de problèmes de santé en personne ou par procuration tiennent vraisemblablement à la sous-estimation des problèmes par les personnes qui font la déclaration par procuration. Selon les études où on compare des résultats d'enquête aux données de dossiers médicaux, la sous-déclaration est plus courante en cas de déclaration par procuration^{2,12,13}. Dans certains cas, toutefois, le problème pourrait tenir à la surestimation par les personnes qui répondent elles-mêmes. Par exemple, dans l'ENSP, le critère de déclaration d'un problème de santé chronique est : « problème de santé de longue durée, c'est-à-dire un état qui a persisté ou qui devrait persister six mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé ». Bien que les intervieweurs rappellent cette définition aux personnes interrogées, certaines pourraient déclarer des problèmes de santé qui ne satisfont pas pleinement à ce critère. Par exemple, une personne qui souffre de maux de dos depuis plusieurs mois pourrait mentionner des maux de dos même s'ils n'ont pas été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Si ce phénomène est plus fréquent en cas d'auto-déclaration, le résultat sera une surestimation de la morbidité.

Définitions

Dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les *réponses par procuration* sont celles obtenues au sujet d'un membre particulier du ménage par le biais d'un autre membre bien informé de ce ménage (le déclarant par procuration); par exemple, un parent peut répondre pour un enfant ou une femme peut répondre au nom de son mari.

Les *réponses en personne* sont celles obtenues directement auprès des personnes sélectionnées pour participer à l'enquête.

La *composante générale* de l'ENSP contient des questions sur les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, ainsi que certains aspects de la santé, comme l'incapacité au cours des deux dernières semaines, l'utilisation des services de santé, la limitation des activités et les problèmes de santé chroniques. Ces renseignements sont recueillis pour chaque membre du ménage auprès d'un membre bien informé de ce dernier.

La *composante santé* comprend des questions détaillées sur des sujets comme l'auto-évaluation de l'état de santé général, l'état de santé, la consommation de médicaments, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, la santé mentale, le soutien social, la mesure de la tension artérielle, le poids et la taille, l'activité physique et les blessures. Étant donné la nature détaillée des renseignements demandés, la personne sélectionnée au hasard pour participer à cette partie de l'enquête répond habituellement elle-même au questionnaire (réponse en personne).

Pour déterminer la prévalence des *problèmes de santé chroniques*, les participants à l'enquête ont été invités à déclarer tout « problème de santé de longue durée, c'est-à-dire qui a duré ou qui devrait durer 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, puis a demandé si la personne a souffert « de tout autre problème de santé de longue durée diagnostiqué par un professionnel de la santé » (comme la mucoviscidose ou la sclérose en plaques).

Deux *autres problèmes de santé* ont été inclus dans la présente analyse. Pour évaluer la limitation des activités dues à une incapacité physique ou mentale de longue durée, on se sert d'une variable dérivée fondée sur une réponse positive à l'une des questions ci-après, qui ont été posées à chaque membre du ménage : « 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 nombre d'activités que vous exercez : À la maison? À l'école? Au travail? Dans d'autres activités? » Pour déterminer si la personne souffrait d'une incapacité ou d'un handicap de longue durée, on a posé la question : « Avez-vous une incapacité ou un handicap quelconque de longue durée? »

Cinq *groupes d'âge* ont été définis pour les besoins de la présente analyse : 12 à 17 ans, 18 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus.

Les participants à l'enquête devaient préciser leur *état matrimonial* courant. Les personnes qui ont répondu « marié(e) », « union libre » ou « vit avec un(e) conjoint(e) » ont été classées dans la catégorie des personnes « mariées ». Les personnes qui ont répondu « célibataire » ont été classées dans la catégorie « jamais mariées » et les personnes qui ont répondu « veuf ou veuve », « séparé(e) » ou « divorcé(e) » ont été classées dans la catégorie des personnes « mariées antérieurement ».

Une variable dérivée, établie d'après l'âge des membres du ménage, a servi à déterminer la présence *d'autre(s) adulte(s) de 18 ans et plus dans le ménage*.

Trois catégories de *niveau de scolarité* ont été déterminées, d'après le plus haut niveau atteint : diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur, études postsecondaires partielles, et diplôme d'études postsecondaires (collège, école de métiers ou université).

On a considéré comme *occupées* les personnes qui avaient un emploi ou travaillaient à une entreprise au moment de l'enquête.

La *catégorie de revenu du ménage* a été établie d'après le nombre de personnes qui composent le ménage et le revenu total de ce dernier provenant de toutes les sources durant les 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

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

L'*auto-évaluation de la santé* a été faite en posant la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé est : Excellente? Très bonne? Bonne? Passable? Mauvaise? » Dans le cas de l'analyse longitudinale, l'état de santé d'une personne s'était amélioré si l'évaluation faite en 1996-1997 était meilleure que celle faite en 1994-1995 (par exemple, une personne qui a jugé sa santé passable en 1994-1995, mais bonne en 1996-1997). De même, l'état de santé d'une personne s'était détérioré si l'évaluation faite en 1996-1997 était moins bonne que celle faite en 1994-1995.

les opinions et les attitudes et les questions de nature subjective gagent généralement à être posées directement à la personne sélectionnée pour l'enquête. À l'inverse, les questions sur les renseignements factuels au sujet de problèmes de santé précis se prêtent plus facilement à la déclaration par procuration.

La difficulté potentielle à rejoindre certaines personnes justifie en outre le recours à la déclaration par procuration. En l'absence de ce genre de réponse, le taux de non-réponse à l'enquête risquerait d'être plus élevé. De surcroît, les caractéristiques de ces personnes « difficiles à rejoindre » diffèrent souvent beaucoup de celles de la population en générale, ce qui pourrait aussi fausser les estimations.

Enfin, certaines personnes sélectionnées pour participer à l'enquête pourraient être incapables de fournir personnellement les renseignements demandés. Ainsi, de nombreuses enquêtes sur la santé laissent place à la déclaration par procuration si la personne ne peut répondre en raison d'une incapacité physique ou mentale. Qui plus est, les parents répondent habituellement au nom de leurs enfants.

Règles de réponse par procuration aux questions de l'ENSP

Le questionnaire de l'ENSP comprend deux grands volets, à savoir la composante générale et la composante santé. La composante générale vise à recueillir des renseignements sur les caractéristiques démographiques et socioéconomiques ainsi que des renseignements généraux sur la santé de chaque membre des ménages échantillonnés. La composante santé, quant à elle, sert à recueillir des renseignements détaillés sur la santé d'un seul membre du ménage sélectionné au hasard.

Les règles de réponse par procuration diffèrent selon la composante du questionnaire (voir *Définitions*). Dans le cas de la composante générale, qui rassemble des renseignements en grande partie objectifs et factuels, les intervieweurs ont pour instruction de recueillir les renseignements sur tous les membres du ménage auprès d'une personne bien informée. Le *Manuel de l'intervieweur* précise que, dans de nombreux cas, cette personne devrait être la mère,

puisque c'est elle qui en sait généralement le plus sur l'état de santé des membres de la famille et sur leur utilisation des services de santé.

Les réponses au questionnaire de la composante santé sont recueillies pour un membre du ménage sélectionné au hasard et on souligne dans le *Manuel de l'intervieweur* et durant la formation des intervieweurs qu'il est important de recueillir les renseignements directement auprès de cette personne (réponse sans procuration ou en personne). La personne sélectionnée doit absolument répondre elle-même aux questions compte tenu du niveau de détail et du caractère souvent fort personnel des renseignements demandés. Cependant, si cette personne a moins de 12 ans, un parent doit alors fournir l'information en son nom. La réponse par personne interposée est aussi de mise si des circonstances spéciales (comme une incapacité) empêchent la personne sélectionnée de répondre. Si la déclaration par procuration s'avère la seule option, on omet de poser les questions de nature extrêmement subjective et personnelle (par exemple, celles concernant la santé mentale et le soutien social) (voir *Déclaration par procuration pour la composante santé*).

Ces règles ont été appliquées lors des deux premiers cycles de l'ENSP (1994-1995 et 1996-1997). Au troisième cycle (1998-1999), une légère modification a été apportée à la composante générale du questionnaire. Or, les personnes sélectionnées au hasard dans les ménages sont suivies au cours du temps afin de produire un fichier longitudinal. L'objectif principal d'un tel fichier est d'évaluer les changements; ainsi, toute modification de la forme de déclaration (par procuration ou en personne) d'un cycle à l'autre pourrait fausser l'évaluation des changements. Par conséquent, pour le troisième cycle, les intervieweurs devaient recueillir les renseignements directement auprès du membre du panel longitudinal (réponse en personne) pour l'enquête complète (composantes générale et santé). Autrement dit, dans le cas des membres du panel longitudinal, on a appliqué également à la composante générale les règles établies antérieurement pour la composante santé uniquement. La réponse par personne interposée a

Déclaration par procuration pour la composante santé

La réponse par procuration au questionnaire de la composante santé de l'Enquête nationale sur la santé de la population a été fortement déconseillée à cause du caractère détaillé, subjectif et personnel des renseignements demandés. Le taux de déclaration par procuration pour cette composante dans le Fichier santé transversal de 1996-1997 est donc très faible (2,6 %). Contrairement à la composante générale, le taux de réponse par procuration le plus élevé pour la composante santé est celui enregistré pour les groupes les plus âgés : 7 % pour les personnes de 75 à 84 ans et 17 % pour celles de 85 ans et plus. Les personnes âgées sont plus susceptibles que les autres de ne pas pouvoir répondre personnellement au questionnaire en raison de « circonstances spéciales » dues à une incapacité physique ou mentale. Le taux de déclaration par procuration est également élevé (9 %) pour les enfants de 12 à 14 ans. Certains parents ont refusé que l'on interviewe leur enfant. Le cas échéant, l'intervieweur n'a pas insisté et a accepté que le parent réponde à la place de l'enfant.

Pourcentage de réponse par procuration à la composante santé de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, selon l'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

| | Population milliers | Réponse par procuration % | Nombre non pondéré d'enregistrements avec réponse par procuration dans l'échantillon |
|---------------------|------------------------|------------------------------------|--|
| Total | 24 595 | 2,6 | 1 707 |
| Sexe | | | |
| Hommes | 12 099 | 3,4 [†] | 1 094 |
| Femmes | 12 495 | 1,8 | 613 |
| Groupe d'âge | | | |
| 12 à 14 ans | 1 151 | 8,8 [‡] | 139 |
| 15 à 17 ans | 1 284 | 2,6 [§] | 71 |
| 18 à 44 ans | 12 408 | 1,4 | 479 |
| 45 à 64 ans | 6 335 | 2,1 | 352 |
| 65 à 74 ans | 2 096 | 3,8 ^{††} | 279 |
| 75 à 84 ans | 1 060 | 7,2 [‡] | 263 |
| 85 ans et plus | 261 | 17,2 ^{‡‡} | 124 |

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

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. On a appliqué le test de signification de Bonferroni pour tenir compte de l'effet des comparaisons multiples.

[†] Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les femmes ($p \leq 0,05$).

[‡] Valeur significativement plus élevée que celle observée pour chaque autre groupe d'âge, intervalle de 15 à 74 ans ($p \leq 0,05$).

[§] Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

^{††} Valeur significativement plus élevée que celles observées respectivement pour le groupe des 18 à 44 ans et pour celui des 45 à 64 ans ($p \leq 0,05$).

^{‡‡} Valeur significativement plus élevée que celle observée pour chaque groupe d'âge moins avancé, intervalle de 15 à 84 ans ($p \leq 0,05$).

néanmoins été acceptée pour la composante générale afin d'éviter la non-réponse. Les règles originales (se fier à une personne bien informée pour recueillir des renseignements sur tous les membres du ménage et éviter la déclaration par personne interposée au nom du membre du ménage sélectionné au hasard pour la composante santé) continuent de s'appliquer aux ménages et aux personnes sélectionnés dans l'échantillon de remise à niveau (c'est-à-dire les ménages et les personnes ajoutés uniquement pour s'assurer que les fichiers transversaux restent représentatifs de la population).

Fichiers transversaux

Les éléments factuels recueillis grâce aux composantes générale et santé forment deux fichiers de données transversales appelés respectivement Fichier général et Fichier santé. Le Fichier général regroupe les données tirées de la composante générale du questionnaire. Ce fichier contient *tous* les enregistrements individuels établis, pour chaque ménage, d'après les renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques et les renseignements généraux sur la santé fournis pour tous les membres du ménage par un membre bien informé de ce dernier. Le Fichier santé contient *un* enregistrement par ménage dans lequel figurent les renseignements détaillés sur la santé du membre du ménage sélectionné au hasard, ainsi que les renseignements généraux sur cette personne recueillis dans le cadre de la composante générale.

Comme les règles de réponse par procuration diffèrent pour les deux composantes de l'enquête, la situation en ce qui concerne la réponse par procuration peut être « mixte » pour certains enregistrements du Fichier santé. Par exemple, dans un ménage formé d'un couple marié et d'un enfant, la mère pourrait être considérée comme le « membre bien informé du ménage » et fournir les réponses au questionnaire de la composante générale pour elle-même, son conjoint et son enfant. Toutefois, le mari pourrait être sélectionné au hasard pour répondre au questionnaire de la composante santé et, par conséquent, fournir lui-même les renseignements. L'enregistrement du mari dans le Fichier santé contiendrait donc des réponses par

procuration pour la composante générale et des réponses en personne pour la composante santé.

Comparaison des fichiers transversaux

Le Fichier général tout comme le Fichier santé peuvent servir à produire des estimations pour toute variable figurant sur le questionnaire de la composante générale. Toutefois, l'effectif de l'échantillon n'est pas le même selon qu'il s'agit de la composante générale ou de la composante santé. Les estimations produites d'après les données du Fichier général ont l'avantage de reposer sur un échantillon plus grand, puisqu'elles se fondent sur des renseignements qui se rapportent à tous les membres des ménages sélectionnés. En revanche, les estimations calculées d'après les données du Fichier santé se fondent sur l'échantillon de personnes sélectionnées au hasard dans les ménages.

Les deux fichiers présentent un taux de déclaration par procuration assez différent. Pour le Fichier général, ce taux est de 42 % pour la population de 12 ans et plus. Par contre, pour la composante générale du Fichier santé, il est de 28 % (tableau 1).

Cependant, la répartition selon le sexe et le groupe d'âge est sensiblement la même pour les deux fichiers. Ainsi, la déclaration par procuration est plus probable pour les hommes que pour les femmes. En ce qui concerne l'âge, c'est pour le groupe des 12 à 17 ans que cette forme de déclaration est la plus probable et pour celui des 65 ans et plus qu'elle l'est le moins. Ce résultat n'est pas étonnant, puisque la règle de déclaration par procuration précise que les intervieweurs doivent recueillir auprès d'un membre bien informé du ménage les renseignements sur tous les membres de ce dernier pour la composante générale du questionnaire. Dans le cas des jeunes de 12 à 17 ans, cette personne est vraisemblablement un parent. Le taux assez faible de déclaration par procuration chez les personnes de 65 ans et plus pourrait tenir au fait que les personnes âgées sont plus susceptibles que les jeunes de vivre seules. Le cas échéant, personne d'autre n'est présent dans le ménage pour répondre par procuration.

Les données de chaque fichier sont pondérées indépendamment pour s'assurer qu'elles soient

représentatives de l'ensemble de la population du Canada selon le sexe et le groupe d'âge. Ainsi, les estimations des caractéristiques de la santé calculées d'après l'un ou l'autre de ces fichiers devraient être fort semblables. Cependant, si les personnes qui fournissent elles-mêmes les renseignements à leur sujet sont effectivement plus portées à déclarer les événements relatifs à leur santé qu'une personne interposée, les estimations fondées sur le Fichier santé pourraient être plus élevées (et vraisemblablement plus exactes), puisque le taux de déclaration par procuration est plus faible pour ce fichier.

Tableau 1
Proportion de réponses par procuration à la composante générale, Fichier général et Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, selon le sexe et l'âge, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

| | Réponses par procuration, composante générale | | | |
|---------------------|---|-------------|---------------|-------------|
| | Fichier général | | Fichier santé | |
| | milliers | % | milliers | % |
| Total | 24 595 | 42,2 | 24 595 | 27,5 |
| Sexe | | | | |
| Hommes | 12 099 | 53,9† | 12 099 | 36,5† |
| Femmes | 12 495 | 31,0 | 12 495 | 18,7 |
| Groupe d'âge | | | | |
| 12 à 17 ans | 2 445 | 81,6‡ | 2 435 | 61,7‡ |
| 18 à 24 ans | 2 689 | 51,4‡ | 2 699 | 29,6‡ |
| 25 à 44 ans | 9 709 | 36,3 | 9 709 | 22,4 |
| 45 à 64 ans | 6 335 | 39,1§ | 6 335 | 25,2§ |
| 65 ans et plus | 3 416 | 29,6†† | 3 416 | 19,9†† |

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

Nota : On a appliqué le test de signification de Bonferroni pour tenir compte de l'effet des comparaisons multiples. Les estimations d'après les données du Fichier général et du Fichier santé ont été stratifiées a posteriori afin qu'elles concordent avec les projections du recensement selon l'âge et le groupe d'âge. Puisque les groupes d'âge utilisés pour la présente analyse ne sont pas les mêmes que ceux utilisés pour la stratification a posteriori, les estimations de population calculées d'après les deux fichiers diffèrent légèrement dans certains cas (groupes des 12 à 17 ans et des 18 à 24 ans). Voir le tableau A en annexe pour les nombres non pondérés dans l'échantillon.

† Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les femmes ($p \leq 0,05$).

‡ Valeur significativement plus élevée que celle observée pour chaque groupe d'âge plus avancé ($p \leq 0,05$).

§ Valeur significativement plus élevée que celle observée pour le groupe des 45 à 64 ans ($p \leq 0,05$).

†† Valeur significativement plus faible que celle observée pour chaque groupe d'âge moins avancé ($p \leq 0,05$).

Estimations plus élevées d'après le Fichier santé

La comparaison de l'estimation de la prévalence de divers problèmes de santé est révélatrice. À cet égard, les données du Fichier santé produisent des estimations nettement plus élevées que celles du Fichier général dans nombre de cas : allergies

alimentaires, autres allergies, asthme, arthrite ou rhumatisme, maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite), hypertension, migraine, sinusite, problèmes de thyroïde, limitation des activités, et incapacité de longue durée ou handicap (tableau 2). Pour la sinusite et les problèmes de thyroïde, l'estimation de la prévalence calculée d'après les

Tableau 2

Estimations de la prévalence des problèmes de santé chroniques et d'autres problèmes de santé, composante générale, Fichier général et Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

| | Hommes et femmes confondus | | Hommes | | Femmes | |
|---|----------------------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | Fichier général | Fichier santé | Fichier général | Fichier santé | Fichier général | Fichier santé |
| | % | | % | | % | |
| Problèmes de santé chroniques | | | | | | |
| Allergies alimentaires | 6,3 | 6,8* | 4,7 | 5,0 | 7,9 | 8,5 |
| Autres allergies | 20,0 | 22,4**** | 16,5 | 18,6**** | 23,4 | 26,0**** |
| Asthme | 6,8 | 7,2* | 5,7 | 6,0 | 7,9 | 8,4 |
| Arthrite ou rhumatisme | 12,6 | 13,8**** | 8,8 | 9,7** | 16,3 | 17,8**** |
| Maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite) | 12,8 | 14,2**** | 12,2 | 13,4** | 13,4 | 15,0**** |
| Hypertension | 9,6 | 10,1* | 8,3 | 8,7 | 10,8 | 11,4* |
| Migraine | 6,8 | 7,8**** | 3,5 | 4,3** | 10,1 | 11,2** |
| Bronchite chronique ou emphysème | 2,6 | 2,8 | 2,2 | 2,3 | 3,0 | 3,3 |
| Sinusite | 4,2 | 4,6* | 3,1 | 3,4 | 5,2 | 5,7* |
| Diabète | 3,2 | 3,2 | 3,4 | 3,5 | 3,1 | 2,9 |
| Épilepsie | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,5 | 0,6† |
| Maladie cardiaque | 3,9 | 3,9 | 4,1 | 4,0 | 3,7 | 3,7 |
| Cancer | 1,4 | 1,5 | 1,2 | 1,2 | 1,7 | 1,8 |
| Ulcères à l'estomac ou à l'intestin | 2,5 | 2,7 | 2,4 | 2,5 | 2,6 | 2,9 |
| Troubles dus à un accident cérébrovasculaire | 0,8 | 0,9 | 0,8 | 1,0 | 0,8 | 0,8 |
| Incontinence urinaire | 1,4 | 1,5 | 1,0 | 1,0 | 1,8 | 2,0 |
| Troubles intestinaux | 1,5 | 1,5 | 1,0 | 1,0 | 1,9 | 2,1 |
| Maladie d'Alzheimer/autres formes de démence‡ | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Cataracte‡ | 2,9 | 3,0 | 2,1 | 2,3 | 3,7 | 3,6 |
| Glaucome‡ | 1,2 | 1,2 | 1,0 | 1,1 | 1,4 | 1,4 |
| Problèmes de thyroïde | 3,2 | 3,5* | 1,0 | 1,2 | 5,3 | 5,8* |
| Autres§ | 5,5 | 5,6 | 4,9 | 5,2 | 6,0 | 6,0 |
| Au moins un problème de santé chronique | 54,1 | 57,7**** | 49,1 | 52,8**** | 59,0 | 62,4**** |
| Autres problèmes de santé | | | | | | |
| Limitation des activités due à une incapacité physique ou mentale de longue durée | 11,9 | 13,0*** | 10,7 | 11,8** | 12,9 | 14,1** |
| Incapacité de longue durée ou handicap | 10,7 | 11,6** | 10,4 | 11,1* | 10,9 | 12,1** |

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

Nota : Les estimations de la prévalence ont été calculées en excluant les cas pour lesquels des valeurs manquaient. La proportion d'enregistrements avec valeurs manquantes est inférieure à un quart de point de pourcentage pour chaque problème de santé. Le tableau B en annexe contient, pour chaque problème de santé (selon la forme de déclaration), le nombre non pondéré d'enregistrements contenant la déclaration du problème en question repérés dans le Fichier général et dans le Fichier santé. La comparaison des estimations de la prévalence se fonde sur un test de signification unilatéral; en s'inspirant d'articles publiés, on a supposé que les données du Fichier général produiraient des estimations plus faibles de la prévalence, parce que le taux de déclaration par procuration est plus élevé pour ce fichier.

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

‡ Question posée uniquement aux personnes de 18 ans et plus.

§ Tout autre problème de santé chronique, comme la mucoviscidose ou la sclérose en plaques.

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation calculée d'après les données du Fichier général ($p \leq 0,05$).

** Valeur significativement plus élevée que l'estimation calculée d'après les données du Fichier général ($p \leq 0,01$).

*** Valeur significativement plus élevée que l'estimation calculée d'après les données du Fichier général ($p \leq 0,001$).

**** Valeur significativement plus élevée que l'estimation calculée d'après les données du Fichier général ($p \leq 0,0001$).

données du Fichier santé est plus élevée que celle calculée d'après les données du Fichier général chez la femme mais non chez l'homme.

Conformément aux résultats d'études antérieures^{2,4,8,13}, les estimations concordent davantage pour les problèmes de santé que les déclarants par procuration sont le plus susceptibles de remarquer et le moins susceptibles de mal identifier, comme le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque ou le cancer.

Un effet de réponse par procuration pourrait ainsi être à l'origine de la sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé. C'est du moins ce que laisse croire la comparaison des estimations fondées sur les données de la composante générale figurant dans le Fichier général et dans le Fichier santé. Puisque le taux de réponse par procuration est plus élevé pour le Fichier général, les estimations fondées sur les données de ce fichier auraient tendance à être plus sujettes à cet effet. Néanmoins, l'effet sur les données du Fichier santé proprement dit (pour lequel le taux de réponse par procuration est de 28 %) n'est peut-être pas négligeable.

Caractéristiques des personnes pour lesquelles les renseignements sont fournis par procuration

La réponse par procuration dans la composante générale de l'ENSP n'est aucunement aléatoire. Aussi faut-il en tenir compte dans l'étude de l'association entre les variables de la santé et la déclaration par procuration. À cet égard, les intervieweurs ont reçu des instructions précises quant aux personnes autorisées à répondre pour d'autres. Ainsi, les personnes qualifiées de « membre bien informé du ménage » ont la plupart fourni elles-mêmes les renseignements les concernant, tandis que, pour les autres membres du ménage, les renseignements ont été fournis par procuration par cette personne bien informée. Pour déterminer si la réponse par procuration influe sur l'évaluation des variables de la santé, on doit tenir compte des caractéristiques des personnes pour lesquelles les renseignements sont obtenus par personne interposée.

À cette fin, on se sert d'un modèle de régression logistique multiple dont la réponse par procuration

Tableau 3

Rapport corrigé des cotes établissant le lien entre certaines caractéristiques et la déclaration par procuration pour la composante générale, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

| | Réponse par procuration [†] | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| | Rapport corrigé de cotes | Intervalle de confiance de 95 % |
| Sexe | | |
| Hommes | 2,5**** | 2,3 - 2,7 |
| Femmes [‡] | 1,0 | ... |
| Groupe d'âge | | |
| 12 à 17 ans | 4,3**** | 3,6 - 5,2 |
| 18 à 24 ans | 1,4**** | 1,2 - 1,6 |
| 25 à 44 ans [‡] | 1,0 | ... |
| 45 à 64 ans | 1,1 | 1,0 - 1,2 |
| 65 ans et plus | 1,0 | 0,9 - 1,2 |
| État matrimonial | | |
| Marié(e) | 1,1 | 1,0 - 1,4 |
| Jamais marié(e) | 1,2 | 0,9 - 1,4 |
| Marié(e) antérieurement [‡] | 1,0 | ... |
| Autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage[‡] | 115,7**** | 85,5 - 156,6 |
| Niveau de scolarité | | |
| Diplôme d'études secondaires ou inférieur | 1,3**** | 1,2 - 1,5 |
| Études postsecondaires partielles | 1,0 | 0,9 - 1,1 |
| Diplôme d'études postsecondaires (collège, école de métiers ou université) [‡] | 1,0 | ... |
| Occupé(e)[§] | 1,1* | 1,0 - 1,2 |
| Catégorie de revenu du ménage | | |
| Inférieure/moyenne-inférieure [‡] | 1,0 | ... |
| Moyenne | 1,1 | 1,0 - 1,3 |
| Moyenne-supérieure | 1,1 | 1,0 - 1,3 |
| Supérieure | 1,4*** | 1,1 - 1,6 |
| Autoévaluation de la santé^{¶¶} | | |
| Excellente [‡] | 1,0 | ... |
| Très bonne | 1,1 | 1,0 - 1,2 |
| Bonne | 1,1* | 1,0 - 1,3 |
| Passable | 1,3**** | 1,2 - 1,5 |
| Mauvaise | 1,8**** | 1,4 - 2,2 |

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

Nota : Fondé sur 73 241 enregistrements, dont 20 451 résultant d'une réponse par procuration à la composante générale; 161 enregistrements ont été supprimés de l'analyse à cause de données manquantes. On a inclus une catégorie « données manquantes » dans le modèle pour le niveau de scolarité, la situation d'emploi et le revenu afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes correspondants ne sont pas présentés. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

[†] La catégorie de référence est la réponse en personne.

[‡] Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cotes est toujours égal à 1,0.

[§] La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « Autre(s) adulte(s) de 18 ans et plus dans le ménage » est « aucun autre adulte de 18 ans et plus dans le ménage ».

^{¶¶} Données recueillies dans le cadre de la composante santé pour laquelle le taux de déclaration par procuration est très faible (2,6 %); utilisé pour prédire la réponse par procuration à la composante générale.

* $p \leq 0,05$

*** $p \leq 0,001$

**** $p \leq 0,0001$

... N'ayant pas lieu de figurer

(« oui » ou « non ») est la variable dépendante. Le modèle se fonde sur la réponse par procuration à la composante générale du Fichier santé, car ce dernier est celui utilisé le plus fréquemment lors des études analytiques.

La déclaration par procuration est liée au sexe et à l'âge (tableau 3). La cote exprimant la possibilité que les réponses soient fournies par procuration est nettement plus élevée pour les hommes que pour les femmes. En outre, cette cote est plus élevée pour les jeunes (de 12 à 17 ans et de 18 à 24 ans) des deux sexes que pour les personnes de 25 à 44 ans. Bien que le taux de déclaration par procuration soit plus faible pour les personnes âgées (65 ans et plus) que pour tout groupe d'âge moins avancé (tableau 1), la cote exprimant la possibilité d'une déclaration par procuration est significativement plus faible pour ce groupe d'âge que pour celui des 25 à 44 ans. Les personnes âgées sont plus susceptibles que les autres de vivre seules; par conséquent, le fait d'inclure dans le modèle de régression l'état matrimonial et la présence dans le ménage d'autres adultes de 18 ans et plus ne produit pas un rapport de cotes statistiquement différent pour les personnes âgées. Si l'on supprime ces variables du modèle, la cote exprimant la possibilité d'une déclaration par personne interposée dans le cas des personnes âgées diminue (données non présentées). Le rapport de cotes est bien entendu très élevé en présence d'autres adultes. Cependant, en l'absence d'autres adultes dans le ménage, la déclaration par procuration est rare, puisque personne n'est disponible pour fournir les réponses.

Si l'on neutralise l'effet de toutes les autres variables, on constate aussi que la déclaration par procuration est associée à un faible niveau de scolarité. Cependant, les méthodes de sélection de l'échantillon de l'ENSP tiennent compte en partie de cette association. Les membres des ménages pour lesquels les renseignements sont recueillis par personne interposée (particulièrement les enfants qui fréquentent toujours l'école) ont en général atteint un moins haut niveau de scolarité que la personne qui fait la déclaration, ce qui explique le lien observé.

Le lien entre un niveau de revenu élevé et la déclaration par procuration ne surprend guère. À

cet égard, les ménages qui comptent au moins deux adultes sont plus susceptibles d'être classés dans la catégorie supérieure ou moyenne-supérieure de revenu que ceux qui n'en comptent qu'un seul pour lesquels la déclaration par procuration est moins courante (données non présentées).

Selon certains travaux, les personnes pour lesquelles les renseignements sont fournis par personne interposée seraient en meilleure santé que les autres⁹. (Autrement dit, puisqu'elles sont en meilleure santé, ces personnes sont plus susceptibles d'être occupées et absentes du foyer; par conséquent, une autre personne fournit les renseignements à leur place.) Pour tenir compte de l'effet de ce facteur confusionnel éventuel dans la présente analyse, on s'est servi des données sur l'autoévaluation de la santé recueillies dans le cadre de la composante santé, pour laquelle le taux de réponse par procuration est extrêmement faible (2,6 %). Contrairement aux hypothèses faites lors de l'étude antérieure⁹, selon les données de l'ENSP, la cote exprimant la possibilité que les renseignements soient recueillis par personne interposée (pour la composante générale) est plus forte pour les personnes qui jugent leur santé mauvaise, passable ou bonne que pour celles qui la jugent excellente.

« Effet de réponse par procuration » et estimation de la prévalence

Une série de modèles de régression logistique basés sur les données du Fichier santé permettent ici d'étudier l'effet éventuel de la réponse par procuration sur l'estimation de la prévalence de divers problèmes de santé. Pour chaque régression, la variable étudiée est un problème de santé particulier. Supposons d'abord la prise en compte de l'effet de toutes les variables considérées comme dépendantes de la forme de déclaration (par procuration ou en personne). Dans ce contexte, pour la plupart des problèmes de santé étudiés (tableau 4), la cote exprimant la possibilité de déclarer le problème est plus forte pour les personnes qui répondent elles-mêmes que pour celles pour lesquelles les renseignements sont obtenus par personne interposée. Toutefois, conformément aux résultats d'études antérieures^{2,4,8,13}, aucun effet de réponse par

Tableau 4

Rapport corrigé de cotes établissant le lien entre certains problèmes de santé chroniques ou d'autres problèmes de santé et la forme de déclaration pour la composante générale, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

| | Réponse en personne† | |
|---|--------------------------|---------------------------------|
| | Rapport corrigé de cotes | Intervalle de confiance de 95 % |
| Problèmes de santé chroniques‡ | | |
| Allergies alimentaires | 1,3*** | 1,1 - 1,5 |
| Autres allergies | 1,6**** | 1,4 - 1,7 |
| Asthme | 1,3*** | 1,1 - 1,6 |
| Arthrite ou rhumatisme | 1,9**** | 1,6 - 2,1 |
| Maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite) | 1,5**** | 1,3 - 1,6 |
| Hypertension | 1,2** | 1,1 - 1,4 |
| Migraine | 1,4*** | 1,2 - 1,7 |
| Bronchite chronique ou emphysème | 1,6*** | 1,2 - 2,0 |
| Sinusite | 1,5**** | 1,2 - 1,8 |
| Diabète | 1,1 | 0,9 - 1,4 |
| Épilepsie | 1,6 | 0,9 - 2,7 |
| Maladie cardiaque | 1,1 | 0,9 - 1,4 |
| Cancer | 1,1 | 0,8 - 1,5 |
| Ulcères à l'estomac ou à l'intestin | 1,8**** | 1,4 - 2,3 |
| Troubles dus à un accident | | |
| cérébrovasculaire | 0,8 | 0,6 - 1,2 |
| Incontinence urinaire | 1,4* | 1,0 - 1,8 |
| Troubles intestinaux | 1,5** | 1,1 - 1,9 |
| Cataracte | 1,3* | 1,0 - 1,7 |
| Glaucome | 1,0 | 0,7 - 1,4 |
| Problèmes de thyroïde | 1,6**** | 1,3 - 2,0 |
| Autre§ | 1,4*** | 1,1 - 1,6 |
| Au moins un problème de santé chronique‡ | 1,6**** | 1,4 - 1,7 |
| Autres problèmes de santé | | |
| Limitation des activités due à une incapacité physique ou mentale de longue durée | | |
| | 1,3**** | 1,1 - 1,4 |
| Incapacité de longue durée ou handicap | 1,2** | 1,1 - 1,4 |

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

Nota : Contient les résultats des 24 modèles distincts de régression fondés sur 73 402 enregistrements du Fichier santé. Pour chaque problème de santé, le nombre d'enregistrements dans l'échantillon sur lesquels figure le problème de santé en question est donné au tableau B en annexe. Dans chaque cas, un faible pourcentage (< 0,5 %) d'enregistrements ont été éliminés à cause de données manquantes. Chaque modèle de régression comprend certaines variables de contrôle, mais le rapport de cotes n'est présenté que pour la forme de déclaration. (Voir le tableau F en annexe pour la liste complète des variables indépendantes.) Les résultats complets pour les divers modèles peuvent être obtenus sur demande. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

† La catégorie de référence est la réponse par procuration.

‡ La maladie d'Alzheimer n'a pas été incluse, puisque le taux de déclaration par procuration est très élevé pour ce problème de santé.

§ Tout autre problème de santé chronique; comme la mucoviscidose ou la sclérose en plaques.

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

**** $p \leq 0,0001$

procuration n'a été observé pour les problèmes de santé considérés comme graves ou moins susceptibles d'être nommés incorrectement. La présente analyse ne révèle aucun écart pour le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, les séquelles d'un accident cérébrovasculaire ni le glaucome.

Qui fournit les renseignements?

Les caractéristiques des personnes qui fournissent les renseignements au nom d'autrui (personnes qui font la déclaration par procuration) varient selon l'âge et le sexe de la personne au nom de laquelle les renseignements sont fournis (tableau 5). Pour les jeunes hommes et les jeunes femmes de 12 à 24 ans, la personne qui fournit les renseignements par procuration est le plus souvent un parent (86 % et 84 %, respectivement), le plus souvent la mère (78 %) (données non présentées).

Pour les personnes de 25 ans et plus, la personne qui fait la déclaration par procuration est habituellement le conjoint. Chez l'homme, la personne qui fait la déclaration par procuration est l'épouse dans 83 % des cas; chez la femme, il s'agit du mari dans 66 % des cas. En grande partie à cause de cette situation, pour les hommes, 93 % des déclarations par procuration sont faites par des femmes et pour les femmes, 79 % sont faites par des hommes. La déclaration faite par « une autre personne apparentée » est plus courante pour les femmes (25 %) que pour les hommes (10 %).

Les femmes seraient plus enclines que les hommes, selon certaines études, à mentionner des problèmes de santé, qu'il s'agisse des leurs ou de ceux des autres^{12,20,24,25}. Les modèles de régression pour les divers problèmes de santé ont de nouveau permis d'examiner cette question en tenant compte de l'effet du sexe sur la déclaration par procuration. Trois catégories de déclaration ont ainsi été considérées, à savoir la réponse en personne (sans procuration), la réponse par procuration par une femme et la réponse par procuration par un homme. La troisième catégorie a été choisie comme catégorie de référence.

Une personne au nom de laquelle une femme plutôt qu'un homme fait une déclaration par

procuration a une cote plus élevée exprimant la possibilité de faire état des problèmes de santé suivants : allergies alimentaires, autres allergies, maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite), hypertension, bronchite chronique ou emphysème, sinusite, troubles dus à un accident cérébrovasculaire, incontinence urinaire, cataracte, limitation des activités due à une incapacité physique ou mentale de longue durée, incapacité à long terme ou handicap, et « au moins un problème de santé chronique » (tableau 6). De nouveau, ces associations persistent même en tenant compte de l'effet de toutes les variables considérées comme liées à la forme de déclaration.

Selon les travaux de recherche, les femmes ont un taux de morbidité systématiquement plus élevé que celui des hommes²⁶. Diverses raisons peuvent expliquer ces écarts, notamment le fait que les femmes consultent plus volontiers un médecin et sont ainsi plus susceptibles de voir d'éventuels problèmes diagnostiqués. Cependant, le taux de morbidité plus élevé observé chez les femmes pourrait être partiellement un artefact de la

déclaration par procuration. Il en serait ainsi parce que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de répondre elles-mêmes au questionnaire de l'enquête, et que les personnes qui répondent elles-mêmes ont tendance à mentionner un plus grand nombre de problèmes de santé^{1,8,26}. Toutefois, les données de l'ENSP permettent difficilement d'évaluer si l'effet de la réponse par procuration est plus prononcé pour les hommes que pour les femmes. Le taux de déclaration par procuration est près de deux fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes (37 % comparativement à 19 %; tableau 1), ce qui donne à penser que l'effet de la réponse par procuration (c'est-à-dire l'abaissement des estimations) serait plus important pour les hommes. Cependant, puisque les personnes qui répondent au nom des femmes ont tendance à être des hommes (tableau 5) et que la cote exprimant la possibilité de mentionner un état morbide est plus faible pour les hommes que pour les femmes qui répondent par procuration, l'estimation de la morbidité devrait être plus faible pour les femmes.

Tableau 5

Population pour laquelle la déclaration a été faite par procuration pour la composante générale, selon les caractéristiques de la personne qui a fait la déclaration par procuration, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

| | Total | Sexe du déclarant par procuration | | Lien entre le déclarant par procuration et la personne pour laquelle la déclaration a été faite | | | |
|--|--------------|-----------------------------------|-----------------|---|-----------|---------------------------|-------------------------|
| | | Hommes | Femmes | Conjoint | Parent | Autre personne apparentée | Personne non apparentée |
| | milliers | | % | | | % | |
| Toutes les personnes pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration | 6 757 | 27 | 73 | 52 | 33 | 13 | 2 |
| Sexe et âge | | | | | | | |
| Garçons de 12 à 24 ans avec déclaration par procuration | 1 247 | 25 | 75 | 3 [†] | 86 | 9 | 2 |
| Filles de 12 à 24 ans avec déclaration par procuration | 1 054 | 25 | 75 | 3 | 84 | 11 | 2 |
| Hommes de 25 ans et plus avec déclaration par procuration | 3 170 | 7 | 93 [‡] | 83 [‡] | 5 | 10 | 2 |
| Femmes de 25 ans et plus avec déclaration par procuration | 1 286 | 79 [‡] | 21 | 66 | 6 | 25 [‡] | 3 [‡] |

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

Nota : Les nombres non pondérés d'enregistrements dans l'échantillon figurent au tableau C en annexe.

[†] Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

[‡] Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les hommes de 25 ans et plus ($p \leq 0,05$).

^{‡‡} Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les femmes de 25 ans et plus ($p \leq 0,05$).

Tableau 6

Rapport corrigé de cotes établissant le lien entre les problèmes de santé chroniques ou d'autres problèmes de santé, d'une part, et la déclaration par procuration et le sexe de la personne qui a fait la déclaration par procuration pour la composante générale, d'autre part, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

| | Réponse par procuration par une femme [†] | |
|---|--|---------------------------------|
| | Rapport de cotes | Intervalle de confiance de 95 % |
| Problèmes de santé chroniques[‡] | | |
| Allergies alimentaires | 1,5** | 1,2 - 1,9 |
| Autres allergies | 1,5**** | 1,3 - 1,8 |
| Asthme | 1,2 | 1,0 - 1,6 |
| Arthrite ou rhumatisme | 1,2 | 0,9 - 1,6 |
| Maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite) | 1,4*** | 1,1 - 1,7 |
| Hypertension | 1,4** | 1,1 - 1,7 |
| Migraine | 0,9 | 0,6 - 1,3 |
| Bronchite chronique ou emphysème | 1,8* | 1,1 - 3,0 |
| Sinusite | 1,7** | 1,2 - 2,6 |
| Diabète | 1,1 | 0,8 - 1,6 |
| Épilepsie | 0,5 | 0,2 - 1,4 |
| Maladie cardiaque | 1,3 | 0,8 - 2,1 |
| Cancer | 1,0 | 0,5 - 1,9 |
| Ulcères à l'estomac ou à l'intestin | 1,2 | 0,8 - 1,8 |
| Troubles dus à un accident cérébrovasculaire | 1,9* | 1,1 - 3,2 |
| Incontinence urinaire | 1,7* | 1,1 - 2,6 |
| Troubles intestinaux | 1,1 | 0,7 - 1,7 |
| Cataracte | 1,6* | 1,1 - 2,5 |
| Glaucome | 0,9 | 0,5 - 1,8 |
| Problèmes de thyroïde | 1,5 | 0,9 - 2,4 |
| Autre [§] | 1,2 | 0,9 - 1,6 |
| Au moins un problème de santé chronique [‡] | 1,4**** | 1,2 - 1,6 |
| Autres problèmes de santé | | |
| Limitation des activités due à une incapacité physique ou mentale de longue durée | 1,3** | 1,1 - 1,7 |
| Incapacité de longue durée ou handicap | 1,3* | 1,1 - 1,7 |

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

Nota : Contient les résultats des 24 modèles distincts de régression fondés sur 73 402 enregistrements du Fichier santé. Pour chaque problème de santé, le nombre d'enregistrements dans l'échantillon sur lesquels figure le problème de santé en question est donné au tableau B en annexe. Dans chaque cas, un faible pourcentage (< 0,5 %) d'enregistrements ont été éliminés à cause de données manquantes. Chaque modèle de régression comprend certaines variables de contrôle, mais le rapport de cotes n'est présenté que pour la forme de déclaration. (Voir le tableau F en annexe pour la liste complète des variables indépendantes.) Les résultats complets pour les divers modèles peuvent être obtenus sur demande. Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure est égale à 1,0 sont significatifs.

† La catégorie de référence est la déclaration par procuration faite par un homme; les personnes qui ont répondu en personne sont incluses dans le modèle, mais les rapports de cotes correspondants ne sont pas présentés.

‡ La maladie d'Alzheimer n'est pas incluse, car le taux de déclaration par procuration est très élevé pour ce problème de santé.

§ Tout autre problème de santé chronique, comme la mucoviscidose ou la sclérose en plaques.

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

**** $p \leq 0,0001$

Déclaration par procuration, Fichier santé longitudinal

Dans certains cas, la forme de déclaration varie d'un cycle à l'autre; par exemple, les données pourraient avoir été fournies par personne interposée lors d'un cycle et par le membre du panel longitudinal lors de l'autre cycle.

Presque les trois quarts (73 %) des femmes, mais à peine 42 % des hommes, qui font partie de l'échantillon longitudinal ont répondu personnellement au questionnaire de la composante générale lors des deux cycles (tableau 7). En outre, la transition de la déclaration en personne à la déclaration par procuration de 1994-1995 à 1996-1997 a été plus fréquente pour les hommes que pour les femmes (9 % contre 4 %), de même que la déclaration par procuration lors des deux cycles (18 % contre 5 %).

Le fichier longitudinal a servi à étudier la possibilité d'un effet de réponse par procuration sur l'évaluation de l'incidence de certains problèmes de santé. Dans la présente analyse, l'incidence désigne

Tableau 7

Scénario de déclaration pour la composante générale, Fichier santé, cycles de 1994-1995 et 1996-1997 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, selon le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

| | Total | Hommes | Femmes |
|--|--------|-------------------|-------------------|
| | | | milliers |
| Population totale [†] | 23 519 | 11 568 | 11 951 |
| | | | % |
| Scénario de déclaration | | | |
| Réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997 | 11,7 | 18,4 [‡] | 5,1 |
| Réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997 | 24,2 | 31,1 [‡] | 17,6 |
| Réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997 | 6,4 | 8,8 [‡] | 4,1 |
| Réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997 | 57,7 | 41,8 | 73,2 [§] |

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Nota : Les données ayant été arrondies, la somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 %. On a appliqué le test de signification de Bonferroni pour tenir compte de l'effet des comparaisons multiples. Les nombres non pondérés d'enregistrements dans l'échantillon figurent au tableau D en annexe.

† Fondé sur les personnes de 12 ans et plus en 1994-1995 qui étaient encore en vie et faisaient encore partie de la population à domicile en 1996-1997.

‡ Valeur nettement plus élevée que celle observée pour les femmes ($p \leq 0,05$).

§ Valeur nettement plus élevée que celle observée pour les hommes ($p \leq 0,05$).

Variation de la forme de déclaration et incohérences

Les enquêtes longitudinales consistent à observer les mêmes personnes à plusieurs reprises afin de déceler la variation de certaines caractéristiques sur une période de plusieurs années. Cependant, si un changement est déclaré à un moment donné, il importe de déterminer si ce changement a « réellement » eu lieu (par exemple, le diagnostic d'un nouveau cas d'arthrite) ou s'il s'agit d'une incohérence due à une erreur de déclaration ou à tout autre problème d'ordre méthodologique.

Les personnes sélectionnées pour faire partie de l'échantillon longitudinal de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) seront interviewées tous les deux ans pendant une période allant jusqu'à 20 ans. Dans ce contexte, des incohérences de déclaration, c'est-à-dire des variations qui ne correspondent pas à des changements « réels », surviendront vraisemblablement. Lors des premier et deuxième cycles (1994-1995 et 1996-1997), on a posé des questions sur les problèmes de santé chroniques et la limitation des activités dans la composante générale pour laquelle la réponse par procuration était permise. Cette situation pourrait avoir aggravé tout problème résultant d'incohérences de déclaration.

En vue de réduire au minimum les incohérences, les données recueillies lors du premier cycle ont été intégrées au questionnaire de l'interview assistée par ordinateur du deuxième cycle. Donc, si la déclaration faite au deuxième cycle témoignait d'un changement entre les deux cycles de l'enquête pour des problèmes de santé qui habituellement ne varient pas (asthme, arthrite, hypertension, migraine, diabète, épilepsie, ulcères, séquelles d'un accident cérébrovasculaire et limitation des activités), l'application a automatiquement invité l'intervieweur à demander à la personne faisant la déclaration si un changement d'état avait effectivement eu lieu et, le cas échéant, à lui en demander les raisons et à vérifier les dates pertinentes. Par exemple, si un problème de santé chronique a été déclaré pour une personne au deuxième cycle, mais qu'il ne l'avait pas été au premier, l'intervieweur a posé une question de suivi pour vérifier la date du diagnostic. Si cette date précédait celle de l'entrevue du premier cycle, il a posé une autre question pour déterminer si la personne visée souffrait effectivement du problème avant l'entrevue du premier cycle. Les incohérences de ce genre sont celles qui sont les plus fréquentes dans le fichier longitudinal. Un total de 916 incohérences de ce genre ont été décelées pour les huit problèmes de santé chroniques pour lesquels des questions d'approfondissement ont été posées. Au moins une incohérence de ce genre a été signalée pour 6,3 % des membres du panel longitudinal (846 personnes). Les incohérences les plus fréquentes touchaient l'arthrite, l'hypertension et la migraine (données non présentées). Fait peu surprenant, la plus forte fréquence d'incohérences concerne le scénario de déclaration « réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997 ». Toutefois, elle est également assez forte pour le scénario « réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997 ».

Aucune question d'approfondissement n'a été posée dans les cas où cette mesure risque de compromettre la confidentialité des antécédents médicaux d'une personne. Par exemple, si quelqu'un avait déclaré personnellement souffrir d'un problème de santé chronique particulier, comme le diabète, en 1994-1995, mais qu'une personne répondant par procuration n'a pas déclaré ce même problème de santé en 1996-1997, l'intervieweur n'a posé aucune question d'approfondissement.

La déclaration peut être incohérente pour plusieurs raisons. La personne qui fournit les renseignements peut avoir choisi délibérément de ne pas déclarer le problème de santé en 1994-1995 ou la question peut avoir été mal comprise lors d'une des entrevues (1994-1995 ou 1996-1997). Par ailleurs, la personne faisant la déclaration par procuration peut ne pas être au courant du problème de santé ou l'intervieweur a pu enregistré incorrectement les renseignements. En outre, la personne qui a fait la déclaration aurait pu se remémorer incorrectement la date du diagnostic.

L'« effet de réponse par procuration » pourrait donc être à l'origine du taux élevé d'incohérences pour le groupe « réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997 ». Si les personnes qui répondent par procuration sont moins susceptibles de déclarer les événements relatifs à la santé, celles qui ont répondu personnellement au questionnaire en 1996-1997 auraient très bien pu faire état de certains problèmes de santé qui existaient en 1994-1995, mais qui n'avaient pas été déclarés par procuration à l'époque.

Le taux élevé d'incohérences observé pour le groupe « réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997 » est plus curieux. Pour ce groupe, les incohérences pourraient être dues à la déclaration d'une date de diagnostic erronée. Par exemple, dans certains cas, les personnes qui répondent personnellement au questionnaire pourraient se souvenir de la date à laquelle les symptômes se sont manifestés pour la première fois, car elle pourrait leur paraître plus importante que celle à laquelle le problème de santé a été diagnostiqué officiellement par un professionnel de la santé.

Proportion de personnes, selon le scénario de déclaration, pour lesquelles au moins une incohérence a été décelée lors du deuxième cycle[†], composante générale, cycles de 1994-1995 et 1996-1997 de l'Enquête nationale sur la santé de la population, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

| Scénario de déclaration | Déclaration comptant au moins une incohérence [†] % | Nombre non pondéré dans l'échantillon |
|--|---|---------------------------------------|
| Total population | 6,3 | 846 |
| Réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997 | 3,3 [‡] | 41 |
| Réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997 | 7,5* | 178 |
| Réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997 | 2,8 [‡] | 29 |
| Réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997 | 6,8* | 598 |

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Nota : On a appliqué le test de signification de Bonferroni pour tenir compte de l'effet des comparaisons multiples.

[†] Les questions d'approfondissement posées en 1996-1997 ont montré qu'un problème de santé chronique existait avant l'entrevue du premier cycle, mais ce problème n'avait pas été déclaré en 1994-1995.

[‡] Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

* Valeur significativement plus élevée que celle observée pour le scénario « réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997 » et « réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997 » ($p \leq 0,05$).

Tableau 8

Rapport corrigé de cotes établissant le lien entre les nouveaux cas observés de 1994-1995 à 1996-1997 pour certains problèmes de santé chroniques et le scénario de déclaration pour la composante générale, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population, population de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

| | Réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997 [†] | | Réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997 [†] | | Réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997 [†] | |
|--|---|---------------------------------|---|---------------------------------|---|---------------------------------|
| | Rapport de cotes | Intervalle de confiance de 95 % | Rapport de cotes | Intervalle de confiance de 95 % | Rapport de cotes | Intervalle de confiance de 95 % |
| Problèmes de santé chroniques | | | | | | |
| Autres allergies | 2,0**** | 1,4 - 2,7 | 0,9 | 0,6 - 1,5 | 1,4 | 1,0 - 1,9 |
| Arthrite | 2,6** | 1,4 - 4,6 | 1,2 | 0,6 - 2,5 | 2,4** | 1,4 - 4,2 |
| Maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite) | 2,0*** | 1,4 - 2,8 | 1,2 | 0,7 - 2,1 | 1,7** | 1,2 - 2,4 |
| Au moins un nouveau problème de santé chronique [‡] | 2,0**** | 1,6 - 2,5 | 1,0 | 0,8 - 1,4 | 1,4** | 1,1 - 1,7 |
| Autres problèmes de santé | | | | | | |
| Au moins une nouvelle limitation des activités dues à une incapacité physique ou mentale de longue durée | 1,3 | 0,9 - 1,8 | 0,9 | 0,5 - 1,4 | 1,0 | 0,7 - 1,4 |
| Incapacité de longue durée ou handicap | 1,5 | 1,0 - 2,3 | 1,1 | 0,6 - 2,0 | 1,3 | 0,9 - 2,1 |

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Notas : Contient les résultats de 6 modèles distincts de régression fondés sur 13 427 enregistrements du Fichier santé longitudinal. Dans chaque cas, un faible pourcentage d'enregistrements (< 2 %) ont été supprimés à cause de données manquantes. Chaque régression inclut certaines variables de contrôle, mais les rapports de cotes ne sont présentés que pour la forme de déclaration. Les nombres non pondérés d'enregistrements dans l'échantillon figurent au tableau E en annexe. (Voir le tableau G en annexe pour la liste complète des variables indépendantes.) Les résultats complets des divers modèles peuvent être obtenus sur demande.

[†] La catégorie de référence est la réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997.

[‡] Y compris les allergies alimentaires, les autres allergies, l'asthme, l'arthrite, les maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite), l'hypertension, la migraine, la bronchite chronique ou l'emphysème, la sinusite, le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, les ulcères à l'estomac ou à l'intestin, les troubles dus à un accident cérébrovasculaire, l'incontinence urinaire, la cataracte et le glaucome.

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

**** $p \leq 0,0001$

la déclaration d'un nouveau cas survenu dans l'intervalle de deux ans entre les cycles de l'ENSP. (Dans certains cas, les questions d'approfondissement posées par l'intervieweur indiquent que le problème de santé existait peut-être déjà avant le premier cycle [voir *Variation de la forme de déclaration et incohérences*]). La régression logistique multiple a de nouveau permis d'examiner ici les associations éventuelles entre la déclaration d'un nouveau problème de santé et la situation quant à la forme de déclaration, en tenant compte de l'effet des autres variables liées à cette situation et des changements de forme de déclaration (voir le tableau G en annexe pour les variables incluses dans le modèle). Pour les trois problèmes de santé chroniques pour lesquels l'échantillon de nouveaux cas était suffisamment grand (autres allergies, arthrite, et maux de dos non dus à l'arthrite), et pour « au moins un problème de santé chronique », la

cote exprimant la possibilité qu'un nouveau cas soit déclaré est plus forte pour les personnes pour lesquelles les renseignements ont été recueillis par procuration en 1994-1995, mais fournis personnellement en 1996-1997 que pour celles pour lesquelles les renseignements ont été déclarés par personne interposée lors des deux cycles (tableau 8). Pour l'arthrite et les maux de dos (non dus à l'arthrite), la cote exprimant la possibilité qu'un nouveau cas soit déclaré entre 1994-1995 et 1996-1997 est plus élevée pour les personnes qui ont répondu personnellement au questionnaire lors des deux cycles que pour celles pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration lors des deux cycles.

En revanche, la déclaration de nouveaux cas de limitation des activités et d'incapacité n'est pas liée de façon significative aux changements de forme de déclaration. Pour ce genre de problème, il se

pourrait que les nouveaux cas aient des répercussions plus directes sur les personnes qui font la déclaration par procuration, donc qu'elles soient plus susceptibles de s'en souvenir et de les déclarer.

Mot de la fin

Selon l'analyse des données des deux premiers cycles de l'ENSP (1994-1995 et 1996-1997), la réponse par personne interposée semblerait sous-estimer la prévalence de certains problèmes de santé. Ainsi, les estimations calculées d'après les données du Fichier santé sont nettement plus élevées que celles basées sur le Fichier général, et ce, pour plusieurs problèmes de santé. Il pourrait donc se produire un effet de réponse par procuration. Cependant, comme prévu, l'écart entre les estimations est moins prononcé pour les problèmes de santé que les déclarants par procuration sont les plus susceptibles de remarquer et les moins susceptibles de nommer incorrectement, comme le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque ou le cancer. En outre, la déclaration en personne est liée à la mention de nombreux problèmes de santé, comme en témoigne l'analyse multivariée des données du Fichier santé lorsqu'on tient compte des facteurs liés à la forme de déclaration. Par ailleurs, dans le cas du fichier longitudinal, la mention de nouveaux cas de certains problèmes de santé est aussi liée au changement de forme de déclaration.

Les intervieweurs ont maintenant reçu l'instruction d'essayer par tous les moyens que le membre du panel longitudinal réponde en personne au questionnaire de la composante générale pour tenter d'éliminer la déclaration par procuration. Cette mesure devrait limiter le risque qu'un changement de forme de déclaration d'un cycle à l'autre influe sur l'estimation des taux d'incidence. ●

Références

1. J.C. Moore, « Self/Proxy response status and survey response quality: A review of the literature », *Journal of Official Statistics*, 4(2), 1988, p. 155-172.
2. C.C. Cannell, R.M. Groves et P.V. Miller, « The effects of mode of data collection on health survey data », *American Statistical Association: Proceedings of the Social Statistics Section*, Washington, D.C.: American Statistical Association, 1986, p. 1-6.
3. A. Cartwright, « The effect of obtaining information from different informants on a family morbidity inquiry », *Applied Statistics*, 6(1), 1957, p. 18-25.
4. B.R. Clarridge et M.P. Massagli, « The use of female spouse proxies in common symptom reporting », *Medical Care*, 27(4), 1989, p. 352-366.
5. P.V. Grootendorst, D.H. Feeny et W. Furlong, « Does it matter whom and how you ask? Inter- and intra-rater agreement in the Ontario Health Survey », *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(2), 1997, p. 127-135.
6. R.M. Groves et N.A. Mathiowetz, « An experiment to measure the effects of respondent rules on health survey responses », *American Statistical Association: Proceedings of the Section on Survey Research Methods*, Washington, D.C., American Statistical Association, 1981: p. 346-351.
7. 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*, Washington, D.C., American Statistical Association, 1973, p. 311-316.
8. 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*, Washington, D.C., American Statistical Association, 1986, p. 546-551.
9. R.R. Mosley II et F.D. Wolinsky, « The use of proxies in health surveys: Substantive and policy implications », *Medical Care*, 24(6), 1986, p. 496-510.
10. L. Tompkins et J.T. Massey, « Using a most knowledgeable respondent rule in a household telephone survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Section on Survey Research Methods*, Washington, D.C., American Statistical Association, 1986: p. 281-286.
11. D.A. Koons, « Quality control and measurement of nonsampling error in the Health Interview Survey », *Vital and Health Statistics*, 2(54), 1973, p. 1-24.
12. National Center for Health Statistics, « Reporting of hospitalization in the Health Interview Survey », *Vital and Health Statistics*, 2(6), 1965, p. 1-51.
13. National Center for Health Statistics, « Health Interview responses compared with medical records », *Vital and Health Statistics*, 2(7), 1965, p. 1-40.
14. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

15. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population — une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
16. Enquête nationale sur la santé de la population, *Fichiers de microdonnées à grande diffusion 1996-1997, guide de l'utilisateur — composante ménages*, Ottawa, 1998 (Statistique Canada, n° 82-M0009GPF au catalogue).
17. M.E. Briscoe, « Research note: proxy responses in health surveys: a methodological issue », *Sociology of Health and Illness*, 6(3), 1984, p. 359-365.
18. C.F. Cannell, K.H. Marquis et A. Laurent, « A summary of studies of interviewing methodology », *Vital and Health Statistics*, 2(69), 1977, p. 1-16.
19. M. Heliövaara, A. Aromaa, T. Klaukka *et. al.*, « Reliability and validity of interview data on chronic diseases: The Mini-Finland Health Survey », *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(2), 1997, p. 127-135.
20. W.C. Madow, « Net differences in interview data on chronic conditions and information derived from medical records », *Vital and Health Statistics*, 2(57), 1973, p. 1-25.
21. 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).
22. 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.
23. 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.
24. L.M. Verbrugge, « Females and illness: recent trends in sex differences in the United States », *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 1976, p. 387-403.
25. I. Waldron, « Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality: issues and evidence », *Social Science and Medicine*, 17(16), 1983, p. 1107-1123.
26. J.N. Clarke, « Sexism, feminism and medicalism: a decade of literature on gender and illness », *Sociology of Health and Illness*, 5(1), 1983, p. 62-82.

Annexe

Tableau A

Nombre non pondéré de personnes de 12 ans et plus dans l'échantillon pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration pour la composante générale, selon le sexe et l'âge, Fichier général et Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997

| | Fichier général | | Fichier santé | |
|---------------------|-----------------|-------------------------|---------------|-------------------------|
| | Total | Réponse par procuration | Total | Réponse par procuration |
| Total | 173 216 | 78 158 | 73 402 | 20 469 |
| Sexe | | | | |
| Hommes | 84 409 | 48 118 | 34 265 | 13 199 |
| Femmes | 88 807 | 30 040 | 39 137 | 7 270 |
| Groupe d'âge | | | | |
| 12 à 17 ans | 19 836 | 16 537 | 5 120 | 3 541 |
| 18 à 24 ans | 19 955 | 10 747 | 7 000 | 2 185 |
| 25 à 44 ans | 66 401 | 25 549 | 28 900 | 7 319 |
| 45 à 64 ans | 44 762 | 18 310 | 19 019 | 4 981 |
| 65 ans et plus | 22 262 | 7 015 | 13 363 | 2 443 |

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

Tableau B

Nombre non pondéré de personnes de 12 ans et plus dans l'échantillon qui ont déclaré des problèmes de santé chroniques et d'autres problèmes, selon la réponse par procuration à la composante générale, Fichier général et Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997

| | Fichier général | | Fichier santé | |
|---|-----------------|-------------------------|---------------|-------------------------|
| | Total | Réponse par procuration | Total | Réponse par procuration |
| Total | 173 216 | 78 158 | 73 402 | 20 469 |
| Problèmes de santé chroniques | | | | |
| Allergies alimentaires | 11 257 | 3 826 | 5 335 | 1 035 |
| Autres allergies | 34 708 | 11 906 | 16 221 | 3 234 |
| Asthme | 12 347 | 5 129 | 5 467 | 1 354 |
| Arthrite ou rhumatisme | 23 332 | 6 101 | 13 063 | 2 005 |
| Maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite) | 24 327 | 7 892 | 12 097 | 2 474 |
| Hypertension | 16 336 | 5 303 | 8 676 | 1 731 |
| Migraine | 12 442 | 3 725 | 5 804 | 1 059 |
| Bronchite chronique ou emphysème | 4 471 | 1 265 | 2 429 | 410 |
| Sinusite | 7 521 | 1 977 | 3 788 | 593 |
| Diabète | 5 380 | 2 013 | 2 706 | 623 |
| Épilepsie | 956 | 380 | 446 | 99 |
| Maladie cardiaque | 6 765 | 2 345 | 3 695 | 772 |
| Cancer | 2 563 | 850 | 1 359 | 289 |
| Ulcères à l'estomac ou à l'intestin | 4 348 | 1 371 | 2 245 | 422 |
| Troubles dus à un accident cérébrovasculaire | 1 533 | 612 | 868 | 231 |
| Incontinence urinaire | 2 669 | 694 | 1 596 | 246 |
| Troubles intestinaux | 2 862 | 767 | 1 520 | 245 |
| Maladie d'Alzheimer/autres formes de démence [†] | 494 | 300 | 245 | 128 |
| Cataracte [†] | 4 250 | 1 113 | 2 679 | 406 |
| Glaucome [†] | 1 736 | 519 | 1 013 | 172 |
| Problèmes de thyroïde | 5 422 | 1 249 | 2 852 | 356 |
| Autre [‡] | 9 171 | 3 103 | 4 597 | 973 |
| Au moins un problème de santé chronique | 94 550 | 35 261 | 44 535 | 10 121 |
| Autres problèmes de santé | | | | |
| Limitation des activités due à une incapacité physique ou mentale de longue durée | 21 192 | 7 217 | 10 982 | 2 313 |
| Incapacité de longue durée ou handicap | 18 106 | 6 539 | 9 446 | 2 111 |

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

[†] Question posée uniquement aux personnes de 18 ans et plus.

[‡] Tout autre problème de santé chronique, comme la mucoviscidose ou la sclérose en plaques.

Tableau C

Nombre non pondéré de personnes de 12 ans et plus dans l'échantillon pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration pour la composante générale, selon les caractéristiques de la personne qui a fait la déclaration par procuration, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997

| | Sexe du déclarant par procuration | | | | Lien du déclarant par procuration avec la personne au nom de laquelle a été faite la déclaration | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------|---------------|----------|--|--------------|---------------------------|-------------------------|--------------------|
| | Total | Hommes | Femmes | Manquant | Conjoint(e) | Parent | Autre personne apparentée | Personne non apparentée | Données manquantes |
| Toutes les personnes avec déclaration par procuration | 20 469 | 5 945 | 14 522 | 2 | 12 525 | 5 338 | 2 084 | 519 | 3 |
| Sexe et âge | | | | | | | | | |
| Garçons de 12 à 24 ans avec déclaration par procuration | 3 035 | 759 | 2 276 | 0 | 181 | 2 490 | 264 | 100 | 0 |
| Filles de 12 à 24 ans avec déclaration par procuration | 2 691 | 775 | 1 916 | 0 | 162 | 2 202 | 237 | 90 | 0 |
| Hommes de 25 ans et plus avec déclaration par procuration | 10 164 | 552 | 9 612 | 0 | 8 766 | 443 | 758 | 197 | 0 |
| Femmes de 25 ans et plus avec déclaration par procuration | 4 579 | 3 859 | 718 | 2 | 3 416 | 203 | 825 | 132 | 3 |

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

Tableau D

Nombre non pondéré de personnes de 12 ans et plus dans l'échantillon pour lesquelles la déclaration a été faite par procuration pour la composante générale, selon le sexe, Fichier santé longitudinal, cycles de 1994-1995 et de 1996-1997 de l'Enquête nationale sur la santé de la population

| | Total | Hommes | Femmes |
|--|---------------|--------------|--------------|
| Total | 13 427 | 6 071 | 7 356 |
| Réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997 | 1 314 | 1 036 | 278 |
| Réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997 | 2 603 | 1 628 | 975 |
| Réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997 | 768 | 527 | 241 |
| Réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997 | 8 742 | 2 880 | 5 862 |

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Tableau E

Nombre non pondéré de personnes de 12 ans et plus dans l'échantillon ayant déclaré un nouveau cas entre 1994-1995 et 1996-1997 pour certains problèmes de santé, selon le scénario de déclaration pour la composante générale, Fichier santé, Enquête nationale sur la santé de la population

| | Réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997 | | Réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997 | | Réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997 | | Réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997 | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|
| | Total | | | | | | | |
| Total | 13 427 | | 1 314 | | 2 603 | | 768 | 8 742 |
| Problèmes de santé chroniques | | | | | | | | |
| Autres allergies | 1 453 | | 88 | | 349 | | 52 | 964 |
| Arthrite | 766 | | 34 | | 135 | | 32 | 565 |
| Maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite) | 1 027 | | 73 | | 235 | | 47 | 672 |
| Au moins un problème de santé chronique† | 4 854 | | 337 | | 982 | | 223 | 3 312 |
| Autres problèmes de santé | | | | | | | | |
| Au moins une nouvelle limitation des activités dues à une incapacité physique ou mentale de longue durée | 1 298 | | 107 | | 240 | | 61 | 890 |
| Incapacité de longue durée ou handicap | 786 | | 54 | | 155 | | 43 | 534 |

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

† Y compris les allergies alimentaires, les autres allergies, l'asthme, l'arthrite, les maux de dos (autres que ceux dus à l'arthrite), l'hypertension, la migraine, la bronchite chronique ou l'emphysème, la sinusite, le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, les ulcères à l'estomac ou à l'intestin, les troubles dus à un accident cérébrovasculaire, l'incontinence urinaire, la cataracte et le glaucome.

Tableau F

Variables incluses dans les modèles de régression logistique multiple reliant certaines caractéristiques de l'état de santé à la forme de déclaration en 1996-1997
Forme de déclaration

Réponse en personne
Réponse par procuration†

Sexe

Hommes‡
Femmes

Âge§

Autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage††

État matrimonial

Marié(e)‡
Jamais marié(e)
Marié(e) antérieurement

Niveau de scolarité

Diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur
Études postsecondaires partielles
Diplôme d'études postsecondaires (collège, école de métiers ou université)‡

Occupé(e)††**Catégorie de revenu du ménage**

Inférieure/moyenne-inférieure†
Moyenne
Moyenne-supérieure
Supérieure

Autoévaluation de la santé

Excellente‡
Très bonne
Bonne
Passable
Mauvaise

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

† Pour le premier ensemble de modèles de régression (tableau 4), on a choisi la réponse par procuration comme catégorie de référence. Pour le deuxième ensemble (tableau 6), on a subdivisé cette catégorie en deux sous-catégories : réponse par procuration faite par une femme et réponse par procuration faite par un homme. Pour ce second ensemble, on a choisi la réponse par procuration faite par un homme comme catégorie de référence.

‡ Catégorie de référence.

§ L'âge a été inclus dans les modèles de régression sous forme de variable continue.

†† La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage » est « aucun adulte de 18 ans ou plus dans le ménage ».

Tableau G

Variables incluses dans les modèles de régression logistique multiple reliant les nouveaux cas observés pour certains problèmes de santé chroniques et le changement de forme de déclaration entre 1994-1995 et 1996-1997
Scénario de déclaration

Réponse par procuration en 1994-1995 et réponse en personne en 1996-1997
Réponse en personne en 1994-1995 et réponse par procuration en 1996-1997
Réponse en personne en 1994-1995 et en 1996-1997
Réponse par procuration en 1994-1995 et en 1996-1997

Sexe

Hommes‡
Femmes

Âge en 1994-1995‡

Autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage en 1994-1995‡
Autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage en 1994-1995 et aucun adulte de 18 ans ou plus dans le ménage en 1996-1997‡
Aucun adulte de 18 ans ou plus dans le ménage en 1994-1995 et autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage en 1996-1997‡

État matrimonial en 1994-1995

Marié(e)‡
Jamais marié(e)
Marié(e) antérieurement

Non marié(e) en 1994-1995 et marié(e) en 1996-1997‡**Marié(e) en 1994-1995 et non marié(e) en 1996-1997‡****Niveau de scolarité en 1994-1995**

Diplôme d'études secondaires ou niveau inférieur
Études postsecondaires partielles
Diplôme d'études postsecondaires (collège, école de métiers ou université)‡

Occupé(e) en 1994-1995‡**Occupé(e) en 1994-1995 et non occupé(e) en 1996-1997‡****Non occupé(e) en 1994-1995 et occupé(e) en 1996-1997‡****Catégorie de revenu du ménage en 1994-1995**

Inférieure/moyenne-inférieure†
Moyenne
Moyenne-supérieure
Supérieure

Autoévaluation de la santé en 1994-1995

Excellente†
Très bonne
Bonne
Passable
Mauvaise

Amélioration de l'autoévaluation de la santé de 1994-1995 à 1996-1997‡**Détérioration de l'autoévaluation de la santé de 1994-1995 à 1996-1997‡**

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

† Catégorie de référence.

‡ L'âge a été intégré dans les modèles de régression sous forme de variable continue.

§ La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour « autre(s) adulte(s) de 18 ans ou plus dans le ménage » est « aucun adulte de 18 ans ou plus dans le ménage ».