



N° 82-003-XIF au catalogue

Rapports sur la santé

Vol. 16, n° 2 (Révisé le 18 mars, 2005)

● Santé des Autochtones ● Allaitement

● Soins non traditionnels ● Ivresse au volant ● Asthme



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : (613) 951-1746).

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web.

Service national de renseignements	1 800 263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1 800 363-7629
Renseignements concernant le Programme des bibliothèques de dépôt	1 800 700-1033
Télécopieur pour le Programme des bibliothèques de dépôt	1 800 889-9734
Renseignements par courriel	infostats@statcan.ca
Site Web	www.statcan.ca

Renseignements sur les commandes et les abonnements

Le produit n° 82-003-XIF au catalogue est publié trimestriellement sous format électronique au prix de 17 \$CAN l'exemplaire et de 48 \$CAN pour un abonnement annuel. Pour obtenir un exemplaire ou s'abonner, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.ca et de choisir la rubrique Nos produits et services.

Ce produit est aussi disponible en version imprimée standard au prix de 22 \$CAN l'exemplaire et de 63 \$CAN pour un abonnement annuel. Les frais de livraison supplémentaires suivant s'appliquent aux envois à l'extérieur du Canada :

	Exemplaire	Abonnement annuel
États-Unis	6 \$CAN	24 \$CAN
Autres pays	10 \$CAN	40 \$CAN

Les prix ne comprennent pas les taxes sur les ventes.

La version imprimée peut être commandée par

- Téléphone (Canada et États-Unis) **1 800 267-6677**
- Télécopieur (Canada et États-Unis) **1 877 287-4369**
- Courriel **infostats@statcan.ca**
- Poste
Statistique Canada
Finance
6^e étage, immeuble R.-H. Coats
120, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario) K1A 0T6
- En personne au bureau régional de Statistique Canada le plus près de votre localité ou auprès des agents et librairies autorisés.

Lorsque vous signalez un changement d'adresse, veuillez nous fournir l'ancienne et la nouvelle adresse.

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136.



Statistique Canada
Division de la statistique de la santé

Rapports sur la santé

Volume 16, numéro 2

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2005

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6.

Mars 2005

N° 82-003-XIF au catalogue, vol. 16, n° 2
ISSN 1209-1375

N° 82-003-XPF au catalogue, vol. 16, n° 2
ISSN 1492-7128

Périodicité : trimestrielle

Ottawa

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

SIGNES CONVENTIONNELS

Les signes conventionnels suivants sont employés uniformément dans les publications de Statistique Canada :

- . indisponible pour toute période de référence
- .. indisponible pour une période de référence précise
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- P préliminaire
- r rectifié
- X confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
- E à utiliser avec prudence
- F trop peu fiable pour être publié

Le papier utilisé dans la présente publication répond aux exigences minimales de l'« American National Standard for Information Sciences » - « Permanence of Paper for Printed Library Materials », ANSI Z39.48 - 1984.



Au sujet de *Rapports sur la santé*

Rédactrice en chef
Anik Lacroix

Rédactrice principale
Mary Sue Devereaux

Rédactrice
Barbara Riggs

Rédacteur adjoint
Marc Saint-Laurent

Chargée de production
Nicole Leduc

Production et composition
Agnes Jones
Robert Pellarin

Vérification des données
Dan Lucas

Administration
Céline Desfonds

Rédacteurs associés
Owen Adams
Gary Catlin
Arun Chockalingham
Elizabeth Lin
Nazeem Muhajarine
Yves Péron
Georgia Roberts
Geoff Rowe
Eugene Vayda

R*apports sur la santé* est une publication produite tous les trimestres par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Elle s'adresse à un large public, notamment les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants. Elle vise à fournir des données exhaustives, pertinentes et de grande qualité sur l'état de santé de la population et le système de soins de santé. Elle traite de divers sujets sous la forme d'analyses originales et opportunes des données sur la santé et de l'état civil. L'information provient habituellement de bases de données administratives ou d'enquêtes nationales, provinciales ou territoriales.

Rapports sur la santé comporte les principaux volets suivants : « Travaux de recherche » et « Santé en bref ». Le volet « Travaux de recherche » présente des analyses approfondies soumises à un examen anonyme par des pairs et répertoriées dans Index Medicus et MEDLINE. Le volet « Santé en bref » offre de courts articles essentiellement descriptifs qui reposent principalement sur des données d'enquêtes et sur des données administratives produites par la Division de la statistique de la santé.

Vous trouverez des renseignements sur les commandes ou les abonnements sous la rubrique « Pour commander les publications ». D'autres renseignements peuvent être obtenus auprès des rédacteurs, *Rapports sur la santé*, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, 3^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-1807. Télécopieur : (613) 951-4436.

Demandes de réimpression

Il est interdit de reproduire cette publication, en tout ou en partie, sans avoir reçu au préalable le consentement écrit de Statistique Canada. Pour obtenir ce consentement, on doit soumettre le formulaire *Demande d'autorisation de reproduction*. On peut se procurer ce formulaire auprès de l'agent de permission de la reproduction, Division du marketing, Statistique Canada, par télécopieur au (613) 951-1134.

Version électronique

Rapports sur la santé est une publication offerte aussi sous forme électronique, fichiers PDF. Il est possible de commander des numéros à l'unité, en utilisant une carte Visa ou MasterCard, à partir du site Web de Statistique Canada, de les télécharger et de les consulter avec l'aide d'Adobe Acrobat Reader. Pour commander un numéro récent de *Rapports sur la santé*, visitez notre site à l'adresse www.statcan.ca. Choisissez « Français » à la page d'accueil, puis « Nos produits et services » à la page suivante. Choisissez ensuite « Parcourir les publications Internet (PDF ou HTML) », « Payantes »; vous trouverez *Rapports sur la santé*, n° 82-003-XIF au catalogue, à la rubrique « Santé ».

Recommandation concernant les citations

La publication *Rapports sur la santé* est inscrite au catalogue de Statistique Canada sous un numéro unique : 82-003-XPF dans le cas de la version sur papier et 82-003-XIF dans le cas de la version électronique française. Ce numéro de catalogue permet de faciliter l'entreposage et la recherche de la publication en bibliothèque, que cela se fasse manuellement ou électroniquement. Ainsi, nous demandons que les auteurs qui citent un article de *Rapports sur la santé* dans d'autres documents publiés incluent le numéro au catalogue dans la citation.

Exemple :

G.F. Parsons, J.F. Gentleman et K.W. Johnston, « Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale : différences selon le sexe », *Rapports sur la santé*, 9(1), 1997, p. 9-18 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Travaux de recherche

Les blessures non mortelles chez les Autochtones 9

Michael Tjepkema

En 2000-2001 et 2003, environ 20 % des Autochtones vivant hors réserve dans les provinces ont déclaré avoir eu une limitation des activités due à une blessure au cours de l'année précédente, comparativement à 14 % des autres résidents des mêmes provinces. Dans les territoires, les taux de blessure des Autochtones et des non-Autochtones ne présentaient guère de différences significatives.

L'allaitement maternel 25

Wayne J. Millar et Heather Maclean

La proportion de mères qui ont tenté d'allaiter leur enfant est passée de 25 % au milieu des années 1960 à 85 % en 2003. Cependant, seulement 17 % des mères ont maintenu un allaitement exclusif pendant au moins six mois, conformément à la recommandation de l'Agence de santé publique du Canada.

Santé en bref

Les passagers de conducteurs en état d'ivresse 37

Claudio E. Pérez

- *En 2000-2001, 4 % des personnes de 12 ans et plus ont déclaré avoir pris place dans un véhicule conduit par une personne ayant trop bu.*
- *Les personnes ayant entre 15 et 29 ans étaient les plus susceptibles d'être le passager d'un conducteur en état d'ivresse.*
- *Près des deux tiers des conducteurs de 16 ans et plus titulaires d'un permis de conduire ont déclaré qu'ils veillaient « toujours » à ce qu'un conducteur soit désigné lors de sorties dans un endroit où de l'alcool sera consommé.*

.....

Le recours aux soins de santé non traditionnels 41

Jungwee Park

- *En 2003, plus de 5 millions de Canadiens, c'est-à-dire environ 20 % de la population de 12 ans et plus, ont déclaré avoir eu recours à des soins de santé non traditionnels l'année précédente.*
- *Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de recourir à des services de soins de santé non traditionnels.*
- *Le recours aux soins de santé non traditionnels tend à augmenter avec le revenu et le niveau de scolarité.*

L'asthme 45

Yue Chen, Helen Johansen, Satha Thillaiampalam et
Christie Sambel

- *Un peu plus de 8 % des personnes de 12 ans et plus, soit 2,2 millions de Canadiens, souffraient d'asthme en 2003.*
- *Au cours de la période de trois ans comprise entre avril 1998 et mars 2001, près de 80 000 personnes ont été hospitalisées pour des motifs liés à l'asthme.*
- *Tant chez les hommes que chez les femmes, le taux de mortalité liée à l'asthme a diminué de façon soutenue depuis 1985.*

**Pour commander
les publications**

..... 53

Information sur les produits et services de la Division de la statistique de la santé, y compris les prix et la façon de commander

The graphic features a dark grey background with white and light grey elements. On the left, there are stylized human figures. The top figure has a rectangular face with a vertical line for a nose and two small squares for eyes. Below it, another figure is partially visible. At the bottom, a large gear is shown with a stylized human profile superimposed on it, suggesting a connection between human health and mechanical or data processes.

Travaux de recherche

Des recherches et des analyses
approfondies effectuées dans les
domaines de la statistique de la
santé et de l'état civil

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Les blessures non mortelles chez les Autochtones

Michael Tjepkema

Résumé

Objectifs

Le présent article compare les taux de blessure non mortelle et les caractéristiques de ces blessures chez les Autochtones de 12 à 64 ans vivant hors réserve et chez les autres Canadiens du même âge. Il fournit aussi des renseignements sur les limitations des activités dues à une blessure.

Sources des données

Les résultats reposent sur les données des cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada. Des renseignements supplémentaires sur les blessures chez les enfants de 11 ans et moins proviennent de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 2000-2001.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont permis de comparer les taux de blessure et les caractéristiques des blessures chez les Autochtones hors réserve et les non-Autochtones résidant dans les provinces et dans les territoires. Pour ces deux populations, des modèles de régression logistique multiple ont été utilisés pour examiner les écarts entre les taux de blessure non mortelle et entre les taux de limitation des activités due à une blessure. Ces modèles ont été exécutés en tenant compte de l'effet de certaines variables démographiques et socioéconomiques.

Principaux résultats

En 2000-2001 et en 2003, environ 20 % des Autochtones hors réserve des provinces ont déclaré une blessure suffisamment grave pour limiter leurs activités normales. Cette proportion est 1,4 fois plus élevée que celle observée parmi les autres résidents des provinces. Quant aux limitations des activités dues à une blessure, le taux dans les provinces est 1,7 fois plus élevé chez les Autochtones que chez les non-Autochtones. Dans les territoires, les taux de blessure et de limitation des activités due à une blessure ne diffèrent pas de façon significative entre les deux groupes.

Mots-clés

Incapacité, indicateurs de l'état de santé, population autochtone.

Auteur

Michael Tjepkema (416-952-4620; Michael.Tjepkema@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, au bureau régional de Toronto, 25 St. Clair Avenue E., Toronto, Ontario, M4T 1M4.

Quatrième au rang des causes principales de décès au Canada¹, les blessures ont d'énormes répercussions sur la société, sans compter leur impact considérable sur le plan économique. Une étude réalisée en 1995-1996 a révélé que le coût des blessures accidentelles graves au Canada s'élevait à près de 9 milliards de dollars². Outre les coûts quantifiables, les blessures peuvent réduire la qualité de la vie en raison de l'anxiété, de la douleur, de l'incapacité et de la limitation des activités qu'elles suscitent³.

Quoiqu'elles soient un important problème de santé chez tous les Canadiens, les blessures semblent toutefois toucher les Autochtones de façon disproportionnée^{4,5}. Comparativement à de nombreux autres problèmes de santé, les blessures accidentelles représentent un plus lourd fardeau pour les collectivités autochtones, notamment en matière de décès, d'hospitalisations et d'utilisation des services de santé.⁶ Une récente étude estime d'ailleurs que les blessures sont la cause principale de décès et une source importante de limitation des activités chez les Autochtones de 1 à 44 ans⁷. Les décès imputables aux blessures seraient en outre nettement plus nombreux chez les Indiens inscrits de la Colombie-Britannique que chez les autres résidents de la province⁸.

Méthodologie

Sources des données

La présente analyse est fondée sur des données provenant des cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada. L'ESCC est conçue pour recueillir tous les deux ans des données transversales sur la santé des Canadiens. Elle a pour champ d'observation la population à domicile de 12 ans et plus des provinces et des territoires, sauf les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. Le premier cycle (1.1) a débuté en septembre 2000 et s'est poursuivi pendant 14 mois. La moitié des entrevues ont été réalisées sur place. Le taux de réponse a été de 84,7 %, ce qui donne un échantillon de 131 535 personnes. Le cycle 2.1 a débuté en janvier 2003 et s'est terminé en décembre de cette même année. Le taux de réponse a été de 80,6 %, ce qui donne un échantillon de 135 573 personnes. La plupart des entrevues ont été réalisées par téléphone. La méthodologie de l'ESCC est décrite dans un rapport publié antérieurement⁹.

L'analyse porte sur les données recueillies auprès des résidents de 12 à 64 ans des provinces et des territoires qui ont indiqué leurs antécédents culturels ou ethniques, c'est-à-dire 106 411 personnes en 2000-2001 et 104 244 en 2003. Les personnes qui n'ont pas indiqué leurs antécédents culturels ou ethniques ont été exclues (843 en 2000-2001 et 2 657 en 2003).

Les données transversales supplémentaires sur les enfants de 11 ans et moins proviennent du quatrième cycle de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) réalisée en 2000-2001. L'ELNEJ est conçue pour recueillir des renseignements sur les facteurs ayant une influence sur le développement social, émotionnel et comportemental des enfants et pour évaluer l'effet de ces facteurs au cours du temps. Les données sont fournies par la personne considérée comme étant celle qui connaît le mieux l'enfant, habituellement la mère. Le cycle 4 de l'ELNEJ réalisé en 2000-2001 a permis de recueillir des données à l'égard de 30 307 enfants de 0 à 17 ans. Des renseignements plus détaillés sur l'enquête figurent dans un rapport publié antérieurement¹⁰.

Des renseignements au sujet de ces enquêtes, y compris le questionnaire de l'ESCC, peuvent être obtenus dans le site Web de Statistique Canada (www.statcan.ca).

Techniques d'analyse

Pour rendre les estimations plus fiables, les données provenant des cycles de 2000-2001 et de 2003 (cycles 1.1 et 2.1) de l'ESCC ont été combinées pour compenser le nombre assez faible de participants autochtones à l'enquête. L'estimation des proportions a été faite d'après les poids d'échantillonnage de l'ESCC, lesquels sont représentatifs de la population cible au moment de la collecte des données (tableaux A et B en annexe). La comparaison des taux de blessure et des caractéristiques des blessures chez les Autochtones vivant hors réserve et chez les non-Autochtones est fondée sur des totalisations croisées. Pour comparer les taux de blessure chez les résidents autochtones et non autochtones des provinces et des territoires, deux modèles de régression logistique multiple ont été utilisés, lesquels tenaient compte de l'effet du sexe, de l'âge, de la résidence en région urbaine ou rurale, de l'état matrimonial, du revenu du ménage, du niveau de scolarité, de la situation quant à l'emploi et du niveau d'activité physique. Les modèles ont été exécutés séparément selon le sexe et le groupe d'âge. La même technique a été appliquée pour comparer la prévalence des limitations des activités dues à une blessure chez les deux populations. En tout, 16 modèles ont été exécutés pour les blessures non mortelles et 14, pour les limitations des activités dues à une blessure.

Lors du cycle du 2000-2001 de l'ESCC, 3 658 personnes ont indiqué être Autochtones d'Amérique du Nord, parmi lesquelles 582 ont mentionné une combinaison d'origines autochtone et non autochtone. Les personnes qui n'ont pas indiqué qu'elles appartenaient à une culture ou à une race autochtone ont été considérées comme étant non autochtones. Lors de l'ESCC de 2003, 4 448 personnes ont indiqué qu'elles étaient Autochtones, ce qui inclut 948 personnes ayant une origine autochtone et non autochtone.

Pour tenir compte de l'effet du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode du *bootstrap*^{11,12}. Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$. Les données n'ont pas été normalisées selon l'âge, mais, lors de la comparaison des taux de blessure et de limitation des activités due à une blessure, on a inclut dans les modèles de régression une variable de contrôle permettant de tenir compte des différences d'âge.

Selon le Recensement de 2001, plus de 70 % de l'ensemble de la population autochtone vit hors réserve¹³. Pourtant, certains travaux de recherche sur les Autochtones du Canada ne semblent pas accorder une juste part à certains groupes, notamment les Métis, les Autochtones établis en région urbaine et les membres des Premières nations qui vivent hors réserve¹⁴. Trop peu d'études ont en outre été consacrées aux blessures chez les Autochtones, lesquelles sont à l'origine du tiers des décès au sein de cette population¹⁴.

Les études portant sur les blessures chez les Autochtones ont tendance à ne pas tenir compte des blessures non mortelles et à se concentrer plutôt sur les blessures mortelles. Le manque de données adéquates sur les blessures chez les Autochtones est considéré comme un obstacle important à la mise en place de programmes de prévention des blessures¹⁵.

Le présent article vise à combler cette lacune en comparant les blessures non mortelles chez deux sous-groupes de la population à domicile du Canada de 12 à 64 ans, à savoir les Autochtones vivant hors réserve et les non-Autochtones. Les résultats sont fondés sur les données regroupées de deux cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), réalisés en 2000-2001 (cycle 1.1) et en 2003 (cycle 2.1). L'article compare les caractéristiques des blessures non mortelles et l'utilisation des services de santé liée au traitement de la blessure chez les deux groupes au sein des provinces et des territoires (voir *Définitions* et *Définition des blessures non mortelles*). Les blessures plus graves, causant une limitation des activités de longue durée (ou une « limitation des activités due à une blessure », sont également examinées (voir *Méthodologie* et *Limites*). Un objectif secondaire est de présenter des renseignements supplémentaires sur les personnes qui sont les plus susceptibles de subir des blessures parmi la population autochtone (voir *Risque de blessure parmi la population autochtone*), ainsi que des données sur les blessures chez les enfants de 11 ans et moins (voir *Blessures chez les enfants*).

Risque plus élevé chez les résidents autochtones des provinces

Selon les cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'ESCC, environ 20 % des Autochtones de 12 à 64 ans vivant hors réserve dans les provinces ont dit avoir subi, l'année qui a précédé l'entrevue de l'enquête, une blessure suffisamment grave pour limiter leurs activités normales, ce qui représente environ 67 000 personnes pour chacune des années. Cette proportion est significativement plus élevée que celle observée pour les autres résidents des provinces qui ont déclaré une telle blessure (14 %). Bien que les estimations fondées sur les données de l'ESCC indiquent que le taux de prévalence des blessures est 1,4 fois plus élevé chez les Autochtones que chez les non-Autochtones résidant dans les provinces, l'écart est plus faible que celui publié par d'autres auteurs^{8,16}. Par exemple, le taux de mortalité due à une blessure est 3,4 fois plus élevé chez les membres inscrits des Premières nations de la Colombie-Britannique que chez les autres résidents de la province⁸. Selon une autre étude, les membres des Premières nations du Manitoba sont 3,7 fois plus susceptibles que les autres Manitobains d'être hospitalisés à cause d'une blessure¹⁶. Cet écart tient vraisemblablement à des différences de définition de l'« appartenance à la population autochtone », ainsi qu'à la gravité des blessures prises en compte.

Le taux plus élevé de blessure au sein de la population autochtone persiste si l'on analyse séparément les données selon le sexe (graphique 1). C'est d'ailleurs ce dont témoignent les résultats d'une autre étude selon laquelle les hommes et les femmes autochtones vivant hors réserve avaient, comparativement à leurs homologues non autochtones, un taux plus élevé d'années potentielles de vie perdues (APVP) liées à des décès dus à des blessures ou à des intoxications⁵.

Une plus forte proportion d'Autochtones de 20 ans et plus que de non-Autochtones du même âge ont déclaré une blessure (graphique 2). Dans le groupe des 12 à 19 ans, le taux de prévalence des blessures est le même au sein des deux populations. Ce résultat s'apparente à ceux d'une étude antérieure selon laquelle le taux de prévalence des blessures chez les enfants autochtones de 14 ans et moins

Définitions

Pour les besoins de la présente analyse, *Autochtone* s'entend uniquement des Autochtones vivant hors réserve qui font partie de la population à domicile. La question suivante a été posée lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : « À quel(s) groupe(s) ethnique(s) ou culturel(s) vos ancêtres appartenaient-ils? (p. ex. : Français, Écossais, Chinois) » L'autre question utilisée pour définir les personnes autochtones dans le contexte du présent article était : « Les gens qui habitent au Canada ont des origines culturelles et raciales très variées. Êtes-vous... Autochtone (Indien(ne) de l'Amérique du Nord, Métis(se) ou Inuit(e)? » La question comportait une liste de 12 catégories et les réponses multiples étaient permises. Les personnes qui ont dit être membres d'une population autochtone d'Amérique du Nord ont été définies comme étant Autochtones dans la présente analyse (voir *Limites*).

Pour les définitions relatives aux blessures, consulter *Définition des blessures non mortelles*.

Cinq *groupes d'âge* ont été définis : 12 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans et 45 à 64 ans. Pour la limitation des activités due à une blessure, les deux premiers groupes d'âge ont été regroupés à cause du petit nombre de personnes ayant déclaré une telle limitation.

Les régions *urbaines* sont celles dont la concentration démographique est d'au moins 1 000 habitants et dont la densité de population est d'au moins 400 habitants par kilomètre carré, d'après les chiffres du recensement de la population le plus récent. Les régions ne satisfaisant pas à ces critères sont considérées comme étant *rurales*.

L'*état matrimonial* comprend les catégories suivantes : marié(e) ou union libre; antérieurement marié(e) (divorcé(e), séparé(e) ou veuf(ve)) et jamais marié(e).

Le *niveau de scolarité* est fondé sur le plus haut niveau d'études atteint : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Les catégories utilisées pour caractériser la *situation quant à l'emploi* sont : a travaillé durant toute l'année précédente, a travaillé pendant une partie de l'année précédente, et n'a pas travaillé l'année précédente.

Les groupes de *revenu du ménage* ont été définis d'après la taille du ménage et le revenu total de ce dernier provenant de toutes les sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4 5 ou plus	Moins de 10 000 \$ Moins de 15 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	10 000 \$ à 14 999 \$ 10 000 \$ à 19 999 \$ 15 000 \$ à 29 999 \$
Moyen	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$ 20 000 \$ à 39 999 \$ 30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$ 40 000 \$ à 79 999 \$ 60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2 3 ou plus	60 000 \$ et plus 80 000 \$ et plus

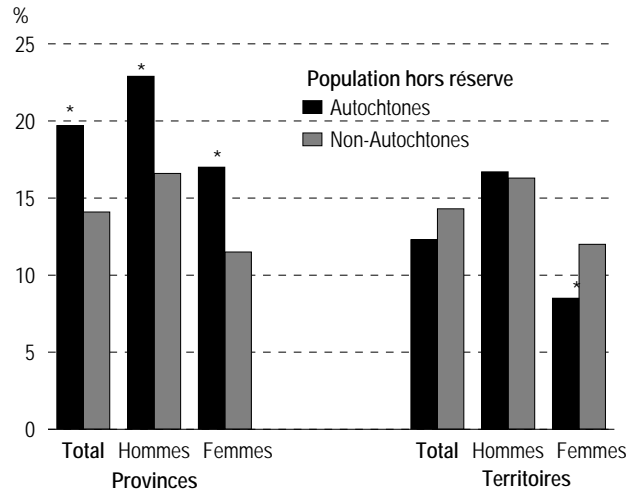
Le *niveau d'activité physique durant les loisirs* a été déterminé en estimant la dépense énergétique (DE) pour chaque activité à laquelle une personne s'adonnait durant les loisirs. Ainsi, le nombre de fois qu'une personne s'adonnait à une activité sur une période de 12 mois a été multiplié par la durée moyenne, exprimée en heures, et par la dépense d'énergie associée à l'activité (kilocalories dépensées par kilo de poids corporel par heure d'activité). Le calcul de la DE quotidienne moyenne pour l'activité en question s'obtient en divisant l'estimation par 365. Le calcul a été répété pour toutes les activités de loisirs déclarées et les estimations résultantes ont été additionnées pour obtenir une DE quotidienne moyenne agrégée. Les personnes dont la DE durant les loisirs était inférieure à 1,5 kcal/kg/jour ont été considérées comme étant physiquement inactives. Celles dont la DE était égale ou supérieure à 1,5 kcal/kg/jour ont été considérées comme étant actives.

vivant hors réserve est à peine plus élevé que celui observé chez les autres enfants du même âge¹⁷ (voir *Blessures chez les enfants*).

Les Autochtones et les non-Autochtones se distinguent par leurs caractéristiques démographiques et socioéconomiques. Ainsi, les

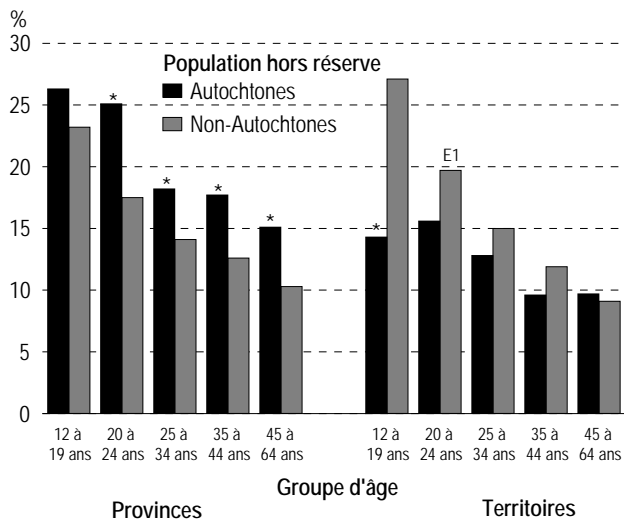
Autochtones ont généralement un revenu plus faible, un moins haut niveau de scolarité et un taux de chômage plus élevé. Leur population est également plus jeune et établie, de façon disproportionnée, dans les régions rurales, les provinces de l'Ouest et les territoires^{13,18}. Ces différences pourraient tenir à

Graphique 1
Pourcentage ayant déclaré une blessure grave l'année précédente, selon le sexe et l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003
* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).

Graphique 2
Pourcentage ayant déclaré une blessure grave l'année précédente, selon le groupe d'âge et l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003
* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).
E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

l'écart observé entre les taux de prévalence des blessures chez ces deux groupes. Pour examiner cette possibilité, les risques de blessure parmi les populations autochtone et non autochtone ont été comparés en tenant compte de l'effet du sexe, de l'âge, de l'état matrimonial, de la résidence en région urbaine ou rurale, du revenu du ménage, du niveau de scolarité, de la situation quant à l'emploi et du niveau d'activité physique durant les loisirs. La variable dépendante est l'existence, l'année qui a précédé l'enquête, d'une blessure qui a eu des répercussions sur les activités normales (voir *Méthodologie*). Même en tenant compte de l'effet de ces variables, le taux de prévalence des blessures demeure plus élevé parmi la population autochtone des provinces (données non présentées). Si la même analyse multivariée est réalisée séparément selon le sexe et le groupe d'âge, la différence persiste tant chez les hommes que chez les femmes, et ce, dans tous les groupes d'âge sauf celui des 12 à 19 ans, pour lequel les taux de prévalence des blessures sont comparables dans les deux groupes de population (données non présentées). Autrement dit, les différences entre certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques n'expliquent pas l'écart entre les taux de prévalence des blessures des Autochtones et des non-Autochtones résidant dans les provinces.

Territoires : taux de blessure plus faible chez les femmes autochtones

Selon les données combinées des cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'ESCC, environ 12 % des Autochtones des territoires ont déclaré avoir subi une blessure grave au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, ce qui représente environ 3 500 personnes par an. Cette proportion est statistiquement équivalente à celle de 14 % observée à l'endroit des autres résidents des territoires (graphique 1). Ces résultats contredisent toutefois ceux d'une autre étude, selon laquelle le risque de mortalité par blessure est plus élevé parmi la population autochtone des Territoires du Nord-Ouest que chez les autres résidents¹⁹. Ce manque de concordance tient vraisemblablement à la comparaison de blessures mortelles et non mortelles. Les études fondées sur la même définition

Risque de blessure parmi la population autochtone

Le risque de subir une blessure n'est pas réparti uniformément au sein d'une population^{20,21}. Ainsi, il est reconnu que le risque de subir des blessures non mortelles est plus grand chez les hommes que chez les femmes et chez les jeunes que chez les personnes âgées²²⁻²⁵. Sont exclues de ces observations les blessures exigeant une hospitalisation, pour lesquelles le risque est également plus élevé chez les personnes âgées²⁶. Peu d'études ont tenté de déterminer quelles sont, parmi la population autochtone vivant hors réserve au Canada, les personnes les plus susceptibles de subir des blessures non mortelles. Autrement dit, les différences observées parmi la population non autochtone existent-elles aussi parmi la population autochtone? Selon les données des cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), le taux de blessure non mortelle est plus élevé chez les Autochtones vivant dans les provinces (20 %) que chez leurs homologues vivant dans les territoires (12 %).

Parmi la population d'hommes autochtones des provinces, 23 % ont déclaré avoir subi une blessure grave au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, comparativement à 17 % des femmes autochtones. Il en est de même de la population autochtone des territoires : le taux de blessure était plus élevé chez les hommes (17 %) que chez les femmes (9 %). Ces profils reflètent vraisemblablement la participation des hommes à des activités à plus grands risques (sports, par exemple) et leur emploi dans des professions comportant plus de risques^{23,27}.

Parmi la population autochtone des provinces, 26 % des 12 à 19 ans et 25 % des 20 à 24 ans ont déclaré une blessure grave, comparativement à 15 % des 45 à 64 ans. Dans les territoires, les chiffres correspondants sont 14 % et 16 % pour les deux groupes de jeunes par opposition à 10 % pour le groupe plus âgé.

Tant dans les provinces que dans les territoires, les Autochtones de 25 à 64 ans qui étaient célibataires (jamais mariés) avaient un taux plus élevé de blessure grave que ceux qui étaient mariés ou vivaient en union libre. Être physiquement actif augmente aussi le risque de subir une blessure. D'autres variables, comme la résidence en région urbaine ou rurale, le niveau de scolarité, la situation quant à l'emploi et le revenu du ménage ne sont pas corrélées aux blessures. Les résultats des études sur l'association entre le revenu et les blessures non mortelles sont contradictoires, la plupart indiquant soit une absence d'association soit une association positive^{22,27-29}. Ces études pourraient refléter une fréquence croissante des occasions de s'adonner à des activités récréatives et de plein air éventuellement plus dangereuses, parallèlement à l'accroissement du revenu.

En plus des questions sur les blessures graves, on a demandé aux participants à l'ESCC s'ils présentaient une limitation des activités qui avait duré ou qui devrait durer au moins six mois et qui avait été causée par une blessure (voir *Définitions*). D'après les données de l'ESCC, le taux de limitation des activités due à une blessure est plus élevé chez les Autochtones résidant dans les provinces (12 %) que chez leurs homologues des territoires (8 %).

La limitation des activités due à une blessure est plus fréquente chez les hommes autochtones des provinces que chez leurs homologues féminins (14 % contre 10 %). Cet écart entre les hommes et les femmes s'observe également chez les Autochtones vivant dans les territoires, soit 11 % contre 6 %.

L'âge est aussi un facteur important. Dans les provinces, plus de 17 % des Autochtones de 35 à 64 ans avaient une limitation des activités due à une blessure, proportion nettement plus élevée que celles observées dans les groupes d'âge plus jeunes. Un profil comparable se dégage pour les Autochtones résidant dans les territoires. Même si l'analyse indique que les jeunes Autochtones courent un plus grand risque que les autres de subir une blessure grave, le résultat concernant la limitation des activités due à une blessure est celui attendu, étant donné le caractère cumulatif de telles limitations au cours de la vie d'une personne²².

Tant dans les provinces que dans les territoires, le taux de limitation des activités due à une blessure est plus élevé chez les Autochtones de 25 à 64 ans n'ayant pas travaillé l'année précédente que chez ceux qui avaient travaillé toute cette année-là, ce qui pourrait signifier qu'ils étaient incapables de travailler à cause de leur limitation.

Pourcentage d'Autochtones vivant hors réserve ayant déclaré une blessure grave l'année précédente ou une limitation des activités due à une blessure, population à domicile de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées

	Blessure grave l'année précédente		Limitation des activités due à une blessure	
	Provinces	Terri-toires	Provinces	Terri-toires
	%	%	%	%
Total	19,7	12,3	12,3	8,4
Sexe				
Hommes	22,9*	16,7*	14,4*	10,7*
Femmes [†]	16,9	8,5	10,4	6,3
Groupe d'âge				
12 à 19 ans	26,3*	14,3*	...	...
20 à 24 ans	25,1*	15,6*	...	...
12 à 24 ans	...	...	5,8 ^{E1}	5,2 ^{E1}
25 à 34 ans	18,2	12,8	9,6*	6,8*
35 à 44 ans	17,7	9,6	19,5	11,1
45 à 64 ans [‡]	15,0	9,7	16,7	14,1 ^{E1}
Résidence				
Région urbaine [†]	20,0	14,6	11,6	8,0 ^{E1}
Région rurale	18,9	11,0	14,4	8,5
État matrimonial[†]				
Marié(e)/union libre [†]	15,1	8,0	14,6	10,8
Marié(e) antérieurement	16,6	11,1 ^{E1}	20,3	11,4 ^{E2}
Jamais marié(e)	21,8*	17,4*	13,8	8,7 ^{E1}
Niveau de scolarité[†]				
Pas de diplôme d'études secondaires [†]	15,8	9,1	15,2	9,4
Diplôme d'études secondaires	13,1	13,3 ^{E2}	15,5 ^{E1}	F
Études postsecondaires partielles	16,3 ^{E1}	13,4 ^{E2}	16,4 ^{E1}	F
Diplôme d'études postsecondaires	19,1	11,9	14,8	12,7
Situation quant à l'emploi[†]				
A travaillé tout l'année précédente	17,5	9,9	11,9	8,3*
A travaillé une partie de l'année précédente	18,6	13,6	18,9*	11,7
N'a pas travaillé l'année précédente [†]	14,6	7,9 ^{E1}	18,0*	13,1
Revenu du ménage				
Inférieur	18,6	12,2	15,6 ^{E1}	5,6 ^{*E1}
Moyen-inférieur	17,0	10,2 ^{E2}	10,8	7,0 ^{E1}
Moyen	17,5	11,0	12,0	8,0 ^{E1}
Moyen-supérieur	22,3	13,7 ^{E1}	12,2	7,1 ^{E1}
Supérieur [†]	17,9	13,6	15,5	11,6 ^{E1}
Activité durant les loisirs				
Actif(ve)	22,2*	15,5*	11,7	9,5
Inactif(ve) [†]	17,9	10,3	13,2	7,9

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

[†] Catégorie de référence.

[‡] Groupe des 25 à 64 ans.

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ou taille de l'échantillon inférieure à 10.

... N'ayant pas lieu de figurer.

d'une blessure que celle utilisée pour la présente analyse révèlent que la population autochtone des territoires est moins susceptible que les autres résidents de déclarer une blessure³⁰.

Dans les territoires, la proportion d'hommes qui ont déclaré une blessure grave ne varie pas selon l'appartenance à la population autochtone. Par contre, une proportion plus faible de femmes autochtones que d'autres femmes résidant dans les territoires ont déclaré une blessure grave (graphique 1). Seuls les Autochtones de 12 à 19 ans ont un risque plus faible de subir une blessure que les autres résidents des territoires du même âge; pour les autres groupes d'âge, les taux déclarés de blessure ne diffèrent pas significativement pour les deux populations (graphique 2). Les plus faibles taux de blessure associés aux femmes autochtones et aux Autochtones de 12 à 19 ans persistent même en tenant compte de l'effet d'autres facteurs (données non présentées), ce qui donne à penser que les caractéristiques mesurées dans ces modèles n'expliquent pas les écarts entre les taux de blessure. Les résultats pour les hommes et pour tous les autres groupes d'âge demeurent statistiquement semblables pour les deux groupes lorsqu'on tient compte de l'effet de ces autres facteurs (données non présentées).

Plus d'une blessure

Certaines personnes qui ont déclaré avoir été victime d'une blessure grave au cours de la dernière année en avaient subi plus d'une. Par exemple, 22 % des Autochtones résidant dans les provinces ayant dit s'être blessés ont déclaré au moins deux blessures limitant leurs activités, tout comme l'ont fait 21 % des autres résidents des provinces. Les chiffres correspondants associés aux deux sous-groupes de population des territoires sont respectivement 24 % et 25 %.

Genre de blessures

Les participants à l'ESCC qui avaient subi une blessure ont été invités à fournir des renseignements détaillés sur leur blessure la plus récente. Ils devaient ainsi préciser le genre de blessure, la partie du corps

atteinte et l'activité à laquelle ils s'adonnaient lorsqu'ils ont été blessés (voir *Définition des blessures non mortelles*). Les personnes qui ont dit avoir subi plus d'une blessure ont été priées de fournir cette information pour la blessure la plus grave. Ainsi, les entorses et les foulures sont les blessures les plus courantes observées chez les Autochtones et chez les non-Autochtones des provinces, mais les Autochtones sont touchés dans une moindre mesure (tableau 1). Les fractures et les coupures ou les perforations sont également des blessures courantes chez les deux groupes.

Les parties du corps atteintes ne diffèrent pas significativement parmi les deux groupes provinciaux étudiés. Pour chacun, les parties du corps les plus fréquemment blessées sont la main ou le poignet et la cheville ou le pied, chacune représentant au moins le cinquième de l'ensemble des blessures.

Selon l'analyse, 28 % des Autochtones ayant subi une blessure ont dit qu'elle avait eu lieu durant une activité sportive ou en faisant de l'exercice, et 21 % ont mentionné une activité professionnelle, proportions qui sont toutes deux significativement plus faibles que celles observées parmi les résidents non autochtones ayant subi une blessure. Les Autochtones sont plus susceptibles que les autres résidents des provinces de déclarer s'être blessés durant les loisirs ou un passe-temps, ou durant d'autres activités. Chez les deux populations, les blessures reliées aux activités sportives ou professionnelles sont les plus courantes, comme l'indiquent d'autres études²⁴.

En général, dans les territoires, les caractéristiques des blessures sont les mêmes pour la population autochtone comme pour la population non autochtone. Cependant, la plus forte proportion de blessures survenues durant les loisirs ou un passe-temps parmi les Autochtones tient de l'exception (tableau 1). Étant donné la petite taille des échantillons, les écarts doivent être importants pour être considérés comme étant statistiquement significatifs (voir *Limites*).

Définition des blessures non mortelles

Le présent article est fondé sur des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les participants à l'enquête devaient répondre à une série de questions sur les *blessures non mortelles*, en commençant par : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une blessure suffisamment grave pour limiter vos activités normales? ». Les personnes qui ont répondu « oui » ont été considérées comme ayant subi une *blessure grave*. Les personnes qui ont déclaré plus d'une blessure de ce genre devaient fournir des renseignements sur la plus grave.

Six groupes ont été définis pour le *genre de blessure* : fracture; brûlure, brûlure chimique; foulure ou entorse; coupure, perforation, morsure d'animal; éraflure, meurtrissure, cloque; et « autre ».

Sept catégories décrivent la *partie du corps* atteinte : tête ou cou (sauf les yeux); épaule, bras ou coude; poignet ou main; cuisse, jambe, genou; cheville ou pied; dos ou colonne vertébrale; et toutes les autres parties du corps.

Les personnes interrogées ont été invitées à indiquer le *lieu de la blessure*. À cet égard, les réponses ont été regroupées comme suit : dans la maison ou aux alentours; école, collège ou université (sauf les aires de sports); aires de sports ou d'athlétisme (y compris les aires de sports des écoles); rue, autoroute, trottoir; zone commerciale (p. ex., magasin, restaurant, immeuble de bureaux, gare de transport); zone industrielle ou de construction; et tous les autres lieux.

L'*activité au moment de la blessure* a été déterminée en demandant aux personnes interrogées ce qu'elles faisaient lorsqu'elles ont été blessées : sports ou exercice physique (y compris les activités scolaires); loisirs ou passe-temps (y compris le bénévolat); travail rémunéré (y compris les déplacements pour se rendre au travail ou rentrer chez soi); tâche ménagère, autre travail non rémunéré ou éducation; et autres activités.

La *cause de la blessure* a été déterminée au moyen de deux questions : « La blessure a-t-elle été causée par une chute? » et « Quelle a été la cause de la blessure? ». Les huit catégories qui suivent ont été utilisées : chute; accident de transport; frappé, poussé, mordu, etc. accidentellement par une personne ou par un animal; heurté ou écrasé accidentellement par un objet; contact accidentel avec une machine, un objet ou un outil tranchant ou contact accidentel avec un objet, un liquide ou un gaz chaud; exercice trop intensif ou mouvement ardu; agression; ou toute autre cause.

La question suivante a en outre été posée aux participants à l'ESCC de 2000-2001 : « Suite à cette blessure, avez-vous reçu des soins médicaux d'un professionnel de la santé dans les 48 heures qui ont suivi? ». En 2003, l'énoncé de la question sur le traitement était légèrement différent : « Avez-vous reçu des soins médicaux prodigués par un professionnel de la santé dans les 48 heures suivant la blessure? ». Les personnes qui ont répondu « oui » à l'une ou l'autre question se sont fait lire une liste d'emplacements possibles : cabinet du médecin, salle d'urgence d'un hôpital, clinique sans rendez-vous et « autre » emplacement. Les personnes interrogées pouvaient mentionner plus d'un emplacement.

Lors de l'ESCC de 2000-2001, les intervieweurs ont lu le préambule qui suit concernant la *limitation des activités due à une blessure* : « Les questions suivantes portent sur toute limitation découlant de l'état de santé qui a une influence sur les activités quotidiennes. Dans ces questions, on entend par « problème de santé de longue durée » un état qui persiste ou qui devrait persister six mois ou plus. ». Pour le cycle de 2003, l'énoncé était : « Les questions suivantes portent sur toute limitation *actuelle* dans vos activités quotidiennes causée par un état ou un problème de santé de longue durée. Pour ces questions, on entend par « problème de santé de longue durée » un état qui dure ou qui devrait durer six mois ou plus. ». Les questions suivantes ont été posées lors des deux cycles de l'enquête : « Avez-vous de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à vous pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables? », « Est-ce qu'un état physique ou un état mental ou un problème de santé de longue durée réduit la quantité ou le genre d'activités que vous pouvez faire : à la maison, au travail, à l'école, dans d'autres activités (p. ex. dans les déplacements ou les loisirs)? ». Les personnes qui ont répondu « oui – souvent » ou « oui – parfois » à l'une de ces questions se sont en outre vu demander : « Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la cause du problème de santé? ». La présente analyse porte sur la *limitation des activités due à une blessure* survenue à la maison, durant des activités sportives ou récréatives, et reliée au travail ou à un véhicule automobile (ESCC de 2000-2001), ou à un accident survenu à la maison ou au travail, impliquant un véhicule automobile, ou tout autre type d'accident (ESCC de 2003).

Limites

Comme il en est de toutes les données autodéclarées, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) sont sujettes à des erreurs de remémoration des faits et de compréhension des questions. En outre, les différences culturelles entre les populations autochtone et non autochtone pourraient influencer les résultats. Plusieurs études ont montré que l'interprétation des questions et la volonté de répondre aux questions délicates varient selon le groupe culturel³¹⁻³⁵, mais nul ne connaît l'importance de ce biais de déclaration.

La gravité des blessures n'a pas été évaluée; par conséquent, des blessures de niveaux de gravité différents ont été regroupées, ce qui pourrait masquer certaines associations puisque, selon certaines études, les blessures graves ne sont pas associées aux mêmes facteurs de risque que les blessures moins graves²⁸.

La taille de l'échantillon d'Autochtones de l'ESCC est faible, de sorte que la précision des estimations est limitée et que les écarts entre deux estimations ou les rapports de cotes doivent être grands pour être statistiquement significatifs. Par conséquent, certains écarts et certains rapports de cotes sont grands, mais non significatifs.

L'information sur les personnes de 65 ans et plus n'a pu être incluse, à cause du petit nombre de participants autochtones appartenant à ce groupe d'âge qui ont déclaré une blessure.

La mesure dans laquelle les Autochtones qui ont répondu à l'ESCC représentent l'ensemble de la population autochtone vivant hors réserve au Canada n'est pas connue. Seules les personnes qui ont indiqué que leurs antécédents culturels et raciaux étaient « Autochtones d'Amérique du Nord » sont considérées comme étant Autochtones. Les personnes qui n'ont pas déclaré leurs antécédents culturels et raciaux ont été exclues de l'analyse. Certaines études ont montré que l'opinion qu'ont les gens de leurs antécédents évolue avec le temps^{36,37}. En outre, une personne pourrait avoir de nombreuses raisons de ne pas divulguer sa culture ou sa race.

Le regroupement des trois groupes autochtones reconnus, à savoir les Indiens d'Amérique du Nord, les Métis et les Inuits, est une mesure grossière de l'ethnicité³⁸, et il serait préférable d'analyser les données sur ces groupes séparément, parce que chacun possède sa propre histoire et sa propre culture. Malheureusement, les données de l'ESCC ne le permettent pas.

La population autochtone, telle qu'évaluée dans le cadre de l'ESCC, n'est pas strictement comparable à la population autochtone

évaluée dans le cadre du recensement (1996, 2001) ou de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2001, à cause des définitions différentes du terme autochtone. Le recensement et l'EAPA font appel à un concept d'identité, tandis que l'ESCC utilise un concept de race/culture. Dans le cas du recensement et de l'EAPA, l'identité autochtone s'entend des personnes qui ont déclaré : 1) être Indiens d'Amérique du Nord, Métis et/ou Inuits, et/ou 2) avoir le statut d'Indien inscrit tel que défini par la *Loi sur les Indiens*, et/ou 3) appartenir à une bande ou à une Première nation. Par conséquent, les nuances dans la façon de définir la population autochtone peuvent donner lieu à des populations cibles légèrement différentes.

Les données provenant de l'EAPA n'ont pas été utilisées dans la présente analyse, parce qu'aucun renseignement n'a été recueilli dans le cadre de cette enquête sur les blessures subies par les personnes de 15 ans et plus. En outre, bien que des questions sur les limitations des activités aient été posées, celles-ci ne permettent pas de déterminer si la limitation des activités est causée par une blessure.

De même, les données provenant de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001 n'ont pas été utilisées dans la présente analyse pour plusieurs raisons. Lors de cette enquête, seuls des renseignements sur les blessures ayant causé une limitation des activités ont été recueillis. Bien qu'il soit possible d'utiliser les données de l'EPLA pour analyser les limitations des activités dues à une blessure, l'enquête ne fournit pas de renseignements pour les territoires, et la définition du terme autochtone diffère de celle utilisée dans l'ESCC (voir *Définitions*). Or par souci d'uniformité des définitions, les données de l'EPLA n'ont pas été utilisées dans la présente analyse.

Les modèles de régression logistique utilisés pour comparer les taux de blessure et de limitation des activités causée par une blessure chez les Autochtones et les non-Autochtones indiquent la persistance d'un effet confusionnel résiduel du statut socioéconomique. D'autres études donnent à penser qu'il convient d'utiliser autant de variables socioéconomiques différentes que possible afin de réduire tout effet confusionnel résiduel²⁹.

Comme les données de l'ESCC sont transversales, aucune relation temporelle ni causale ne peut être inférée.

Tableau 1

Caractéristiques et circonstances de la blessure, selon l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans ayant subi une blessure grave l'année précédente, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées

	Provinces		Territoires	
	Autochtones	Non-Autochtones	Autochtones	Non-Autochtones
	%	%	%	%
Genre de blessure				
Foulure ou entorse	38,7*	43,8	39,1	41,3
Fracture	20,5	17,7	21,9	15,8
Coupure, perforation, morsure d'animal	14,5	13,1	12,4 ^{E1}	15,3
Éraflure, meurtrissure, cloque	7,5	5,7	7,1 ^{E1}	8,5 ^{E2}
Brûlure, brûlure chimique	2,4 ^{E1}	3,4	F	2,5 ^{E2}
Autre	16,4	16,2	17,5 ^{E1}	16,5
Partie du corps atteinte				
Cheville ou pied	21,2	22,2	25,8	23,6
Poignet ou main	22,7	20,7	15,6 ^{E1}	21,4
Cuisse, genou, jambe	14,6	14,0	18,8*	12,1
Dos ou colonne vertébrale	11,5	13,8	10,1 ^{E1}	12,2
Épaule, bras, coude	11,2	12,0	12,0 ^{E1}	13,7 ^{E1}
Tête ou cou (sauf les yeux)	7,2 ^{E1}	6,3	8,3 ^{E1}	5,7 ^{E1}
Autre	11,6	11,0	9,3 ^{E1}	11,3 ^{E1}
Activité au moment de la blessure				
Sports ou exercice physique	28,0*	33,4	34,3	39,1
Travail rémunéré	21,2*	26,0	17,1*	25,1
Tâches ménagères	14,4	15,7	9,0	13,4 ^{E1}
Loisirs ou passe-temps	18,4*	12,8	26,3*	14,5
Autre	17,9*	12,2	13,3 ^{E1}	7,9 ^{E2}
Endroit où a eu lieu la blessure				
Dans la maison ou aux alentours	32,2	30,4	28,5	29,3
Aires de sports ou d'athlétisme	18,3*	24,9	25,3	29,0
Rue, autoroute, trottoir	16,1*	11,2	15,8	11,7 ^{E1}
Zone commerciale	9,6	8,7	4,4 ^{E2}	9,2 ^{E1}
Zone industrielle ou de construction	9,0	8,0	5,4 ^{E1}	6,4 ^{E1}
École (sauf les aires de sports)	4,6 ^{E1}	5,0	7,5 ^{E2}	5,0 ^{E1}
Autre	10,2	11,8	13,0 ^{E1}	9,5
Cause de la blessure				
Chute	39,3	36,2	37,8	37,4
Exercice trop intensif ou mouvement ardu	15,9*	20,7	21,1	22,2
Contact accidentel avec un objet tranchant ou chaud	10,4	12,7	6,2 ^{E1}	9,9
Heurté(e) accidentellement par un objet	9,1 ^{E1}	8,4	7,4 ^{E1}	8,6 ^{E1}
Frappé(e) ou mordu(e) accidentellement par une personne ou un animal	6,0 ^{E2}	6,6	9,2 ^{E1}	7,6 ^{E2}
Accident de transport	7,6 ^{E1}	6,4	5,1 ^{E1}	F
Agression	5,5 ^{E2}	1,6	F	F
Autre	6,2 ^{E1}	7,4	8,8 ^{E1}	7,6 ^{E1}

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas être égale à 100 %.
* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ou taille de l'échantillon inférieure à 10.

Lieu et cause

Dans les provinces, environ le tiers des blessures sont survenues dans la maison ou autour de celle-ci, aussi bien chez les Autochtones que chez les non-Autochtones (tableau 1). Cependant, les Autochtones sont plus susceptibles que les autres résidents des provinces de déclarer avoir subi une blessure dans une rue, sur une autoroute ou sur un trottoir (16 % contre 11 %). Environ 18 % des blessures subies par les Autochtones sont survenues dans des aires de sports ou d'athlétisme, proportion plus faible que celle observée parmi les non-Autochtones.

Les causes des blessures sont généralement les mêmes chez les Autochtones et chez les non-Autochtones. Les chutes constituent la cause la plus courante, étant à l'origine de 39 % des blessures parmi la population autochtone des provinces. La proportion de blessures attribuées à un exercice trop intensif est plus faible chez les Autochtones que chez les autres résidents des provinces, tandis que la proportion de blessures causées par une agression est plus élevée.

Tableau 2

Traitement de la blessure et lieu du traitement, selon l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans ayant subi une blessure grave l'année précédente, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées

	Provinces		Territoires	
	Autochtones	Non-Autochtones	Autochtones	Non-Autochtones
	%	%	%	%
Blessure traitée dans les 48 heures	65,9	62,3	58,8	60,3
Lieu du traitement[†]				
Salle d'urgence	62,2*	54,0	44,5*	58,5
Cabinet du médecin	15,1*	21,1	F	16,5 ^{E1}
Clinique sans rendez-vous	13,0 ^{E1}	13,0	F	F
Autre	12,3 ^{E1}	14,3	48,2*	21,6
Hospitalisation pour la nuit	12,5 ^{E1}	6,4	15,2 ^{E1}	8,4 ^{E1}

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

† Un traitement pourrait avoir été reçu à plus d'un endroit.

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ou taille de l'échantillon inférieure à 10.

La majorité des victimes se font soigner

La majorité des personnes qui avaient subi une blessure grave au cours de la dernière année se sont fait traiter par un professionnel de la santé dans les 48 heures, indépendamment de l'appartenance à une population autochtone ou de l'emplacement géographique (tableau 2).

Dans les provinces, les Autochtones sont plus susceptibles que les non-Autochtones de recevoir des soins au service de l'urgence d'un hôpital et moins susceptibles de se rendre au cabinet d'un médecin. Dans les territoires, la situation est inverse : les non-Autochtones sont plus susceptibles d'être traités au service de l'urgence, tandis que les Autochtones sont plus susceptibles d'être traités en dehors d'un hôpital. Ces différences tiennent vraisemblablement au mode de prestation des soins de santé dans les territoires. À part les régions urbaines, dans les collectivités du Nord, les soins de santé sont habituellement prodigués dans des postes de soins infirmiers ou des centres de santé³⁰.

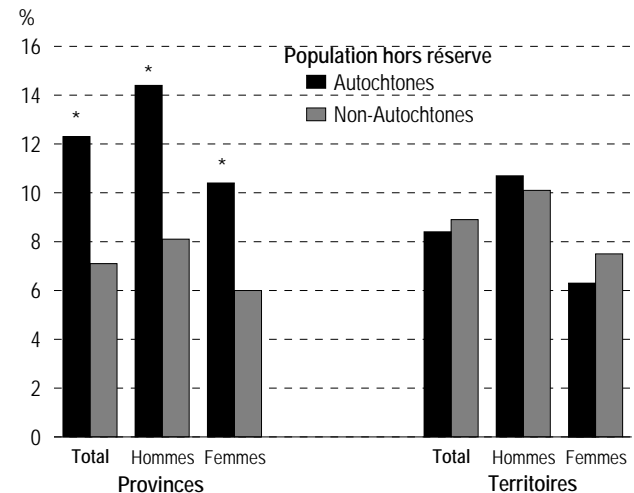
Les données sur les hospitalisations indiquent que les blessures subies par les Autochtones pourraient être plus graves que celles subies par les non-Autochtones. Tant dans les provinces que dans les territoires, les Autochtones qui ont demandé une aide médicale pour leurs blessures étaient plus susceptibles d'avoir été hospitalisés pour la nuit que leurs homologues non autochtones.

Limitation des activités due à une blessure

Les participants à l'ESCC se sont vu demander s'ils présentaient une limitation des activités qui avait persisté ou qui devrait persister six mois ou plus et qui avait été causée par une blessure (voir *Définitions*). Selon les cycles de 2000-2001 et de 2003 de l'ESCC, 12 % des Autochtones vivant hors réserve dans les provinces (41 400 personnes en moyenne) ont déclaré une limitation des activités due à une blessure. Cette proportion est 1,7 fois plus élevée que celle de 7 % observée pour la population non autochtone des provinces. En outre, l'examen des limitations des activités dues à une blessure selon le sexe révèle un taux systématiquement plus élevé pour les Autochtones (graphique 3), comme en

Graphique 3

Pourcentage ayant déclaré une limitation des activités due à une blessure, selon le sexe et l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées

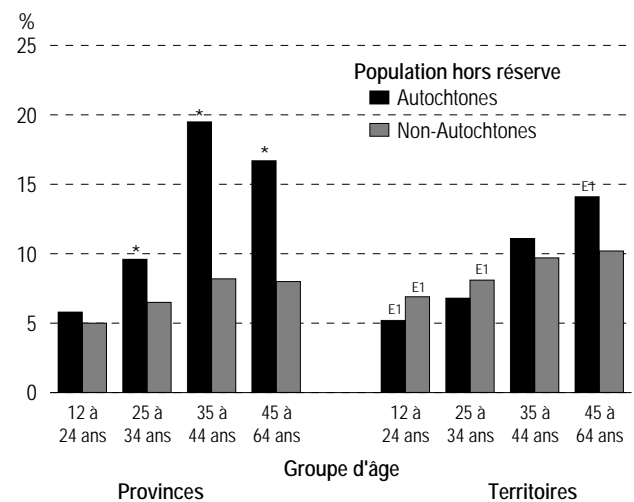


Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).

Graphique 4

Pourcentage ayant déclaré une limitation des activités due à une blessure, selon le groupe d'âge et l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

Blessures chez les enfants

D'après l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 2000-2001 (voir *Méthodologie*), environ 12 % des enfants autochtones de 11 ans et moins résidant hors réserve dans les provinces avaient subi, l'année dernière, une blessure suffisamment grave pour nécessiter des soins médicaux. Cette proportion est statistiquement semblable aux 10 % déclarés à l'endroit des enfants non autochtones résidant dans les provinces, comme en témoignent aussi les résultats d'une autre étude¹⁷.

Une plus forte proportion de garçons que de filles autochtones ont été blessés, soit 14 % contre 9 %. Pour les deux sexes confondus, 9 % des enfants de 4 ans et moins avaient subi une blessure l'année dernière, de même que 14 % des enfants de 5 à 11 ans. Quel que soit l'âge, la proportion des enfants autochtones ayant subi une blessure grave ne diffère pas significativement de la proportion des enfants non autochtones dans la même situation (données non présentées; le coefficient de variation de toutes les estimations pour les enfants autochtones est compris entre 16,6 % et 33,3 %). Comme l'échantillon de participants autochtones est petit, les écarts entre les estimations doivent être importants pour être considérés comme étant statistiquement significatifs (voir *Limites*).

L'ELNEJ comportait une question au sujet des blessures subies au cours des 12 derniers mois qui s'étaient avérées suffisamment graves pour exiger les soins d'un médecin, d'une infirmière ou d'un dentiste, comme par exemple une fracture, une coupure profonde, une brûlure grave, une blessure à la tête, un empoisonnement ou une entorse à la cheville.

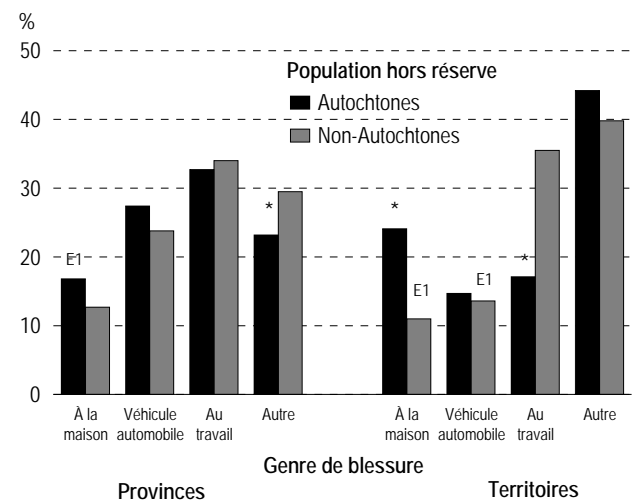
Pour déterminer quels enfants étaient autochtones, on s'est fondé sur la réponse (habituellement d'un des parents) à la question : « Comment décririez-vous le mieux sa race ou sa couleur? ». Dans le cadre de L'ELNEJ, les Indiens de l'Amérique du Nord, les Métis et les Inuits sont considérés comme étant autochtones.

témoignent certains travaux de recherche antérieurs³⁹. Dans les territoires, 8 % des Autochtones (environ 2 400 résidents) ont déclaré ce genre de blessure invalidante, taux statistiquement comparable à celui obtenu à l'endroit des résidents non autochtones. Qui plus est, les taux de limitation des activités due à une blessure ne diffèrent ni selon le sexe ni selon le groupe d'âge dans les territoires (graphiques 3 et 4).

En revanche, dans les provinces, l'écart entre les deux populations varie selon l'âge en ce qui a trait aux limitations des activités dues à une blessure, particulièrement dans le groupe des 35 à 64 ans. Le risque global de limitation des activités due à une blessure demeure plus élevé parmi la population autochtone si l'on tient compte de l'effet de l'âge, du sexe et des variables démographiques et socioéconomiques, ce qui indique que la différence entre les taux n'est pas attribuable à ces facteurs (données non présentées). Le modèle a été exécuté séparément pour chaque sexe et groupe d'âge, et des écarts entre les risques de limitation des activités due à une blessure ont été observés chez les deux sexes et parmi tous les groupes d'âge à compter de 35 ans et plus. Dans le groupe des 12 à 34 ans, aucun écart significatif n'existe entre les deux populations (données non présentées). L'application de la même technique d'analyse aux données sur les territoires n'a révélé aucun changement (données non présentées).

Graphique 5

Limitation des activités due à une blessure, selon l'endroit où s'est produite la blessure et l'appartenance à la population autochtone, population à domicile hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la population non autochtone ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

Dans les territoires, 24 % des limitations des activités dues à une blessure déclarées par la population autochtone avaient pour cause un accident survenu à la maison, proportion significativement plus forte que les 11 % observés pour les non-Autochtones. Les limitations des activités dues à une blessure causée par un accident survenu au travail étaient nettement plus courantes chez les non-Autochtones (graphique 5).

Mot de la fin

Au début des années 2000, l'écart entre les taux de blessure non mortelle observés chez les Autochtones et les non-Autochtones variait selon le sexe, l'âge et la région géographique. En ce qui concerne les blessures graves, l'écart entre les taux de blessure chez les populations autochtone et non autochtone est manifeste dans les provinces, mais non dans les territoires. Cependant, un examen plus approfondi des données révèle que la nature et les circonstances des blessures ne sont pas les mêmes pour les deux populations.

Comme l'indique le taux plus élevé de limitation des activités due à une blessure, les conséquences des blessures sont plus graves chez les Autochtones que les autres résidents des provinces. Plus précisément, le taux de limitation des activités due à une blessure est plus élevé chez la population autochtone des provinces, écart qui se manifeste après l'âge de 24 ans. Dans les territoires, l'impact des blessures est le même chez les Autochtones comme chez les non-Autochtones. Il ne s'agit cependant que d'une partie du tableau, car des études antérieures ont porté à conclure que, dans les territoires, la mortalité par blessure est plus forte chez les Autochtones que chez les autres résidents¹⁹.

Les taux plus élevés de blessure et de limitation des activités due à une blessure observés au sein de la population autochtone des provinces témoignent de la prévalence marquée des blessures parmi cette population et des conséquences qu'elles peuvent avoir, information qui pourrait être précieuse pour planifier les programmes de prévention des blessures. ●

Références

1. Statistique Canada, *Les principales causes de décès à différents âges, 1999*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2001 (Statistique Canada, n° 84-503 au catalogue).
2. The Hygeia Group, *The Economic Burden of Unintentional Injury in Canada*, Toronto, Smart Risk Foundation, 1998.
3. Santé Canada, *Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles : 1990-1999*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001 (n° H35-4/8-1999 au catalogue).
4. F. Trovato, « Canadian Indian mortality during the 1980's », *Social Biology*, 47(1-2), 2000, p. 135-145.
5. Y.E. Allard, R. Wilkins et J.M. Berthelot, « Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone », *Rapports sur la santé*, 15(1), 2004, p. 55-66 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. Institut de la santé des Autochtones, *Appel de demandes : Blessures et accidents*, Ottawa, Institut de recherche en santé du Canada, 2003.
7. Santé Canada, *Profil statistique de la santé des premières nations au Canada*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003.
8. British Columbia Vital Statistics Agency, *Regional Analysis of Health Statistics for Status Indians in British Columbia 1991-1999. Birth Related and Mortality Summaries for British Columbia and 20 Health Regions*, Victoria, Colombie-Britannique, gouvernement de la Colombie-Britannique, 2001.
9. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. Statistique Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes : Aperçu du matériel d'enquête pour la collecte des données de 2000-2001, Cycle 4*, Ottawa, 2004 (Statistique Canada, n° 89F0078 au catalogue).
11. J.N.K. Rao, G.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).
12. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
13. Statistique Canada, *Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 – premiers résultats, bien-être de la population autochtone vivant hors réserve : un profil démographique*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2003 (Statistique Canada, n° 86-589 au catalogue).

14. T.K. Young, « Review of research on aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs », *British Medical Journal*, 327, 2003, p. 419-422.
15. A.M. Auer et R. Andersson, « Canadian Aboriginal communities: a framework for injury surveillance », *Health Promotion International*, 16(2), 2001, p. 169-177.
16. P. Martens, R. Bond, L. Jebamani *et al.*, *The Health and Health Care Use of Registered First Nations People Living in Manitoba: A Population-Based Study*, Winnipeg, Manitoba, Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba, 2002.
17. Statistique Canada, *Un portrait des enfants autochtones vivant hors réserve : résultats de l'Enquête auprès de peuples autochtones de 2001*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 2004 (Statistique Canada, n° 89-597 au catalogue).
18. M. Tjepkema, « La santé des Autochtones vivant hors réserve », *Rapports sur la santé*, 13(supplément), 2002, p. 81-97 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
19. D. Mo, « Injury mortality risk assessment and targeting the subpopulations for prevention in the Northwest Territories, Canada », *International Journal of Circumpolar Health*, 60(3), 2001, p. 391-399.
20. Gouvernement de l'Ontario, *2002 Chief Medical Officer of Health Report. Injury: Predictable and Preventable*, disponible à : www.gov.on.ca/health.
21. P. Barss, G.S. Smith, S. Baker *et al.*, « Determinants of injury », *Injury Prevention: An International Perspective. Epidemiology, Surveillance, and Policy*, New York, Oxford University Press, 1998, p. 75-101.
22. E. Plugge, S. Stewart-Brown, M. Knight *et al.*, « Injury morbidity in 18-64 year-olds: impact and risk factors », *Journal of Public Health Medicine*, 24(1), 2002, p. 27-33.
23. L.L. Jackson, « Non-fatal occupational injuries and illnesses treated in hospital emergency departments in the United States », *Injury Prevention*, 7(supplément I), 2001, p. 21-26.
24. W.J. Millar, « Les accidents au Canada, 1988 et 1993 », *Rapports sur la santé*, 7(2), 1995, p. 7-17 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
25. K. Wilkins, « Blessures », *Rapports sur la santé*, 15(3), 2004, p. 47-52 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
26. Statistique Canada, « Hospitalisation due aux traumatismes », *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, 1999*, p. 243-245 (Statistique Canada, n° 82-570 au catalogue).
27. W.K. Mummery, J.C. Spence, J.A. Vincenten *et al.*, « A descriptive epidemiology of sport and recreation injuries in a population-based sample: Results from the Alberta Sport and Recreation Injury Survey (ASRIS) », *La revue canadienne de santé publique*, 89(1), 1998, p. 53-56.
28. C. Cubbin, F.B. LeClere, G.S. Smith, « Socioeconomic status and the occurrence of fatal and nonfatal injury in the United States », *American Journal of Public Health*, 90(1), 2000, p. 70-77.
29. C. Cubbin et G.S. Smith, « Socioeconomic inequalities in injury: Critical issues in design and analysis », *Annual Review of Public Health*, 23, 2002, p. 349-375.
30. B. Diverty et C. Pérez, « La santé des résidents du Nord », *Rapports sur la santé*, 9(4), 1998, p. 51-61 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
31. R.B. Warnecke, T.P. Johnson, N. Chávez *et al.*, « Improving question wording in surveys of culturally diverse populations », *Annals of Epidemiology*, 7(5), 1997, p. 334-342.
32. S.A. Reijneveld, « The cross-cultural validity of self-reported use of health care: a comparison of survey and registration data », *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(3), 2000, p. 267-272.
33. R.J. Pasick, S.L. Stewart, J.A. Bird *et al.*, « Quality of data in multiethnic health surveys », *Public Health Reports*, 116(supplément 1), 2001, p. 223-243.
34. K. Peng, R.E. Nisbett et N.Y.C. Wong, « Validity problems comparing values across cultures and possible solutions », *Psychological Methods*, 2(4), 1997, p. 329-344.
35. S. Noh, M. Speechley, V. Kaspar *et al.*, « Depression in Korean immigrants in Canada: I Method of the study and prevalence of depression », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(9), 1992, p. 573-577.
36. N.R. McKenney et C.E. Bennett, « Issues regarding data on race and ethnicity: the Census Bureau experience », *Public Health Reports*, 109(1), 1994, p. 16-25.
37. E. Guimond, « Changing ethnicity: The concept of ethnic drifters », *Aboriginal Conditions: Research Foundations for Public Policy*, publié sous la direction de J. White, P. Maxim et D. Beavon, Vancouver, University of British Columbia Press, 2003.
38. K. Wilson et M.W. Rosenberg, « Exploring the determinants of health for First Nations peoples in Canada: can existing frameworks accommodate traditional activities? », *Social Science and Medicine*, 55(11), 2002, p. 2017-2031.
39. E. Ng, « L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991 », *Rapports sur la santé*, 8(1), 1996, p. 25-33 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

Annexe

Tableau A

Répartition de certaines caractéristiques, population à domicile autochtone hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées

	Provinces						Territoires		
	Hommes			Femmes			Les deux sexes		
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%		milliers	%		milliers	%
Total	2 328	319	100,0	3 022	360	100,0	2 014	57	100,0
Blessure									
Oui	515	73	22,9	482	61	16,9	255	7	12,3
Non	1 812	246	77,1	2 539	299	83,0	1 758	50	87,7
Données manquantes	1	F	F	1	F	F	1	F	F
Limitation des activités due à une blessure									
Oui	305	46	14,3	270	37	10,3	155	5	8,3
Non	2 008	272	85,1	2 716	320	89,1	1 847	52	91,1
Données manquantes	15	F	F	36	2 ^{E1}	0,6 ^{E1}	12	F	0,5 ^{E2}
Groupe d'âge									
12 à 19 ans	604	67	21,0	602	68	18,9	539	15	25,7
20 à 24 ans	200	37	11,6	332	41	11,5	220	7	12,7
25 à 34 ans	475	68	21,4	753	84	23,5	487	13	22,8
35 à 44 ans	436	67	20,9	600	84	23,2	402	12	21,1
45 à 64 ans	613	80	25,1	735	82	22,9	366	10	17,6
Résidence									
Région urbaine	1 529	240	75,3	2 082	280	78,0	744	21	36,5
Région rurale	799	79	24,7	940	79	22,0	1 270	36	63,5
État matrimonial (25 à 64 ans)									
Marié(e)/union libre	880	139	64,5	1 027	143	57,0	698	23	64,4
Marié(e) antérieurement	239	25	11,6	479	49	19,7	159	3	9,3
Jamais marié(e)	401	50	23,3	576	58	23,1	395	9	26,1
Données manquantes	4	F	F	6	F	F	3	F	F
Niveau de scolarité (25 à 64 ans)									
Pas de diplôme d'études secondaires	526	69	32,3	667	71	28,6	636	18	50,0
Diplôme d'études secondaires	250	38	17,5	310	40	15,9	91	3	7,4
Études postsecondaires partielles	137	20	9,4	241	32	12,9	85	2	6,2
Diplôme d'études postsecondaires	559	81	37,5	825	101	40,2	422	12	34,3
Données manquantes	52	7 ^{E1}	3,3 ^{E1}	45	6 ^{E2}	2,5 ^{E2}	21	F	2,1 ^{E1}
Situation quant à l'emploi (25 à 64 ans)									
A travaillé toute l'année précédente	758	116	53,8	828	96	38,6	594	17	48,5
A travaillé une partie de l'année précédente	426	55	25,7	488	64	25,6	402	12	32,9
N'a pas travaillé l'année précédente	301	40	18,4	727	85	34,0	241	6	17,0
Données manquantes	39	4 ^{E2}	2,0 ^{E2}	45	5 ^{E2}	1,8 ^{E2}	18	F	1,6 ^{E1}
Revenu du ménage									
Inférieur	208	22	6,8	328	30	8,3	267	7	12,0
Moyen-inférieur	287	40	12,7	618	62	17,3	331	9	16,1
Moyen	487	71	22,3	690	82	22,7	446	13	23,1
Moyen-supérieur	620	86	26,8	620	86	23,9	404	11	18,6
Supérieur	382	57	17,8	321	48	13,4	332	11	18,4
Non déclaré	344	44	13,7	445	52	14,4	234	7	11,8
Activité durant les loisirs									
Actif(ve)	1 315	172	54,0	1 496	176	48,8	869	26	45,8
Inactif(ve)	856	120	37,7	1 434	170	47,3	999	27	46,5
Données manquantes	157	27	8,4	92	14	3,9	146	4	7,7

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. En outre, la population estimée serait environ le double de la population canadienne, parce que les données de deux cycles ont été combinées.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ou taille de l'échantillon inférieure à 10.

Tableau B

Répartition de certaines caractéristiques, population à domicile non autochtone hors réserve de 12 à 64 ans, provinces/territoires, données de 2000-2001 et 2003 regroupées

	Provinces						Territoires		
	Hommes			Femmes			Les deux sexes		
	Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée		Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%		milliers	%		milliers	%
Total	95 114	21 684	100,0	104 650	21 573	100,0	2 690	82	100,0
Blessure									
Oui	16 332	3 609	16,6	12 752	2 486	11,5	388	12	14,3
Non	78 749	18 075	83,3	91 861	19 078	88,4	2 302	70	85,7
Données manquantes	33	F	F	37	9 ^{E1}	0,0 ^{E1}			
Limitation des activités due à une blessure									
Oui	8 351	1 746	8,0	6 671	1 289	6,0	222	7	8,9
Non	86 363	19 863	91,6	97 414	20 171	93,5	2 456	74	90,8
Données manquantes	400	84	0,4	565	113	0,5	12	F	F
Groupe d'âge									
12 à 19 ans	17 055	3 228	14,9	16 598	3 065	14,2	341	11	13,5
20 à 24 ans	6 036	2 101	9,7	7 176	2 018	9,4	178	7	8,4
25 à 34 ans	16 175	3 994	18,4	18 993	3 975	18,4	591	17	20,8
35 à 44 ans	21 298	5 139	23,7	22 480	5 093	23,6	651	21	25,2
45 à 64 ans	34 550	7 230	33,3	39 403	7 422	34,4	929	26	32,1
Résidence									
Région urbaine	69 610	17 603	81,1	78 338	17 698	82,0	2 006	62	75,8
Région rurale	25 504	4 090	18,9	26 312	3 874	18,0	684	20	24,2
État matrimonial (25 à 64 ans)									
Marié(e)/union libre	48 168	12 116	74,0	53 582	12 100	73,4	1 315	46	72,3
Marié(e) antérieurement	8 998	1 288	7,9	15 108	2 188	13,3	310	6	9,5
Jamais marié(e)	14 759	2 946	18,0	12 040	2 180	13,2	539	11	17,9
Données manquantes	98	15	0,1	146	23	0,1	7	F	F
Niveau de scolarité (25 à 64 ans)									
Pas de diplôme d'études secondaires	13 686	2 605	15,9	13 559	2 475	15,0	244	7	11,0
Diplôme d'études secondaires	13 089	2 956	18,1	16 338	3 404	20,6	287	9	14,1
Études postsecondaires partielles	4 644	1 054	6,4	5 577	1 106	6,7	136	4	6,0
Diplôme d'études postsecondaires	39 510	9 462	57,8	44 492	9 289	56,3	1 472	43	66,7
Données manquantes	1 094	286	1,7	910	216	1,3	32	1 ^{E1}	2,2 ^{E1}
Situation quant à l'emploi (25 à 64 ans)									
A travaillé toute l'année précédente	48 031	11 440	69,9	43 569	9 168	55,6	1 495	44	68,5
A travaillé une partie de l'année précédente	14 593	3 121	19,1	16 670	3 413	20,7	502	15	23,4
N'a pas travaillé l'année précédente	8 764	1 660	10,1	19 907	3 765	22,8	157	5	7,2
Données manquantes	635	143	0,9	730	145	0,9	17	F	0,8 ^{E2}
Revenu du ménage									
Inférieur	3 282	580	2,7	4 592	707	3,3	71	2	2,7
Moyen-inférieur	4 466	923	4,3	7 665	1 315	6,1	95	3	3,1
Moyen	15 290	3 343	15,4	19 740	3 737	17,3	271	8	10,2
Moyen-supérieur	31 769	6 811	31,4	33 705	6 748	31,3	626	18	21,7
Supérieur	30 407	7 763	35,8	26 180	6 409	29,7	1 373	42	51,7
Non déclaré	9 900	2 273	10,5	12 768	2 657	12,3	254	9	10,6
Activité durant les loisirs									
Actif(ve)	49 037	10 839	50,0	51 285	10 029	46,5	1 415	43	53,1
Inactif(ve)	40 564	9 459	43,6	50 841	10 823	50,2	1 139	33	40,5
Données manquantes	5 513	1 395	6,4	2 524	720	3,3	136	5	6,5

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. En outre, la population estimée serait environ le double de la population canadienne, parce que les données de deux cycles ont été combinées.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ou taille de l'échantillon inférieure à 10.

L'allaitemment maternel

Wayne J. Millar et Heather Maclean

Résumé

Objectifs

Le présent article porte sur les facteurs démographiques et socioéconomiques associés à l'allaitemment maternel. L'article considère ici les femmes âgées de 15 à 55 ans en 2003 qui avaient donné naissance au cours des cinq années précédentes.

Sources des données

Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) menée en 2003 par Statistique Canada. Des renseignements supplémentaires proviennent d'enquêtes nationales et régionales menées précédemment.

Techniques d'analyse

L'analyse se fonde sur les renseignements qu'ont fournis 7 266 femmes de 15 à 55 ans ayant eu un bébé au cours des cinq dernières années. Des totalisations croisées ont permis d'estimer les proportions de femmes qui ont allaité leur dernier enfant et de celles qui ont allaité exclusivement pendant au moins six mois. Les résultats sont présentés selon l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, le lieu de résidence (région rurale ou urbaine), le statut d'immigrante et la province. La régression logistique multiple a finalement servi à évaluer l'association de ces caractéristiques à la prévalence et à la durée de l'allaitemment et de l'allaitemment exclusif.

Principaux résultats

En 2003, approximativement 85 % des mères avaient déclaré avoir essayé d'allaiter, ce qui représente une hausse marquée par rapport aux quelque 25 % observés au début des années 1960. Cependant, 17 % d'entre elles avaient maintenu un allaitement exclusif pendant au moins six mois. La probabilité d'allaitemment exclusif varie considérablement selon la province. La probabilité augmente avec l'âge de la mère, et l'allaitemment exclusif a tendance à être plus répandu chez les femmes qui habitent en région urbaine et qui sont titulaires d'un diplôme d'études collégiales ou universitaires.

Mots-clés

Nutrition du nourrisson, bien-être des nourrissons, soins au nourrisson, comportement maternel.

Auteurs

Wayne J. Millar (613-951-1631; Wayne.Millar@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6. Heather Maclean (416-351-3732; h.maclean@utoronto.ca) travaille au Centre for Research in Women's Health, Toronto, Ontario, M5G 1N6.

L'Organisation mondiale de la Santé a qualifié l'allaitemment maternel de « mode inégalable pour fournir une alimentation idéale favorisant la croissance et le développement sains des nourrissons »¹. Des études épidémiologiques laissent entendre que l'allaitemment peut protéger contre les infections gastro-intestinales^{2,3}, l'otite moyenne^{4,5}, les allergies⁶ et les infections respiratoires⁷⁻⁹, et qu'il est associé à des taux plus faibles de diabète type 2^{10,11}. Des recherches menées récemment aux États-Unis ont en outre révélé l'existence d'un lien entre l'allaitemment maternel et la réduction du risque de décès postnéonatal¹².

L'allaitemment exclusif consiste à ne donner au nourrisson que du lait maternel sans ajout d'eau, de substituts du lait maternel, d'autres liquides ou d'aliments solides. Ce mode d'allaitemment est celui que préconise l'Agence de santé publique du Canada dans ses plus récentes lignes directrices qui ont été révisées en 2004 afin de les rendre conformes à celles de l'Organisation mondiale de la Santé. Ainsi, « l'allaitemment maternel exclusif est recommandé pendant les six premiers mois de la vie, étant donné que celui-ci fournit tous les nutriments, facteurs de croissance et facteurs immunitaires nécessaires au nourrisson né à terme et en santé »⁶. Précédemment, Santé Canada recommandait l'allaitemment exclusif pendant au moins quatre mois¹¹.

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 menée par Statistique Canada permettent d'estimer la proportion de mères dont les habitudes d'allaitement étaient conformes à ces recommandations (voir *Méthodologie* et *Définitions*). Le présent article décrit la prévalence et la durée de l'allaitement chez les

femmes de 15 à 55 ans en 2003 ayant eu un bébé au cours des cinq années précédentes. L'analyse examine les facteurs associés à la décision d'allaiter et ceux associés au recours à l'allaitement exclusif pendant au moins six mois. Elle se penche également sur les raisons qui motivent la décision de ne pas allaiter et de cesser d'allaiter.

Méthodologie

Sources des données

La présente analyse repose sur les données tirées du cycle 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Cette enquête a été menée par Statistique Canada de janvier à décembre 2003. L'ESCC couvre la population à domicile de 12 ans et plus ne vivant pas en établissement dans toutes les provinces et les territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. La taille de l'échantillon était de 135 573 et le taux de réponse était de 80,6 %. L'échantillon de l'analyse représente la population des femmes de 15 à 55 ans qui ont eu un bébé au cours des cinq dernières années. Il se compose ainsi de 7 266 femmes, pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de 1,4 million de femmes dans les 10 provinces (tableaux A et B en annexe). Une description plus détaillée du plan de sondage de l'ESCC peut être consultée dans un rapport publié précédemment¹³.

Les données supplémentaires utilisées pour dégager les tendances en matière d'allaitement proviennent de diverses enquêtes nationales et régionales sur la santé¹⁴⁻¹⁶.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont permis d'estimer les proportions de femmes qui ont allaité leur dernier enfant ainsi que les proportions de celles qui ont pratiqué l'allaitement exclusif pendant au moins six mois. Les résultats sont présentés selon l'âge de la mère, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu de la famille, le statut d'immigrante, le lieu de résidence (région rurale ou urbaine) et la province. La régression logistique multivariée a finalement servi à évaluer l'association de ces caractéristiques à la prévalence et à la durée de l'allaitement. Pour faciliter la présentation, les estimations non corrigées de la prévalence sont présentées en parallèle avec les rapports corrigés de cotes. Pour tenir compte du plan de sondage complexe de l'enquête, la méthode du *bootstrap* a été utilisée pour calculer les intervalles de confiance et les coefficients de variation, ainsi que pour tester la signification statistique des écarts^{17,18}. Un niveau de signification de 5 % ($p < 0,05$) a été appliqué dans tous les cas¹⁹.

Limites

Compte tenu de la nature transversale des données de l'ESCC, aucune inférence ne peut être faite à partir de la présente analyse quant aux relations temporelles ou de cause à effet entre les variables. L'analyse repose en outre sur des données autodéclarées qui ne peuvent être confrontées à une tierce source pour vérifier si les mères ont effectivement allaité et pendant combien de temps.

La question sur la durée de l'allaitement ne s'appliquait qu'aux mères qui n'allaitaient plus au moment où elles ont été interviewées pour l'ESCC. Environ 16 % de toutes les femmes qui avaient eu un bébé au cours des cinq dernières années allaitaient encore au moment de l'enquête et n'ont donc pu être incluses dans les analyses de la durée de l'allaitement.

Des écarts ont été observés entre la durée déclarée de l'allaitement exclusif et le moment où d'autres aliments ont commencé à être donnés à l'enfant. Par conséquent, les réponses contradictoires à cet égard ont été exclues de l'analyse.

Les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des mères, qui sont les variables indépendantes dans l'analyse, concernent l'année 2003. Ces caractéristiques pouvaient être différentes au moment de la naissance de leur dernier enfant, qui pouvait remonter jusqu'à cinq ans. Par exemple, l'état matrimonial de la mère, son niveau de scolarité, le revenu du ménage et le lieu de résidence pouvaient avoir changé depuis la naissance du dernier bébé. Cela pourrait influencer la force de certaines associations entre divers facteurs et la probabilité d'allaitement.

Malgré la possibilité d'un biais de remémoration, une évaluation des études portant sur l'allaitement permet de croire que les données recueillies sont valides et fiables²⁰.

Quoiqu'il soit recommandé à toutes les femmes qui allaitent d'administrer à leur bébé un supplément de vitamine D, seules les femmes qui avaient allaité exclusivement pendant plus d'une semaine se sont vu poser la question de l'ESCC à cet égard.

Peu atteignent l'objectif visé

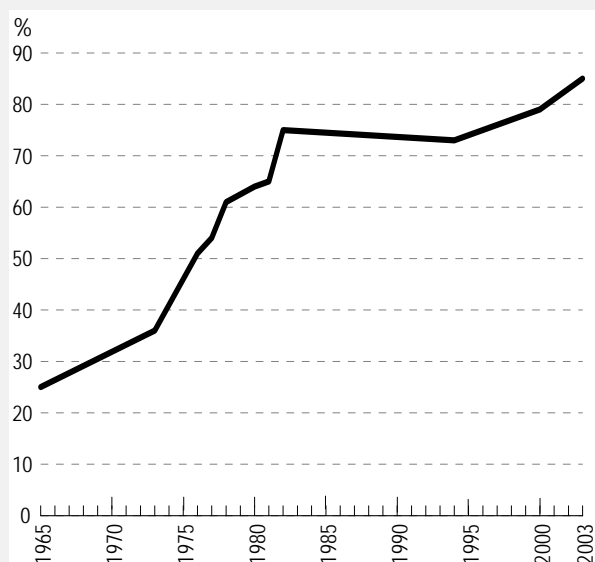
Selon l'ESCC de 2003, la majorité des Canadiennes qui avaient eu un bébé au cours des cinq années précédentes, soit 85 %, avaient tenté d'allaiter leur bébé. Il s'agit d'un changement fondamental par rapport au début des années 1960, période où ce pourcentage n'était que d'environ 25 % (voir *Tendances en matière d'allaitement*).

Tendances en matière d'allaitement

Les quelque 85 % des mères qui, selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003, ont essayé d'allaiter leur enfant représente une hausse marquée par rapport au début des années 1960. À cette époque, seulement environ 25 % des mères allaitaient leur bébé durant leur séjour à l'hôpital¹⁵. Dans les années 1980, environ 62 % des mères avaient au moins commencé à allaiter¹⁴ et, au début des années 1990, ce taux était passé à presque 75 %^{21,22}.

Étant donné les différences observées sur le plan de la classification entre enquêtes, on ne peut obtenir qu'une idée générale de la tendance en matière de durée de l'allaitement. Néanmoins, les résultats de plusieurs enquêtes nationales donnent à penser que la durée de l'allaitement maternel augmente^{14,15,22}.

Pourcentage de mères qui ont commencé à allaiter, certaines années, de 1965 à 2003



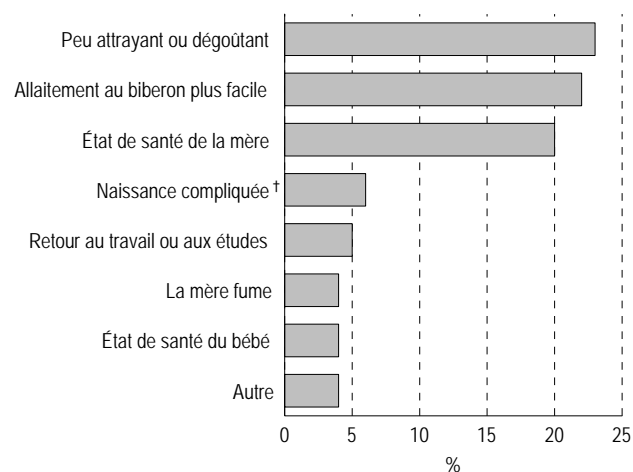
Sources des données : Références n^{os} 14, 15 et 16; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et 2003

Au moment de l'entrevue de l'ESCC, 16 % des mères qui avaient donné naissance au cours des cinq dernières années allaitaient toujours leur enfant (données non présentées). Chez celles qui avaient cessé, moins de la moitié avaient allaité pendant au moins six mois et moins de la moitié de ces dernières avaient allaité exclusivement. Ainsi, les habitudes d'allaitement de tout au plus 17 % des femmes qui avaient eu un bébé au cours des cinq années précédentes (et qui n'allaitaient plus) correspondaient aux lignes directrices de 2001 de l'Organisation mondiale de la Santé et à la recommandation de 2004 de l'Agence de santé publique du Canada préconisant l'allaitement exclusif pendant au moins six mois. À ce même égard, 37 % des participantes à l'ESCC avaient atteint le seuil d'au moins quatre mois d'allaitement exclusif que préconisait la recommandation précédente (2001) de Santé Canada.

Pourquoi n'allaitent-elles pas?

Une assez forte proportion de mères (15 %) n'allaitaient pas. Les raisons données le plus souvent étaient que « l'allaitement maternel est peu attrayant

Graphique 1
Principale raison pour ne pas avoir allaité, femmes de 15 à 55 ans en 2003 ayant eu un enfant au cours des cinq dernières années, Canada, territoires non compris



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Basé sur 1 213 femmes qui ont eu un bébé au cours des cinq dernières années et qui n'ont pas allaité.

† Césarienne, accouchement prématuré ou naissances multiples.

ou dégoûtant » (23 %) et que « l'allaitement au biberon est plus facile » (22 %) (graphique 1). En outre, 20 % ont indiqué l'état de santé de la mère et 4 % ont déclaré fumer. Seulement environ 5 % des femmes ont déclaré que le retour au travail ou à l'école les avait empêché d'allaiter.

La plupart commencent à allaiter

Plusieurs facteurs démographiques et socioéconomiques influent sur la probabilité qu'une mère ait tenté d'allaiter son enfant. Ainsi, bien qu'une forte majorité de mères de moins de 25 ans, soit 81 %, aient essayé d'allaiter, ce taux n'en

demeure pas moins faible comparativement à celui des femmes plus âgées (tableau 1). En outre, une plus faible proportion de femmes non mariées que de femmes mariées ou vivant en union libre avaient tenté d'allaiter leur enfant.

La proportion de femmes ayant commencé à allaiter avait tendance à augmenter avec le niveau de scolarité et le revenu du ménage. Ainsi, seulement 71 % des femmes sans diplôme d'études secondaires avaient commencé à allaiter, comparativement à 89 % de celles qui étaient titulaires d'un diplôme d'études collégiales ou universitaires. De même, 74 % des femmes dont le revenu du ménage se situait

Définitions

Les participantes à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 (ESCC) qui étaient la mère biologique d'un enfant de moins de cinq ans se sont vu poser la question suivante : « Avez-vous allaité ou essayé d'allaiter, même pour une courte période? » Même si certaines femmes avaient eu plus d'un bébé au cours des cinq dernières années, leurs réponses s'appliquaient à la naissance la plus récente.

Les mères qui n'avaient pas allaité ont été invitées à indiquer la principale raison de leur choix.

Les femmes qui avaient allaité leur dernier bébé mais qui n'allaitaient plus au moment de leur entrevue de l'ESCC se sont vu poser la question suivante : « Combien de temps avez-vous allaité? » Pour la présente analyse, deux catégories de durée ont été définies, soit moins de six mois et six mois et plus. On a également demandé à ces femmes d'indiquer la principale raison pour laquelle elles avaient cessé d'allaiter.

L'*allaitement exclusif* signifie ne donner que du lait maternel à un nourrisson, sans ajout d'autres liquides (même de l'eau) ou d'aliments solides. La *durée de l'allaitement exclusif* est la période qui s'écoule avant l'introduction d'aliments solides ou d'autres liquides. La prévalence de l'allaitement exclusif pendant six mois ou plus, tel que recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé et Santé Canada, est fondée sur les mères qui avaient allaité mais qui ne le faisaient plus au moment de leur entrevue de l'ESCC. Ce calcul tient aussi compte des mères qui n'avaient jamais allaité, ainsi que de celles qui allaitaient encore mais non exclusivement au moment de l'entrevue.

Aux mères qui avaient allaité exclusivement durant au moins une semaine, la question suivante a été posée : « Durant la période où votre enfant était nourri exclusivement de lait maternel, lui avez-vous donné un supplément vitaminique contenant de la vitamine D? »

L'*âge* de la mère en 2003 a été établi en fonction de quatre groupes, à savoir moins de 25 ans, 25 à 29 ans, 30 à 34 ans et 35 ans et plus. Dans les modèles de régression logistique multivariée, l'âge a été utilisé comme variable continue.

Le *niveau de scolarité* de la mère en 2003 a été déterminé selon quatre catégories, à savoir pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études collégiales ou universitaires.

L'*état matrimonial* en 2003 était soit mariée (y compris en union libre), soit non mariée (jamais mariée, divorcée, séparée ou veuve). Les groupes de revenu du ménage étaient fondés sur le nombre de personnes dans le ménage et le revenu total du ménage de toutes les sources au cours des 12 mois précédant l'entrevue de 2003.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 ou 2	Moins de 15 000 \$
	3 ou 4	Moins de 20 000 \$
	5 et plus	Moins de 30 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 et plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 et plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ ou plus
	3 et plus	80 000 \$ ou plus

Le *lieu de résidence* en 2003 a été défini comme étant en région urbaine ou rurale.

Pour permettre de déterminer le *statut d'immigrante*, les participantes devaient préciser si elles étaient citoyennes canadiennes de naissance.

Tableau 1
Prévalence des femmes qui commencent à allaiter et rapports corrigés de cotes pour le début de l'allaitement, femmes de 15 à 55 ans qui ont eu un bébé au cours des cinq dernières années, selon certaines caractéristiques en 2003, Canada, territoires non compris

	Nombre estimatif de femmes qui ont eu un bébé milliers	Femmes qui ont commencé à allaiter		
		Prévalence %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Total	1 400	85	...	...
Groupe d'âge			0,98 [§]	0,96-1,00
Moins de 25 ans	152	81 [†]
25 à 29 ans	342	84	...	...
30 à 34 ans	454	86	...	...
35 ans et plus	451	85	...	...
État matrimonial				
Mariée	1 213	86 [†]	1,22	0,92-1,62
Non mariée [†]	185	77 [†]	1,00	...
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires [†]	139	71 [†]	1,00	...
Diplôme d'études secondaires	273	79 [†]	1,40	0,97-2,00
Études postsecondaires partielles	104	79 [†]	1,48	0,99-2,22
Diplôme d'études postsecondaires	869	89 [†]	3,05 [*]	2,17-4,29
Revenu du ménage				
Inférieur [†]	152	74 [†]	1,00	...
Moyen-inférieur	298	82	1,30	0,90-1,87
Moyen-supérieur	453	86	1,54 [*]	1,07-2,21
Supérieur	384	89 [†]	1,73 [*]	1,14-2,64
Statut d'immigrante				
Immigrante	315	92 [†]	2,12 [*]	1,46-3,08
Non-immigrante [†]	1 072	83 [†]	1,00	...
Résidence				
Région rurale [†]	247	80 [†]	1,00	...
Région urbaine	1 153	86 [†]	0,99	0,77-1,28
Province				
Terre-Neuve-et-Labrador	23	63 [†]	0,34 [*]	0,22-0,52
Île-du-Prince-Édouard	7	77	0,62	0,37-1,03
Nouvelle-Écosse	45	76 [†]	0,58 [*]	0,39-0,86
Nouveau-Brunswick	33	64 [†]	0,35 [*]	0,24-0,51
Québec	294	76 [†]	0,51 [*]	0,39-0,67
Ontario [†]	560	87 [†]	1,00	...
Manitoba	53	89 [†]	1,45	0,97-2,18
Saskatchewan	47	86	1,31	0,85-2,01
Alberta	166	90 [†]	1,80 [*]	1,16-2,79
Colombie-Britannique	171	93 [†]	2,35 [*]	1,54-3,57

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Basé sur 7 156 femmes ayant eu un bébé au cours des cinq dernières années et pour lesquelles des renseignements sur l'allaitement étaient disponibles. On a intégré au modèle une catégorie « données manquantes » pour le revenu du ménage afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais le rapport de cotes n'est pas présenté. Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre au total indiqué.

† Valeur significativement différente de l'estimation observée pour le total ($p < 0,05$).

‡ Catégorie de référence.

§ Traité comme une variable continue.

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

dans la tranche inférieure avaient commencé à allaiter, comparativement à 89 % de celles dont le revenu du ménage était dans la tranche supérieure.

Le recours à l'allaitement maternel variait aussi selon que la mère vivait en milieu urbain ou rural et selon qu'elle était ou non immigrante. Ainsi, les femmes vivant en région urbaine étaient plus susceptibles que celles vivant en région rurale de commencer à allaiter : 86 % contre 80 %. En outre, 92 % des mères qui ont déclaré être des immigrantes avaient allaité leur dernier enfant, comparativement à 83 % des non-immigrantes.

Les provinces de la région de l'Atlantique et le Québec comptaient des proportions relativement faibles de mères qui ont commencé à allaiter, à l'inverse de l'Ontario et des provinces de l'Ouest. Les pourcentages ainsi observés allaient de 63 % à Terre-Neuve à 93 % en Colombie-Britannique. À ce même égard, deux enquêtes nationales menées au début des années 1980 ont révélé des profils provinciaux similaires, desquels se dessinait une progression d'Est en Ouest¹⁴. Or la constance de tels écarts tient peut-être en partie à des influences intergénérationnelles²³. Les nouvelles mères peuvent ainsi demander conseil à leur propre mère concernant l'allaitement. Or si relativement peu de femmes de la génération précédente ont allaité, le fait d'opter pour l'allaitement n'est sans doute pas qu'une question de norme sociale²⁴.

Bien entendu, bon nombre des variables associées à des taux élevés ou faibles de recours à l'allaitement sont elles-mêmes interreliées. Par exemple, les très jeunes mères peuvent avoir un faible niveau de scolarité et être plus susceptibles de vivre dans des ménages à faible revenu. De même, des proportions importantes d'immigrants s'établissent dans les grands centres urbains. Lorsque toutes ces variables sont examinées ensemble dans un modèle multivarié, une corrélation significative persiste entre le niveau de scolarité, le revenu du ménage, le statut d'immigrante et la province de résidence, d'une part, et d'autre part, la probabilité qu'une femme commence à allaiter. Par contre, l'âge, l'état matrimonial et la région de résidence (rurale ou urbaine) ne sont plus significatifs.

Taux de cessation

Chez les femmes qui avaient allaité leur dernier enfant mais qui avaient cessé de le faire au moment de leur entrevue de l'ESCC, 22 % avaient mis fin à l'allaitement au cours du premier mois de vie de l'enfant (graphique 2). Près de la moitié (47 %) avaient allaité pendant six mois ou plus.

Dans l'ensemble, les raisons invoquées le plus souvent pour expliquer la décision de cesser d'allaiter étaient : pas assez de lait maternel (23 %), le bébé s'est sevré lui-même (17 %), la mère est retournée au travail ou aux études (14 %), et la mère était incommodée ou fatiguée (12 %) (graphique 3). Toutefois, les raisons données pour justifier la cessation de l'allaitement variaient selon la durée de celui-ci. Les femmes qui avaient allaité pendant moins de six mois ont le plus souvent invoqué le fait de ne pas avoir assez de lait maternel (31 %), suivi du fait d'être incommodée ou fatiguée (15 %), de la difficulté à appliquer les méthodes d'allaitement (13 %) et des problèmes de santé de la mère ou du bébé (11 %) (données non présentées).

Les raisons citées différaient également selon le revenu du ménage. Ainsi, les femmes dont le revenu du ménage était supérieur (20 %) étaient moins susceptibles que celles dont le revenu était inférieur (30 %) de déclarer avoir cessé d'allaiter en raison d'un manque de lait maternel. Par contre, 19 % des mères dont le revenu du ménage était élevé ont donné comme raison le retour au travail ou aux études, comparativement à 7 % de celles dont le revenu était faible (données non présentées).

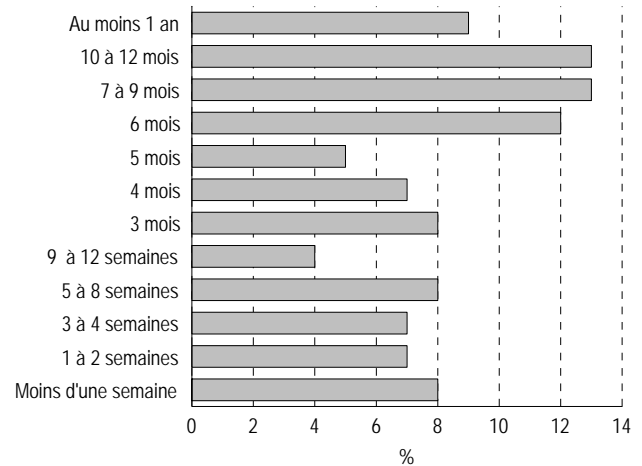
Allaitement exclusif

Moins de la moitié des femmes qui ont allaité leur dernier bébé l'ont fait pendant six mois ou plus et moins de la moitié d'entre elles ont allaité exclusivement. En fait, seulement 17 % des femmes qui avaient eu un bébé au cours des cinq années précédant l'ESCC de 2003 avaient allaité exclusivement pendant au moins six mois (tableau 2).

De façon générale, les caractéristiques qui étaient associées aux mères qui avaient commencé à allaiter étaient également associées à celles qui avaient opté pour l'allaitement exclusif pendant six mois ou plus.

Graphique 2

Âge de l'enfant au moment de la cessation de l'allaitement, femmes de 15 à 55 ans en 2003 ayant eu un bébé au cours des cinq dernières années, Canada, territoires non compris

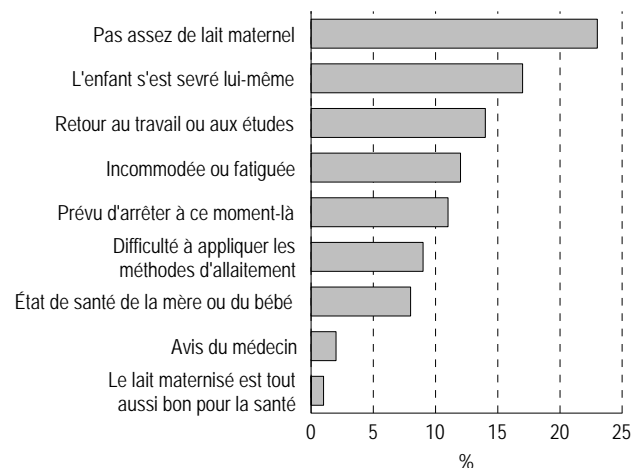


Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Basé sur 5 124 femmes qui avaient allaité leur bébé mais qui ne le faisaient plus au moment de l'entrevue de l'ESCC.

Graphique 3

Principale raison pour avoir cessé d'allaiter, femmes de 15 à 55 ans en 2003 ayant eu un bébé au cours des cinq dernières années, Canada, territoires non compris



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Basé sur 5 124 femmes qui avaient allaité leur bébé mais qui ne le faisaient plus au moment de l'entrevue de l'ESCC.

Tableau 2
Prévalence de l'allaitement exclusif durant au moins six mois et rapports corrigés de cotes pour l'allaitement exclusif durant au moins six mois, femmes de 15 à 55 ans qui ont eu un bébé au cours des cinq dernières années, selon certaines caractéristiques en 2003, Canada, territoires non compris

	Nombre estimatif de femmes qui ont eu un bébé sauf les mères allaitant encore exclusivement	A allaité exclusivement durant au moins six mois		
		Prévalence	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
	milliers	%		
Total	1 319	17	...	...
Groupe d'âge			1,05*§	1,04-1,07
Moins de 25 ans	140	8 [†]
25 à 29 ans	323	15 [†]
30 à 34 ans	421	18	...	...
35 ans et plus	435	21 [†]
État matrimonial				
Mariée	1 140	18 [†]	1,09	0,82-1,44
Non mariée [‡]	179	14 [†]	1,00	...
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires [†]	131	11 [†]	1,00	...
Diplôme d'études secondaires	260	15	1,14	0,76-1,71
Études postsecondaires partielles	99	15	1,26	0,78-2,04
Diplôme d'études postsecondaires	815	19 [†]	1,46*	1,00-2,12
Revenu du ménage				
Inférieur [‡]	145	13 [†]	1,00	...
Moyen-inférieur	278	18	1,18	0,81-1,71
Moyen-supérieur	435	16	0,95	0,65-1,37
Supérieur	360	19	0,96	0,66-1,42
Statut d'immigrante				
Immigrante	293	20 [†]	1,07	0,84-1,37
Non-immigrante [‡]	1 016	16 [†]	1,00	...
Résidence				
Région rurale [‡]	235	13 [†]	1,00	...
Région urbaine	1 083	18 [†]	1,29*	1,03-1,60
Province				
Terre-Neuve-et-Labrador	22	9 ^{†E2}	0,54	0,28-1,05
Île-du-Prince-Édouard	7	12 ^{E2}	0,74	0,37-1,46
Nouvelle-Écosse	43	14 ^{E1}	0,91	0,57-1,47
Nouveau-Brunswick	32	8 ^{†E1}	0,52*	0,30-0,91
Québec	281	10 [†]	0,53*	0,39-0,73
Ontario [‡]	532	18	1,00	...
Manitoba	51	18	1,23	0,79-1,91
Saskatchewan	44	18	1,29	0,94-1,77
Alberta	151	22 [†]	1,38*	1,05-1,81
Colombie-Britannique	156	28 [†]	1,80*	1,38-2,33

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Basé sur 6 802 femmes ayant eu un bébé au cours des cinq dernières années, y compris celles qui n'ont pas allaité mais excluant celles qui allaitaient encore exclusivement au moment de l'entrevue de l'ESCC. On a intégré au modèle une catégorie « données manquantes » pour le revenu du ménage afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais le rapport de cotes n'est pas présenté. Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre au total indiqué.

† Valeur significativement différente de l'estimation observée pour le total ($p < 0,05$).

‡ Catégorie de référence.

§ Traité comme une variable continue.

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

... N'ayant pas lieu de figurer.

La probabilité d'allaitement exclusif avait tendance à augmenter avec l'âge de la mère, son niveau de scolarité et le revenu du ménage. L'allaitement exclusif était aussi plus répandu chez les femmes mariées que chez les femmes célibataires, chez les immigrantes que chez les non-immigrantes et chez les femmes vivant dans les régions urbaines plutôt que dans les régions rurales. Le pourcentage de mères qui allaitaient exclusivement était élevé en Colombie-Britannique et en Alberta, et faible à Terre-Neuve, au Nouveau-Brunswick et au Québec.

La prise en compte des relations éventuelles possibles entre ces facteurs révèle que seuls l'âge, le niveau de scolarité, la résidence en milieu urbain ou rural et la province sont associés significativement à l'allaitement exclusif pendant au moins six mois. La cote exprimant la possibilité d'allaitement exclusif pendant au moins six mois augmente avec l'âge de la mère. Elle est aussi significativement élevée parmi les titulaires d'un diplôme d'études collégiales ou universitaires et significativement faible chez les femmes qui demeurent en région rurale. Comparativement aux femmes vivant en Ontario, cette cote est élevée chez les femmes de l'Alberta et de la Colombie-Britannique et significativement faible chez celles du Nouveau-Brunswick et du Québec.

Vitamine D

Les nourrissons qui sont allaités exclusivement au sein peuvent courir le risque d'une carence en vitamine D et, dans des cas extrêmes, de rachitisme²⁵. Or compte tenu de la situation géographique nordique du pays, l'administration d'un supplément de vitamine D à tous les nourrissons allaités au sein au Canada est vivement recommandée^{6,11}. Malgré cela, seulement environ la moitié des mères qui avaient allaité exclusivement pendant au moins six mois ont déclaré avoir administré à leur bébé un supplément de vitamine D (données non présentées).

Mot de la fin

Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003, une grande majorité (85 %) des mères ont essayé d'allaiter leur

dernier bébé. Cependant, si la plupart des mères ont commencé à allaiter, bon nombre ont cessé au cours du premier mois et moins de la moitié ont allaité pendant au moins six mois. En outre, seulement la moitié de ces dernières ont allaité exclusivement. Ainsi, les habitudes d'allaitement de 17 % des femmes qui avaient eu un enfant récemment étaient conformes aux recommandations actuelles de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'Agence de santé publique du Canada.

Le pourcentage relativement faible de mères canadiennes dont les habitudes d'allaitement sont conformes aux recommandations actuelles est un défi pour les services de santé publique. La forte baisse du nombre de femmes qui continuent d'allaiter quelques semaines après la sortie de l'hôpital laisse supposer une absence de soutien dans la famille ou dans la collectivité. Plusieurs études ont invité les professionnels de la santé à fournir des renseignements clairs et uniformes sur l'allaitement et le soutien durant la grossesse, la

naissance et la période post-partum^{11,26-30}. Selon le Groupe consultatif d'experts canadiens en allaitement maternel exclusif, pour assurer la mise en œuvre de la dernière recommandation, il faudra « fournir un soutien social approprié aux femmes qui allaitent. Il faudra également redoubler d'efforts au niveau communautaire, de la santé publique, des hôpitaux et dans les milieux de travail »⁶.

Il y a certes des différences frappantes entre les provinces en ce qui concerne les proportions de mères qui allaitent. La présente analyse n'a cependant pas pour but de déterminer si elles tiennent avant tout à des écarts dans la prestation des services hospitaliers et des services de santé publique ou au jeu de facteurs culturels, sociaux, psychologiques et économiques complexes. Un examen plus approfondi des différences entre les provinces pourrait permettre de mieux comprendre le rôle que jouent les professionnels de la santé, les médias et les réseaux sociaux tant dans la décision d'essayer d'allaiter que dans celle d'arrêter. ●

Références

1. Organisation mondiale de la Santé, *Nutrition du nourrisson et du jeune enfant, Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Cinquante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé, A55/15, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
2. K.G. Dewey, M.J. Heinig et L.A. Nommsen-Rivers, « Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants », *Journal of Pediatrics*, 126(5 Pt 1), 1995, p. 696-702.
3. M.S. Kramer, B. Chalmers, E.D. Hodnett *et al.*, « Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). A randomized trial in the Republic of Belarus », *Journal of the American Medical Association*, 285(4), 2001, p. 413-420.
4. J. Froom, L. Culpepper, L.A. Green *et al.*, « A cross-national study of acute otitis media: risk factors, severity and treatment at initial visit. Report from the International Primary Care Network (IPCN) and the Ambulatory Sentinel Practice Network (ASPEN) », *Journal of the American Board of Family Practice*, 14(6), 2001, p. 406-417.
5. B. Duncan, J. Ey et C.J. Holberg, « Exclusive breastfeeding for at least 4 months protects against otitis media », *Pediatrics*, 9(5), 1993, p. 867-872.
6. Santé Canada, Groupe consultatif d'experts en allaitement maternel exclusif – Durée de l'allaitement maternel exclusif – Recommandation de Santé Canada, 2004, disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/exclusive_breastfeeding_duration_f.html, site consulté le 2 juillet 2004.
7. M. Beaudry, R. Dufour et S. Marcoux, « Relation between infant feeding and infections during the first six months of life », *Journal of Pediatrics* 126(2), 1995, p. 191-197.
8. P. Nafstad, J.J.K. Jaakkola, J.A. Hagen *et al.*, « Breastfeeding, maternal smoking and lower respiratory tract infection », *European Respiratory Journal*, 9(12), 1996, p. 2623-2629.
9. W.H. Oddy, P.D. Sly, N.H. de Klerk *et al.*, « Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study », *Archives of Disease in Childhood*, 88(3), 2003, p. 224-228.
10. T.K. Young, P.J. Martens, S.P. Taback *et al.*, « Type 2 diabetes mellitus in children: prenatal and early infancy risk factors among native children », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156(7), 2002, p. 651-655.
11. Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada, Santé Canada, *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998 (n° H39-153/1-1998F au catalogue).
12. A. Chen et W.J. Rogan, « Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States », *Pediatrics*, 113(5), 2004, p. e435-439.
13. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
14. E. McNally, S. Hendricks et I. Horowitz, « A look at breastfeeding trends in Canada (1963-1982) », *La revue canadienne de santé publique*, 76(2), 1985, p. 101-107.

15. A. Myres, « A retrospective look at infant feeding practices in Canada: 1965-1978 », *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 40, 1979, p. 209-211.
16. Santé Canada, *Le point sur l'allaitement maternel au Canada*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999 (n° H39-335/1998F au catalogue).
17. J.N.K. Rao, G.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).
18. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
19. E.L. Korn et M.A. Graubard, « Epidemiological studies utilizing surveys: Accounting for the sampling design », *American Journal of Public Health*, 81(9), 1991, p. 1166-1173.
20. L.J. Launer, M.R. Forman, G.L. Hundt *et al.*, « Maternal recall of infant feeding events is accurate », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46(6), 1992, p. 203-206.
21. C. Levitt, L. Hanvey, D. Avard *et al.*, *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1995 (Santé Canada, n° H39-318/1995F au catalogue).
22. T. Stephens et D. Fowler Graham (publié sous la direction de), *Enquête promotion de la santé 1990; rapport technique*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1993 (Santé et bien-être Canada, n° H39-263/2-1990F).
23. K. Sloper, L. McKean et J.D. Baum, « Factors influencing breast feeding », *Archives of Disease in Childhood*, 50(3), 1975, p. 165-170.
24. M.K. Matthews, K. Webber, E. McKim *et al.*, « Infant feeding practices in Newfoundland and Labrador », *La revue canadienne de santé publique*, 86(5), 1995, p. 296-300.
25. L.M. Gartner et F.R. Greer, « Prevention of rickets and vitamin D deficiency: New guidelines for vitamin D intake », *Pediatrics*, 2003, 111(4), p. 908-910.
26. S. Evers, L. Doran et K. Schellenberg, « Influences on breastfeeding rates in low income communities in Ontario », *La revue canadienne de santé publique*, 89(3), 1998, p. 203-207.
27. K.O. O'Connor, D.L. Mowat, H.M. Scott *et al.*, « A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge », *La revue canadienne de santé publique*, 94(2), 2003, p. 98-103.
28. M.J. Burtlehaus, L.A. Smith, S.B. Sheps *et al.*, « Physicians and breastfeeding: Beliefs, knowledge, self-efficacy and counselling practices », 88(6), 1997, p. 36-38.
29. C.M. Barber, T. Abernathy, B. Steinmetz *et al.*, « Using a breastfeeding prevalence survey to identify a population for targeted programs », 88(4), 1997, p. 242-245.
30. P.L. Williams, S.M. Innis et A.M. Vogel, « Breastfeeding and weaning practices in Vancouver », *La revue canadienne de santé publique*, 87(4), 1996, p. 231-236.

Annexe

Tableau A
Certains indicateurs de l'allaitement, femmes qui ont eu un bébé au cours des cinq dernières années, Canada, territoires non compris, 2003

	Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%
Total	7 266	1 400	100
N'a pas allaité	1 213	212	15 [†]
A commencé à allaiter	6 034	1 183	85 [†]
Allaite encore	910	194	16 [‡]
A fini d'allaiter	5 124	989	84 [‡]
A allaité durant six mois et plus	2 355	467	47 [§]
A allaité exclusivement durant six mois et plus	1 139	226	17 ^{††}

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

[†] Le dénominateur est le nombre de femmes qui ont eu un bébé.

[‡] Le dénominateur est le nombre de femmes qui ont commencé à allaiter.

[§] Le dénominateur est le nombre de femmes qui ont terminé d'allaiter.

^{††} Le dénominateur est le nombre de femmes qui ont eu un bébé. Les femmes qui continuaient d'allaiter et celles qui n'avaient pas ajouté de liquide ou d'aliments solides au régime du bébé sont exclues.

Tableau B
Certaines caractéristiques des femmes qui ont eu un bébé au cours des cinq dernières années, Canada, territoires non compris, 2003

	Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%
Total	7 266	1 400	100
Âge			
Moins de 25 ans	919	152	10,9
25 à 29 ans	1 903	341	24,4
30 à 34 ans	2 397	454	32,5
35 ans et plus	2 047	451	32,3
État matrimonial			
Mariée	5 800	1 213	86,7
Non mariée	1 461	185	13,2
Données manquantes	5	1	0,1
Niveau de scolarité			
Pas de diplôme d'études secondaires	863	139	9,9
Diplôme d'études secondaires	1 440	273	19,5
Études postsecondaires partielles	553	104	7,4
Diplôme d'études postsecondaires	4 370	869	62,1
Données manquantes	40	15	1,0
Revenu du ménage			
Inférieur	1 065	152	10,8
Moyen-inférieur	1 610	298	21,3
Moyen-supérieur	2 357	453	32,4
Supérieur	1 728	384	27,4
Données manquantes	506	113	8,1
Statut d'immigrante			
Immigrante	995	315	22,5
Non-immigrante	6 257	1 072	76,6
Données manquantes	54	13	0,9
Résidence			
Région rurale	1 773	247	17,7
Région urbaine	5 493	1 153	82,4
Province			
Terre-Neuve-et-Labrador	234	23	1,6
Île-du-Prince-Édouard	144	7	0,5
Nouvelle-Écosse	262	45	3,2
Nouveau-Brunswick	241	33	2,4
Québec	1 337	294	21,0
Ontario	2 437	560	40,0
Manitoba	467	53	3,8
Saskatchewan	476	47	3,4
Alberta	879	166	11,9
Colombie-Britannique	789	171	12,2

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003



Santé en bref

De courts articles descriptifs qui
présentent de l'information
récente tirée d'enquêtes sur la
santé ou de bases de données
administratives

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



LES PASSAGERS DE CONDUCTEURS EN ÉTAT D'IVRESSE

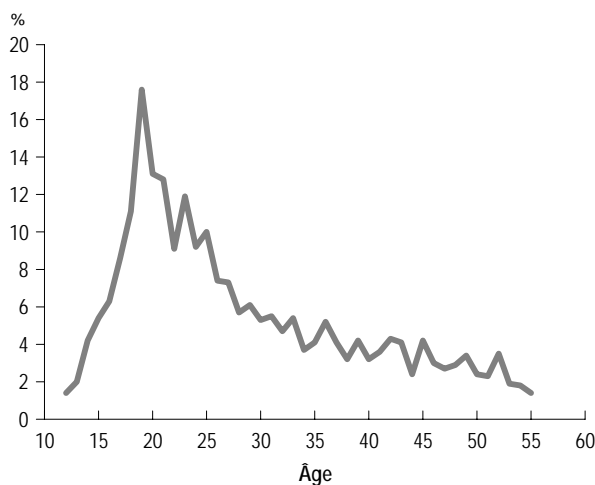
par Claudio E. Pérez

Une assez faible proportion de Canadiens ont déclaré avoir un jour pris place dans un véhicule conduit par une personne ayant trop bu. C'est ce que révèlent les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001. Il s'agit de données tirées du module optionnel de l'enquête auquel ont souscrit l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Québec, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Ainsi, à peine plus de 4 % des résidents de 12 ans et plus de ces six provinces ont dit avoir été le passager d'un conducteur leur donnant l'impression d'avoir trop bu. Un peu plus de la moitié (57 %) de ces passagers étaient de sexe masculin (données non présentées). Le groupe des 15 à 29 ans est celui pour lequel la probabilité de monter dans une voiture conduite par une personne en état d'ivresse est la plus forte, la proportion culminant à 18 % pour les personnes de 19 ans.

Provinces participantes

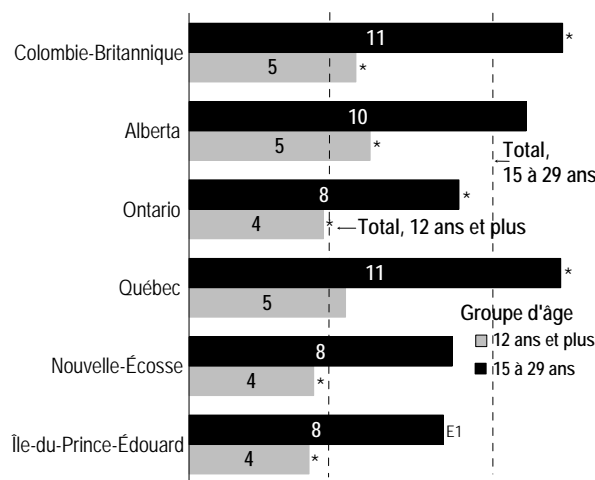
En Colombie-Britannique et en Alberta, les pourcentages

Pourcentage de personnes ayant été le passager d'un conducteur en état d'ivresse l'année précédente, selon l'âge



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 (Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique)

Pourcentage de personnes ayant été le passager d'un conducteur en état d'ivresse l'année précédente, selon la province et le groupe d'âge



Sources des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 (Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique)

* Valeur significativement différente de la moyenne observée pour les six provinces participantes.
E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %

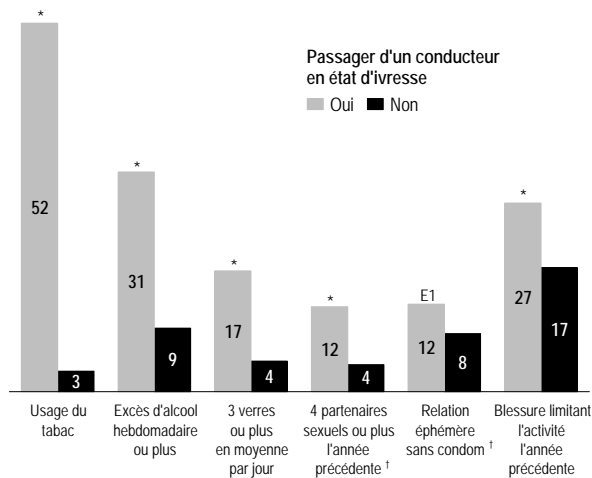
de personnes de 12 ans et plus ayant été le passager d'un conducteur en état d'ivresse sont significativement plus élevés que la moyenne observée à l'endroit des six provinces participantes. En outre, la Colombie-Britannique et le Québec se distinguent par des proportions supérieures à la moyenne de jeunes de 15 à 29 ans s'étant trouvés dans un véhicule conduit par une personne ayant trop bu. Or de tels résultats à l'égard de la Colombie-Britannique semblent contredire d'autres données selon lesquelles des comportements favorables à la santé et à faible risque sont généralement associés aux résidents de cette province. Ainsi, la prévalence de l'usage du tabac en Colombie-Britannique est la plus faible observée au Canada et les taux d'activité physique sont parmi les plus élevés (données non présentées).

Comportements à risque

Monter dans un véhicule dont le conducteur semble

être ivre peut certes s'avérer risqué. Les jeunes qui ont vécu une telle expérience étaient également plus susceptibles d'adopter d'autres comportements posant des risques pour la santé, tels que l'usage du tabac, la consommation abusive d'alcool ou des rapports sexuels avec de multiples partenaires. Les jeunes de 15 à 29 ans qui avaient été le passager d'un conducteur en état d'ivresse étaient quatre fois plus susceptibles que les autres (17 % contre 4 %) de boire, en moyenne, au moins trois boissons alcoolisées par jour. Ils étaient en outre plus susceptibles de fumer et d'avoir eu au moins quatre partenaires sexuels l'année précédente.

Pourcentage de personnes de 15 à 29 ans ayant déclaré certains comportements

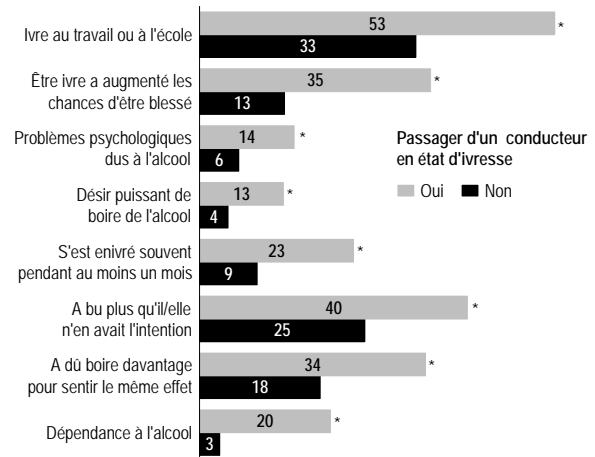


Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 (Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique)
 † Question posée uniquement à l'Île-du-Prince-Édouard, en Ontario et en Alberta.
 * Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la catégorie « non » ($p < 0,05$).
 E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

Dépendance à l'alcool

Plus de la moitié (53 %) des jeunes de 15 à 19 ans qui sont montés dans un véhicule conduit par une personne en état d'ivresse ont dit avoir eux-mêmes été ivres ou avoir souffert de l'excès d'alcool au travail ou à l'école. En outre, 40 % avaient, à l'occasion, consommé plus d'alcool qu'ils n'en avaient eu l'intention au départ. Les proportions

Pourcentage de personnes de 15 à 29 ans ayant déclaré certains comportements et expériences liés à l'alcool



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 (Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique)
 * Valeur significativement différente de l'estimation observée pour la catégorie « non » ($p < 0,05$).

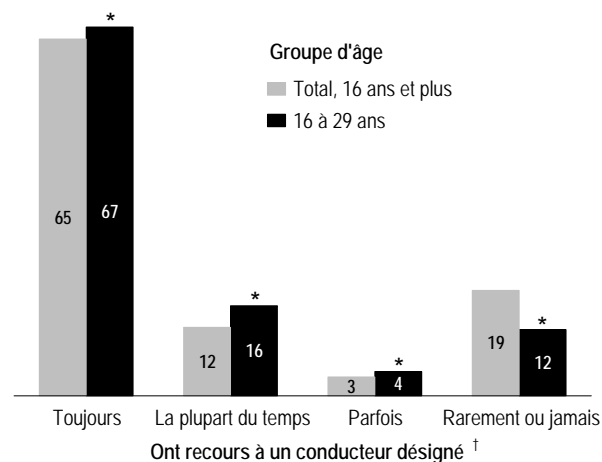
correspondantes sont de 33 % et 25 %, respectivement, pour ceux qui n'ont pas déclaré s'être trouvés dans un véhicule conduit par une personne en état d'ivresse l'année précédente. En ce qui concerne la dépendance probable à l'alcool, les proportions sont de 20 % pour ceux qui avaient été passager d'un conducteur en état d'ivresse et de 3 % pour ceux qui ne l'avaient pas été.

Conducteurs désignés

Près des deux tiers (65 %) des conducteurs de 16 ans et plus titulaires d'un permis de conduire ont déclaré qu'ils veillaient « toujours » à ce qu'un conducteur soit désigné lors de sorties avec des parents ou des amis dans un endroit où de l'alcool sera consommé. Une telle mesure était également prise « la plupart du temps » par 12 % des conducteurs, et « parfois » par 3 % d'entre eux. Cependant, 19 % ont dit n'avoir que « rarement » ou « jamais » un conducteur désigné (données non présentées).

Parmi le groupe des 16 à 29 ans, 67 % ont déclaré qu'ils s'assuraient « toujours » ou « la

Pourcentage de personnes qui ont recours à un conducteur désigné



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 (Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique)
 † Personnes titulaires d'un permis de conduire qui ont déclaré sortir avec l'intention de consommer de l'alcool.

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour le total ($p < 0,05$).

plupart du temps » de disposer d'un conducteur désigné. Une telle pratique tient peut-être en partie aux exigences qu'imposent les autorités de certaines provinces aux jeunes conducteurs. Ainsi, ces derniers doivent, pendant quelques années après l'obtention du permis de conduire, s'astreindre à ne pas consommer d'alcool lorsqu'ils conduisent, autrement dit leur taux d'alcool dans le sang doit être nul¹.

Claudio E. Pérez (Claudio.Pérez@statcan.ca; 613-951-1733) travaille à la Division des industries de service à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Source des données

Les données proviennent du premier cycle de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), réalisée de septembre 2000 à octobre 2001². Toutes les estimations sont fondées sur les données les plus récentes disponibles concernant les personnes qui ont été le passager d'un conducteur donnant l'impression d'avoir trop bu.

L'ESCC est une enquête générale sur la santé qui couvre la population à domicile de 12 ans et plus. L'enquête exclut de son champ d'observation les résidents des réserves indiennes ainsi que ceux des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. Au premier cycle, le taux global de réponse était de 85 %; la taille totale de l'échantillon était de 131 535.

Le calcul de la variance tant des estimations que des écarts entre les estimations a été fait selon la méthode du *bootstrap*, laquelle tient compte du plan d'échantillonnage complexe de l'enquête^{3,4}.

Références

1. Gouvernement de l'Ontario, Graduating Licensing, Ministry of Transportation, disponible à : <http://www.mto.gov.on.ca/english/dand/driver/gradu/index.html>, site consulté le 10 septembre 2004.
2. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. J.N.K. Rao, G.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).
4. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.

Questions

La présente analyse porte sur l'information provenant du module intitulé « La conduite automobile et la consommation d'alcool » de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001. Ce module optionnel a été inclus à la demande de toutes les régions sociosanitaires des provinces suivantes : Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique. Pour repérer les *passagers d'un conducteur en état d'ivresse*, on a demandé aux résidents de ces provinces : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été le passager dans une voiture dont le conducteur avait trop bu? »

L'ESCC fournit des renseignements sur plusieurs aspects du *comportement à risque*. Des questions sur la consommation d'alcool et l'usage du tabac ont été posées à tous les participants à l'enquête. Ceux qui ont déclaré qu'ils fumaient des cigarettes tous les jours ou à l'occasion ont été considérés comme étant des *fumeurs*. Pour les personnes qui ont répondu affirmativement à la question « Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée? », on a déterminé la *consommation quotidienne d'alcool* moyenne. Les personnes qui ont dit avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois se sont vu demander : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu cinq verres ou plus d'alcool à une même occasion? ».

Pour évaluer la *dépendance à l'égard de l'alcool*, plusieurs autres questions ont été posées aux personnes qui ont déclaré avoir consommé cinq verres ou plus d'alcool à une même occasion au moins une fois par mois l'année précédente. « Au cours des 12 derniers mois, ...

- vous êtes-vous enivré(e) ou soûlé(e) ou avez-vous souffert des excès d'alcool (mal à la tête, langue pâteuse ou mal au cœur) pendant que vous étiez au travail ou à l'école ou que vous preniez soin des enfants? »
- vous est-il déjà arrivé d'être ivre ou soûlé(e) ou de souffrir d'excès d'alcool dans une situation qui augmentait vos chances de vous blesser? (Par exemple conduire un bateau, utiliser des armes, traverser dans la circulation ou lors d'une activité sportive) »
- avez-vous éprouvé des difficultés affectives ou psychologiques résultant de la consommation d'alcool, par exemple, vous êtes-vous senti(e) désintéressé(e) des choses en général, déprimé(e) ou soupçonneux(se) à l'égard d'autres personnes? »
- avez-vous éprouvé un désir ou un besoin tellement grand de consommer de l'alcool que vous n'avez pu y résister ou que vous ne pouviez penser à rien d'autre? »
- y a-t-il eu une période d'un mois ou plus où vous avez passé beaucoup de temps à vous enivrer ou à souffrir d'excès d'alcool? »
- avez-vous déjà bu beaucoup plus ou avez-vous bu pendant une période plus longue que vous n'en aviez l'intention? »
- vous est-il arrivé de constater que vous deviez consommer plus d'alcool que d'habitude pour ressentir le même effet ou que la consommation de la même quantité avait moins d'effet qu'auparavant? »

Les personnes de 15 à 59 ans de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario et de l'Alberta se sont vu poser plusieurs questions sur le *comportement sexuel*, en commençant par « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels? ». Ceux et celles qui avaient eu plus de deux partenaires sexuels au cours de l'année précédente ont été interrogés sur la durée des relations et sur l'utilisation de condoms. Aux personnes qui ont déclaré avoir eu une relation de moins de 12 mois avec un partenaire, on a également posé une question sur la fréquence de l'utilisation de condoms.

Les participants à l'enquête se sont en outre vu demander s'ils étaient titulaires d'un permis de conduire valide pour véhicule automobile (voiture, camionnette, camion ou motocyclette). Dans l'affirmative, ils devaient préciser s'ils sortaient parfois avec des amis ou des membres de leur famille tout en ayant eux-mêmes l'intention de consommer de l'alcool. En pareil cas, on demandait s'ils avaient pris des dispositions pour nommer un *conducteur désigné*.

LE RECOURS AUX SOINS DE SANTÉ NON TRADITIONNELS

par Jungwee Park

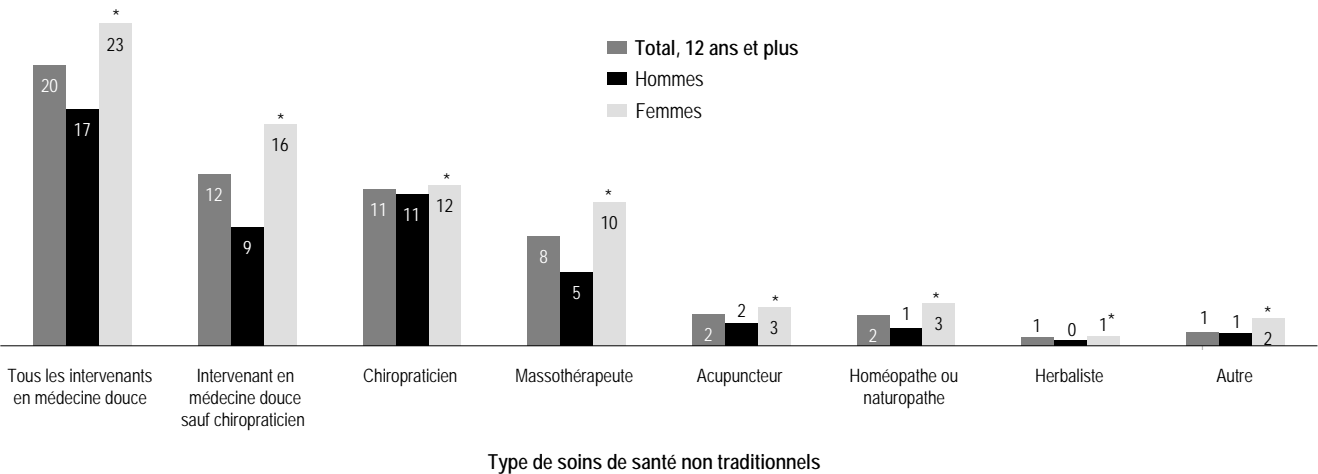
En 2003, 20 % des Canadiens de 12 ans et plus, soit 5,4 millions de personnes, ont déclaré avoir eu recours à des soins de santé non traditionnels ou complémentaires (tableau A). Cette estimation est fondée sur des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'enquête comportait des questions portant sur des consultations « d'intervenants en médecine douce » et de chiropraticiens durant les 12 mois qui ont précédé sa tenue. Ainsi, les résultats de 2003 révèlent une tendance à la hausse du recours aux soins non traditionnels ou complémentaires^{1,2}. En 1994-1995, environ 15 % des Canadiens de 18 ans et plus avaient eu recours à de tels soins¹.

Nombreuses consultations de chiropraticiens

Les chiropraticiens ont été consultés le plus fréquemment (11 %), suivis des massothérapeutes (8 %), puis des acupuncteurs (2 %) et des homéopathes ou naturopathes (2 %).

Quel que soit le type de traitement non traditionnel, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir consulté un intervenant en médecine douce l'année dernière. Par exemple, la proportion de femmes qui ont déclaré qu'elles avaient eu recours aux services d'un massothérapeute était deux fois plus élevée que celle des hommes (10 % par rapport à 5 %).

Pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir consulté un intervenant en médecine douce l'année précédente, selon le sexe



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
 * Valeur significativement plus élevée que l'estimation observée pour les hommes (p < 0,05).

L'âge des personnes les plus susceptibles d'avoir eu recours à des soins de santé non traditionnels variait entre 25 et 64 ans, ce qui correspond « au milieu de la vie ». Les jeunes (12 à 24 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus) étaient moins susceptibles d'avoir eu recours à de tels soins.

Recours plus élevé dans les provinces de l'Ouest

Comparativement à la moyenne nationale, le recours aux soins de santé non traditionnels était élevé en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba, et faible dans les provinces de l'Atlantique et au Nunavut. Dans l'Ouest, entre 13 % et 18 % des habitants ont déclaré avoir consulté un chiropraticien, comparativement à moins de 5 % dans les provinces de l'Atlantique.

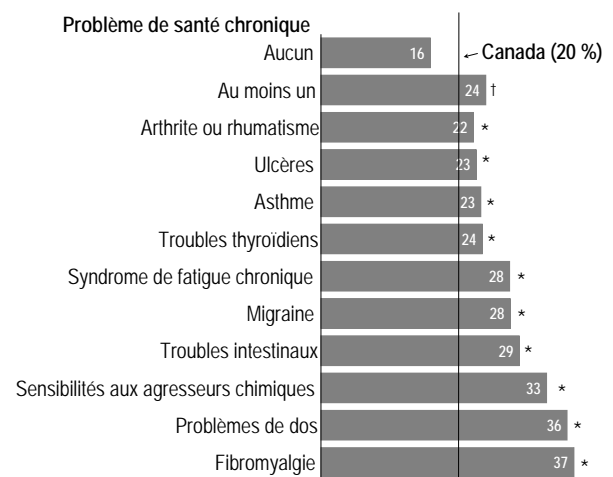
Les différences entre les provinces tiennent en partie aux écarts observés dans les indemnités qu'offrent les régimes provinciaux d'assurance-maladie et aux différentes politiques de réglementation³. Par exemple, Santé Manitoba couvre un nombre maximal de 12 visites par an chez le chiropraticien⁴, tandis que les services des chiropraticiens ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie de Terre-Neuve-et-Labrador⁵.

Questions

Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, on a posé la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois est-ce que vous avez vu ou consulté un intervenant en médecine douce, comme un acupuncteur, un homéopathe ou un massothérapeute pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux? » Les personnes qui ont répondu « oui » se sont vu demander quel type d'intervenant elles avaient vu ou consulté. Les chiropraticiens ne figuraient pas au nombre des intervenants en médecine douce. Les renseignements au sujet des chiropraticiens sont tirés des réponses à cette question : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux un chiropraticien? »

La couverture des soins de santé non traditionnels n'est pas uniforme à l'échelle du Canada³ et les tarifs sont modifiés périodiquement⁶, ce qui entraîne des frais pour de nombreuses personnes. Dernièrement, certains assureurs privés ont commencé à offrir une couverture limitée pour de tels services de soins⁶. Ainsi, les personnes qui ont une couverture d'assurance-santé en sus de leur régime de soins médicaux provincial peuvent être davantage portées à recourir aux soins de santé non traditionnels. L'ESCC ne permet pas de collecter certains renseignements plus particuliers. Cependant, d'autres études ont constaté une couverture élargie surtout chez les gens de 35 à 44 ans et de 45 à 64 ans, en Saskatchewan et au Manitoba, et chez les personnes à revenu plus élevé⁷.

Pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir consulté un intervenant en médecine douce l'année précédente, selon la présence de certains problèmes de santé chroniques



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
* Valeur significativement plus élevée que l'estimation observée pour le Canada ($p < 0,05$).

† Valeur significativement plus élevée que l'estimation observée pour les personnes sans problèmes de santé chroniques ($p < 0,05$).

Recours lié au revenu et au niveau de scolarité

Comme les coûts de nombreux types de soins de santé non traditionnels sont, tout au plus,

partiellement couverts par les régimes provinciaux, le recours à de tels services augmente, il va sans dire, avec le revenu. Ainsi, 26 % des personnes dont le revenu se situait dans la catégorie supérieure avaient eu recours à des services de soins non traditionnels en 2003, comparativement à 13 % seulement de celles dont le revenu était dans la catégorie inférieure.

Pour des revenus correspondants, les personnes au niveau de scolarité le plus élevé ont tendance à consulter des intervenants en médecine douce plus souvent. Plus du quart (26 %) des titulaires d'un diplôme d'études collégiales ont ainsi eu recours à un type quelconque de soins de santé non traditionnels ou complémentaires en 2003, comparativement à 16 % des personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires.

Problèmes de santé chroniques, recours plus fréquent

En 2003, environ le quart des personnes chez qui au moins un problème de santé chronique avait été diagnostiqué avaient consulté un intervenant en

médecine douce. La proportion correspondante (16 %) était toutefois sensiblement différente chez les personnes qui ne présentaient pas de problèmes de santé chroniques. Plus de 30 % des personnes souffrant de fibromyalgie, de problèmes de dos ou de sensibilités aux agresseurs chimiques avaient consulté un intervenant en médecine douce. La consultation de ces intervenants était fréquente également chez les personnes souffrant de troubles intestinaux, de migraine, du syndrome de fatigue chronique, de troubles thyroïdiens, d'asthme, d'ulcères ou d'arthrite ou de rhumatisme.

Jungwee Park (613-951-4598; Jungwee.Park@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Source des données

Les estimations relatives au recours aux soins de santé non traditionnels sont fondées sur des données tirées du cycle 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) menée en 2003. L'enquête a permis de recueillir des renseignements auprès de 135 573 personnes de 12 ans et plus. La population cible comprenait les résidents à domicile de 12 ans et plus dans toutes les provinces et les territoires, sauf les résidents des réserves indiennes, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les résidents des établissements de santé et les habitants de certaines régions éloignées.

Pour tenir compte des effets du plan d'enquête, les erreurs-types et les coefficients de variation de toutes les estimations et les écarts entre les estimations ont été estimés selon la méthode du *bootstrap*^{8,9}. Un niveau de signification de $p < 0,05$ a été appliqué dans tous les cas.

Références

1. W.J. Millar, « Les praticiens de médecine non traditionnelle—profils de consultation », *Rapports sur la santé*, 13(1), 2001, p. 9-24 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, « Recours aux soins de santé parallèles », *Rapport sur la santé de la population canadienne*, préparé en vue de la réunion des ministres de la santé, septembre 1999 (Santé Canada, n° H39-467/1999 au catalogue).
3. York University Centre for Health Studies, *Complementary and Alternative Health Practices and Therapies: A Canadian Overview*, York University Centre for Health Studies, Toronto, 1999.
4. Santé Manitoba, Régime d'assurance-maladie du Manitoba, disponible à : <http://www.gov.mb.ca/health/mbsip/index.fr.html>, site consulté le 28 octobre 2004.
5. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, Newfoundland and Labrador Medical Care Plan, disponible à : <http://www.gov.nf.ca/mcp/html/mcp.htm>, site consulté le 28 octobre 2004.
6. Réseau canadien de la santé, Approches complémentaires et parallèles en santé, disponible à : <http://Canadian-health-network.ca>, site consulté le 28 octobre 2004.
7. C. Ramsay, M. Walker et J. Alexander, « Alternative medicine in Canada: use and public attitudes », *Public Policy Sources*, publication occasionnelle du Fraser Institute, 1999, p. 21.
8. J.N.K. Rao, G.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).
9. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.

Tableau A

Pourcentage de personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir consulté un intervenant en médecine douce l'année précédente, selon certaines caractéristiques, Canada, 2003

	Tous les intervenants en médecine douce		Intervenant en médecine douce sauf chiro-praticien		Chiro-praticien		Masso-thérapeute		Acu-puncteur		Homéopathe ou naturopathe		Herbaliste		Autre	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Total	5 373	20,3	3 288	12,4	3 002	11,3	2 093	7,9	597	2,3	579	2,2	148	0,6	386	1,5
Sexe																
Homme	2 232	17,1	1 127	8,6	1 438	11,0	696	5,3	215	1,6	167	1,3	50	0,4	119	0,9
Femme	3 141	23,3 [†]	2 162	16,0 [†]	1 564	11,6 [†]	1 397	10,4 [†]	382	2,8 [†]	412	3,1 [†]	98	0,7 [†]	267	2,0 [†]
Groupe d'âge																
12 à 24 ans	773	14,1*	415	7,6*	456	8,3*	269	4,9*	59	1,1*	76	1,4*	15 ^{E1}	0,3 ^{E1}	40	0,7*
25 à 44 ans	2 373	25,2*	1 561	16,5*	1 271	13,5*	1 091	11,6*	230	2,4*	250	2,7*	64	0,7*	177	1,9*
45 à 64 ans	1 744	22,2*	1 082	13,8*	967	12,3*	633	8,1	238	3,0*	210	2,7*	54	0,7*	145	1,9*
65 ans et plus	483	12,8*	230	6,1*	309	8,2*	99	2,6*	70	1,8*	43	1,1*	15	0,4*	24	0,6*
Revenu du ménage																
Inférieur	266	13,2*	159	7,9*	145	7,2*	77	3,8*	38	1,9*	32	1,6*	17 ^{E1}	0,9 ^{E1}	22	1,1*
Moyen-inférieur	704	16,1*	396	9,1*	414	9,5*	206	4,7*	82	1,9*	78	1,8*	32	0,7	68	1,6
Moyen-supérieur	1 604	21,1	972	12,8	902	11,9	605	8,0*	183	2,4	176	2,3	40	0,5	114	1,5
Supérieur	2 072	25,5*	1 350	16,6*	1 111	13,7*	955	11,8*	202	2,5*	221	2,7*	39	0,5*	139	1,7
Niveau de scolarité¹																
Pas de diplôme d'études secondaires	880	16,4*	402	8,5*	578	10,0*	213	4,5*	90	2,1*	73	1,4*	23 ^{E2}	0,4 ^{E2}	44	1,0*
Diplôme d'études secondaires	917	21,4*	517	12,4*	558	13,0	331	8,0*	90	2,2*	86	2,0*	27	0,7	55	1,4*
Études postsecondaires partielles	420	24,9	250	14,7	245	15,1*	162	9,5	48	2,6	40	2,2*	13 ^{E1}	1,0 ^{E1}	28	1,9
Diplôme d'études postsecondaires	3 059	26,4*	2 058	18,0*	1 571	13,5*	1 350	12,0*	360	3,1*	372	3,3*	82	0,7	244	2,2*
Province ou territoire																
Terre-Neuve-et-Labrador	36	7,8*	22	4,8*	20	4,4*	16	3,4*	4 ^{E1}	0,9 ^{E1}	3 ^{E1}	0,7 ^{E1}	F	F	2 ^{E2}	0,4 ^{E2}
Île-du-Prince-Édouard	11	9,6*	8	6,9*	5	4,3*	4	3,1*	4 ^{E1}	3,2 ^{E1}	2 ^{E2}	1,6 ^{E2}	F	F	F	F
Nouvelle-Écosse	80	10,0*	59	7,4*	31	3,9*	37	4,6*	17 ^{E1}	2,1 ^{E1}	9 ^{E1}	1,1 ^{E1}	F	F	4 ^{E1}	0,6 ^{E1}
Nouveau-Brunswick	73	11,4*	52	8,2*	30	4,7*	32	5,1*	14	2,2	8 ^{E1}	1,2 ^{E1}	F	F	5 ^{E1}	0,8 ^{E1}
Québec	1 240	19,5*	824	13,0*	560	8,8*	473	7,4*	156	2,4	159	2,5*	14 ^{E1}	0,2 ^{E1}	167	2,6*
Ontario	1 971	19,2*	1 174	11,4*	1 154	11,2	761	7,4*	192	1,9*	230	2,2	52	0,5	96	0,9*
Manitoba	234	25,7*	115	12,6	160	17,5*	88	9,7*	14	1,6*	12	1,3*	6 ^{E1}	0,7 ^{E1}	7 ^{E1}	0,8 ^{E1}
Saskatchewan	207	26,0*	130	16,3*	122	15,3*	101	12,6*	18	2,3	8	1,0*	6 ^{E1}	0,7 ^{E1}	9	1,1*
Alberta	712	27,5*	415	16,0*	461	17,8*	306	11,8*	64	2,5	50	1,9	25	1,0*	29	1,1*
Colombie-Britannique	796	22,6*	479	13,6*	454	12,9*	269	7,7	112	3,2*	97	2,8*	42	1,2*	65	1,8*
Yukon	6	22,9	4	16,9*	2	8,0*	2 ^{E1}	8,5 ^{E1}	1 ^{E1}	4,7 ^{E1}	1 ^{E2}	2,3 ^{E2}	1 ^{E1}	2,6 ^{E1}	1 ^{E1}	4,0 ^{E1}
Territoires du Nord-Ouest	6	17,9	4	13,1	3	9,0	3	9,2	1 ^{E2}	1,6 ^{E2}	F	F	F	F	F	F
Nunavut	1 ^{E1}	3,9 ^{E1}	0	3,3*	F	F	0 ^{E1}	2,4 ^{E1}	F	F	F	F	F	F	F	F

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

Nota : Les chiffres ayant été arrondis au millier près, certaines estimations peuvent n'équivaloir qu'à zéro.

† Valeur significativement plus élevée que l'estimation observée pour les hommes ($p < 0,05$).

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation observée pour l'ensemble des personnes ($p < 0,05$).

‡ Pour les personnes de 25 à 64 ans.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,0 % et 33,3 %.

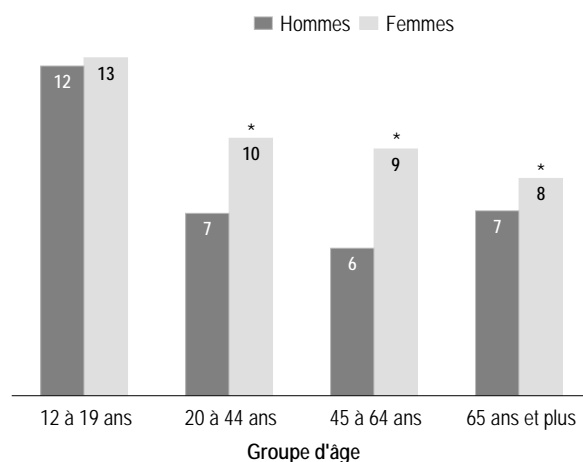
F Coefficient de variation supérieur à 33,0 % ou taille de l'échantillon inférieure à 10.

L'ASTHME

par Yue Chen, Helen Johansen, Satha Thillaiampalam et Christie Sambell

L'asthme est une maladie chronique dont les symptômes comprennent la toux, l'essoufflement, les serremments à la poitrine et la respiration sifflante. Les symptômes et les crises (épisodes d'essoufflement plus graves) font habituellement leur apparition après une infection respiratoire virale, l'exercice ou l'exposition à des agents allergènes ou à des vapeurs ou des gaz irritants¹. Ces expositions provoquent une inflammation de la paroi des voies respiratoires et un rétrécissement anormal de celles-ci, ce qui déclenche les symptômes de l'asthme. Les facteurs de risque probables incluent des antécédents familiaux d'allergie, le faible poids à la naissance, le syndrome de détresse respiratoire, les infections respiratoires fréquentes, une forte exposition à des allergènes atmosphériques dans la petite enfance et l'exposition à la fumée du tabac^{2,3}. Chez les adultes, l'asthme peut résulter de l'exposition au lieu de travail ou de l'exposition concurrente à des agents infectieux, des allergènes et des polluants².

Pourcentage de la population[†] souffrant d'asthme

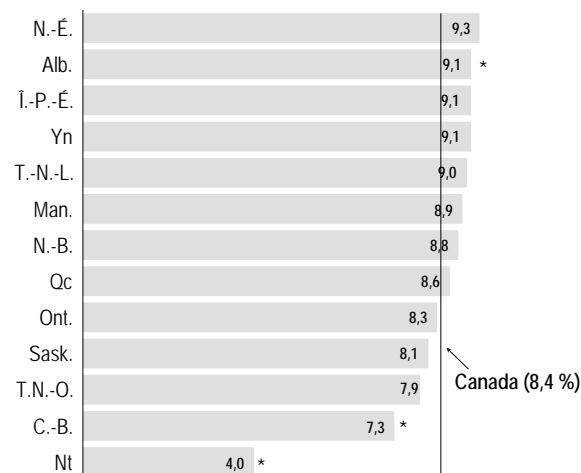


Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

[†] Personnes de 12 ans et plus.

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour les hommes ($p < 0,05$).

Pourcentage de la population[†] souffrant d'asthme, selon la province ou le territoire



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

[†] Personnes de 12 ans et plus.

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour le Canada ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

Prévalence

Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003, 8,4 % des personnes de 12 ans et plus, soit 9,6 % des femmes et 7,1 % des hommes, ont déclaré avoir été diagnostiquées comme souffrant d'asthme (tableau A). Cela représente plus de deux millions de personnes. La prévalence chez les adolescents et les adolescentes est semblable, soit 12,2 % et 12,6 %, respectivement. Dans les groupes plus âgés, les taux baissent pour l'un et l'autre sexe, et les femmes sont plus susceptibles que les hommes de déclarer souffrir d'asthme. Bien que la prévalence de l'asthme soit la plus élevée chez les enfants et les adolescents, le nombre d'asthmatiques est le plus élevé chez les adultes.

Faibles différences entre provinces et territoires

En 2003, la prévalence de l'asthme variait peu selon la province ou le territoire. Seule l'Alberta a enregistré un taux de prévalence significativement supérieur au taux national. De faibles taux ont en outre été

observés parmi les résidents de la Colombie-Britannique et du Nunavut.

Qualité de vie

Une crise d'asthme, accompagnée de sensations de suffoquer, de manquer de souffle et de perdre le contrôle, est effrayante et peut constituer un danger de mort. Parmi les personnes qui ont déclaré souffrir d'asthme en 2003, 48 % des hommes et 60 % des femmes en ont éprouvé les symptômes ou ont fait des crises d'asthme au cours des 12 derniers mois. La probabilité d'avoir fait une crise était relativement faible chez les adolescents et chez les personnes âgées. Par contre, elle était significativement élevée chez les personnes souffrant d'asthme dans le groupe des 20 à 44 ans et chez les femmes asthmatiques de 45 à 64 ans.

Pourcentage de la population souffrant d'asthme qui a eu des symptômes ou des crises au cours des 12 derniers mois

	Total %	Hommes %	Femmes %
Total	54,9	48,2	59,8 [†]
12 à 19 ans	42,7*	37,1*	48,5* [†]
20 à 44 ans	61,1*	56,0*	64,7* [†]
45 à 64 ans	57,9*	47,2	64,1* [†]
65 ans et plus	46,2*	42,9*	48,5*

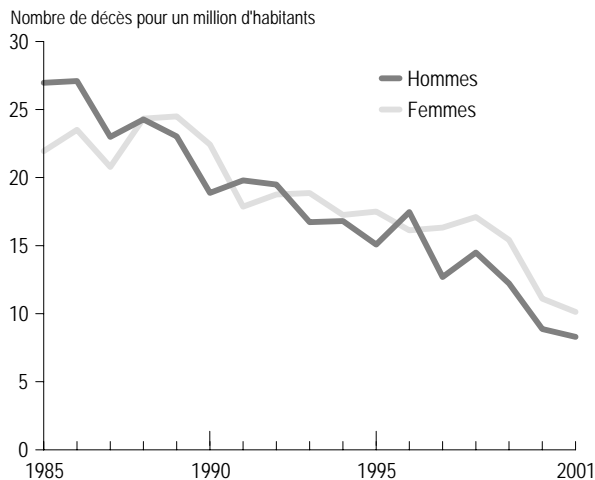
Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003
 * Valeur significativement différente de l'estimation observée pour le total (p < 0,05).
 † Valeur significativement différente de l'estimation observée pour les hommes (p < 0,05).

La plupart des personnes asthmatiques avaient pris des médicaments contre l'asthme au cours des 12 derniers mois, soit 68 % des hommes et 78 % des femmes.

L'asthme peut certes influencer la qualité de vie, car elle entraîne souvent des absences de l'école ou du travail ou empêche de participer à d'autres activités. Une analyse des données de 1996-1997 a révélé que 35 % des personnes

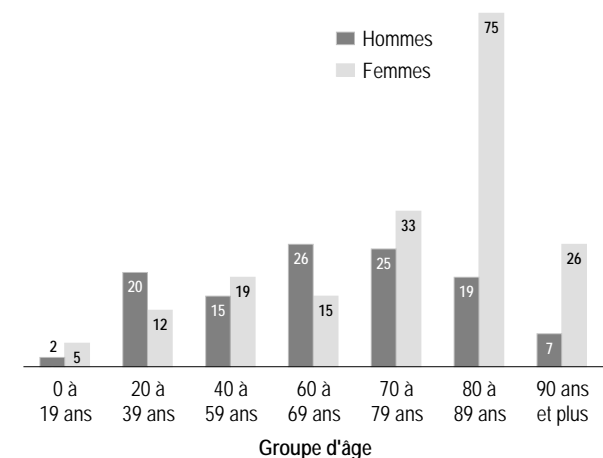
faisant de l'asthme ont déclaré que leurs activités quotidiennes avaient été limitées au cours de l'année précédente, pendant un à cinq jours dans le cas de 22 % de ces personnes et pendant plus de cinq jours dans le cas de 13 %⁴. Plus de la moitié des personnes faisant de l'asthme en ressentaient fréquemment les symptômes, notamment une respiration sifflante, de l'essoufflement ou de la fatigue, lesquels se manifestaient soit quotidiennement (14 %), soit plusieurs fois par mois (37 %).

Taux comparatifs de mortalité due à l'asthme, 1985 à 2001



Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité

Nombre de décès dus à l'asthme, 2001



Source des données : Base canadienne de données sur la mortalité

Hospitalisations et réhospitalisations

Au cours de la période de trois ans comprise entre avril 1998 et mars 2001, près de 80 000 personnes ont été hospitalisées pour des motifs liés à l'asthme. Les taux d'hospitalisation étaient les plus élevés chez les jeunes enfants et les personnes âgées. À cet égard, le risque d'une hospitalisation liée à l'asthme au cours de l'enfance était plus élevé chez les garçons que chez les filles. Cet écart entre les sexes a diminué durant l'adolescence et, chez les adultes, le risque était plus élevé parmi les femmes. La disparité des taux d'hospitalisation entre les hommes et les femmes était plus grande avant 50 ans et diminuait progressivement chez les personnes âgées.

Comme l'asthme est une maladie chronique, les réhospitalisations pour ce problème de santé sont assez courantes. Parmi les personnes souffrant

d'asthme qui ont été hospitalisées entre le 1^{er} avril 1998 et le 31 mars 2001, celles âgées de moins d'un an étaient les plus susceptibles d'avoir fait plus d'un séjour à l'hôpital durant cette période. Les taux de réhospitalisation étaient également élevés chez les femmes dans les groupes des 15 à 19 ans et des 45 à 49 ans, tandis que chez les hommes, les taux de réhospitalisation avaient tendance à augmenter de la trentaine jusqu'à la fin de la cinquantaine. Les analyses des données pour la période allant de 1994-1995 à 1996-1997 révèlent des profils similaires^{5,6}.

Les décès sont rares

Peu de gens meurent de l'asthme et, pour les deux sexes, les taux comparatifs de mortalité due à l'asthme ont baissé fortement depuis 1985. En 2001, le nombre total de décès dus à l'asthme se chiffrait à 299. Après l'âge de 70 ans, un nombre considérablement plus élevé de femmes que d'hommes sont emportés par cette maladie, ce qui reflète le taux plus élevé de mortalité due à l'asthme chez les femmes plus âgées et le fait que, dans les groupes d'âge plus avancé, les femmes sont plus nombreuses que les hommes.

Questions

Les estimations de la prévalence de l'*asthme* chez les Canadiens et les Canadiennes de 12 ans et plus sont fondées sur les réponses aux questions de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003. On a posé aux participants à cette enquête des questions sur certains problèmes de santé chroniques qui duraient ou devaient durer six mois ou plus et qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé. À ceux qui ont répondu « oui » à la question « Faites-vous de l'asthme? », on a posé ensuite les questions suivantes :

- « Avez-vous eu des symptômes d'asthme ou fait des crises d'asthme au cours des 12 derniers mois? »
- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments contre l'asthme, tels que : inhalateurs, nébuliseurs, pilules, liquides ou injections? »

Yue Chen (613-562-5800, poste 8287; ychen@uottawa.ca) travaille à la Faculté de médecine à l'Université d'Ottawa; Helen Johansen (613-722-5570; johahel@statcan.ca), Satha Thillaiampalam et Christie Sambell travaillent à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Sources des données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1

Les estimations de la prévalence de l'asthme sont fondées sur les données du deuxième cycle de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), qui s'est déroulé de janvier à la fin de décembre 2003. L'ESCC est une enquête-santé générale couvrant la population à domicile de 12 ans et plus. Elle n'inclut pas les résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes ni de certaines régions éloignées. Le taux de réponse global pour le deuxième cycle était de 80,6 %; la taille totale de l'échantillon était de 135 573.

Les estimations ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population canadienne de 12 ans et plus de l'an 2000. La variance des estimations et celle des différences entre les estimations ont été calculées selon la méthode du *bootstrap* qui tient compte du plan d'échantillonnage complexe de l'enquête^{7,8}.

Base de données de l'information sur la santé orientée vers la personne

Les renseignements sur l'hospitalisation sont fondés sur les dossiers des hôpitaux de chaque province pour les exercices 1998-1999 à 2000-2001, qui ont été couplés à l'aide du numéro d'identification du patient. Les renseignements sont basés sur un exercice qui commence le 1^{er} avril. Les causes d'hospitalisation sont codées et mises en tableau conformément à la *Classification internationale des maladies, neuvième révision* (CIM-9)⁹. Une hospitalisation liée à l'asthme a été définie comme étant une admission pour laquelle le code du premier diagnostic correspond à l'asthme (CIM-9, code : 493).

Base canadienne de données sur la mortalité

Les renseignements sur les décès attribuables à l'asthme sont tirés de la Base canadienne de données sur la mortalité. Cette base de données, créée d'après les renseignements transmis par les bureaux de l'état civil de chaque province et territoire, est tenue à jour par Statistique Canada. Les codes de la CIM-10 utilisés pour l'asthme en 2000-2001 étaient J45 et J46.

Références

1. National Institutes of Health, *Global Initiative for Asthma, HNLBI/WHO Report*, janvier 1995.
2. Organisation mondiale de la Santé, *Global Initiative for Asthma: Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, HNLBI/WHO Workshop Report, National Institutes of Health, 1995, p. 26-32.
3. D. Schaebel, H. Johansen, M. Dutta *et al.*, « Neonatal characteristics as risk factors for pre-school asthma », *Journal of Asthma*, 33(4), 1996, p. 255-264.
4. Comité de rédaction (Institut canadien d'information sur la santé, Association pulmonaire du Canada, Santé Canada et Statistique Canada), *Les maladies respiratoires au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2001, p. 33-44 (Statistique Canada, n° 82-574-XIF au catalogue).
5. Y. Chen, P. Stewart, H. Johansen *et al.*, « Sex difference in hospitalisation due to asthma in relation to age », *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 2003, p. 180-187.
6. Y. Chen, P. Stewart, H. Johansen *et al.*, « Hospital readmissions for asthma in children and young adults in Canada », *Pediatric Pulmonology*, 36, 2003, p. 22-26.
7. J.N.K. Rao, G.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).
8. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
9. Organisation mondiale de la Santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la 9^e révision, 1975, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1977.

Tableau A

Prévalence de l'asthme, selon le sexe et la province, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2003

	Total		Hommes		Femmes	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Total	2 227	8,4	933	7,1	1 294	9,6 [†]
Groupe d'âge						
12 à 19 ans	411,7	12,4*	208,0	12,2*	203,7	12,6*
20 à 44 ans	950,3	8,2	395,4	6,8*	554,8	9,6 [†]
45 à 64 ans	578,0	7,4*	214,5	5,5*	363,4	9,2 [†]
65 ans et plus	286,8	7,6*	114,9	6,9	172,0	8,1 [†]
Province ou Territoire						
Terre-Neuve-et-Labrador	41,5	9,0	20,1	8,9	21,4	9,2
Île-du-Prince-Édouard	10,9	9,1	4,4	7,6	6,5	10,6
Nouvelle-Écosse	73,9	9,3	30,1	7,8	43,8	10,7 [†]
Nouveau-Brunswick	56,2	8,8	22,6	7,2	33,6	10,3 [†]
Québec	544,7	8,6	228,0	7,3	316,8	9,8 [†]
Ontario	855,8	8,3	345,4	6,8	510,3	9,8 [†]
Manitoba	81,2	8,9	35,2	7,8	46,0	9,9
Saskatchewan	64,4	8,1	27,1	6,9	37,2	9,2 [†]
Alberta	236,6	9,1*	104,0	8,0	132,6	10,3 [†]
Colombie-Britannique	256,0	7,3*	113,5	6,6	142,5	8,0 [†]
Yukon	2,3	9,1	0,8 ^{E1}	6,8 ^{E1}	1,4	11,4 [†]
Territoires du Nord-Ouest	2,7	7,9	1,3 ^{E1}	7,4 ^{E1}	1,4 ^{E1}	8,4 ^{E1}
Nunavut	0,6 ^{E1}	4,0 ^{*E1}	F	F	0,4 ^{E1}	5,9 ^{E1}

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

* Valeur significativement différente de l'estimation observée pour le total ($p < 0,05$).

† Valeur significativement différente de l'estimation observée pour les hommes ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 et 25,0 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca





Pour commander les publications

Un inventaire des produits et services d'information de la Division de la statistique de la santé comprenant les publications (sur papier, disquette, microfiche ou dans Internet), les fichiers de microdonnées et les totalisations spéciales

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca





Pour obtenir les produits ci-dessous, veuillez communiquer avec :

Statistique Canada
 Finance
 6^e étage, immeuble R.-H. Coats
 120 avenue Parkdale
 Ottawa (Ontario)
 K1A 0T6
 Téléphone (Canada et États-Unis) : 1 800 267-6677
 Télécopieur (Canada et États-Unis) : 1 877 287-4369
 Courriel : infostats@statcan.ca

Ou visiter notre site Web : www.statcan.ca

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) ^{†‡}
Guide de la statistique sur la santé			
L'information sur la santé en direct de Statistique Canada (Ce guide vous permet d'accéder rapidement à de l'information reliée à la santé dans le site Web de Statistique Canada. Disponible en format html et ne peut être téléchargé.)	82-573-GIF	Internet	Gratuit
Avortements provoqués			
Statistiques sur les avortements provoqués	82-223-XIF	Internet	Gratuit
Cancer			
Statistiques sur le cancer (Incidence du cancer au Canada; Statistiques sur la survie au cancer; Manuels du Registre canadien du cancer; La filière du cancer, bulletin des registres du cancer au Canada)	84-601-XIF	Internet	Gratuit
Enquête nationale sur la santé de la population			
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995	82-567-XPB 82-567-XIB	Papier Internet	10 \$ 8 \$
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997	82-567-XPB 82-567-XIB	Papier Internet	35 \$ 26 \$
Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$
Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – composante des ménages	82M0009GPF	Papier	50 \$
Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997 – établissements de soins de santé	82M0010GPF	Papier	50 \$
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes			
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être	82-617-XIF	Internet	Gratuit
Contenu optionnel et autres tableaux connexes, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	82-577-XIF	Internet	Gratuit
Profiles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	82-576-XIF	Internet	Gratuit
Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001	82-575-XIF	Internet	Gratuit
Espérance de vie			
Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires, 1995-1997	84-537-XIF	Internet	15 \$
Établissements de soins			
Établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1998-1999 (Disponible sous forme de totalisations spéciales en communiquant avec les Services personnalisés à la clientèle.)			

[†] Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix (\$CAN) [†]
État civil			
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001XPB	Papier	22 \$
Causes de décès	84-208-XIF	Internet	Gratuit
Mortalité, liste sommaire des causes	84F0209XPB	Papier	20 \$
Mortalité, liste sommaire des causes, 1997	84F0209XIB	Internet	Gratuit
Naissances	84F0210XPB	Papier	20 \$
Décès	84F0211XIF	Internet	Gratuit
Mariages	84F0212XPB	Papier	22 \$
Divorces	84F0213XPB	Papier	20 \$
Causes principales de décès	84F0503XPB	Papier	20 \$
Recueil de statistiques de l'état civil, 1996	84-214-XPF	Papier	45 \$
	84-214-XIF	Internet	33 \$
Autre			
Étude de validation d'un couplage d'enregistrements de naissance et de décès infantile au Canada	84F0013XIF	Internet	Gratuit
Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) (Pour obtenir le FCCP+, les clients doivent d'abord acheter le FCCP.)	82F0086XDB	Disquette	Gratuit
Hospitalisation			
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562-XPB	Papier	40 \$
Indicateurs de la santé			
Indicateurs de la santé	82-221-XIF	Internet	Gratuit
Indicateurs de la santé comparables – Canada, provinces et territoires	82-401-XIF	Internet	Gratuit
Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement	82-402-XIF	Internet	Gratuit
Maladies cardiovasculaires			
Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada	82F0076XIF	Internet	Gratuit
Maladies et lésions professionnelles			
Dépistage des maladies et lésions professionnelles au Canada : mortalité par cause chez les travailleurs, 1965-1991	84-546-XCB	CD-ROM	500 \$
Rapports analytiques			
Rapports sur la santé			
· par année	82-003-XPF	Papier	63 \$
· l'exemplaire			22 \$
· par année	82-003-XIF	Internet	48 \$
· l'exemplaire			17 \$
La santé de la population canadienne - Rapport annuel 2004	82-003-SIF	Internet	Gratuit
	82-003-SPF	Papier	22 \$
Rapport statistique sur la santé de la population canadienne	82-570-XIF	Internet	Gratuit
Usage du tabac			
Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 2001	82F0077XIF	Internet	Gratuit

[†] Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



La Division de la statistique de la santé offre un service de totalisations spéciales pour répondre à des besoins particuliers, ainsi que des données publiées tirées d'enquêtes supplémentaires, payables en fonction du service demandé. Il est possible de créer des tableaux personnalisés à partir des nombreuses sources de données sur la santé et l'état civil dont s'occupe la Division.

Les demandes de totalisations spéciales doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division de la statistique de la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792
Courriel : HD-DS@statcan.ca

† Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

‡ Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



Fichiers de microdonnées

Les demandes de produits tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population doivent être adressées aux :

Services personnalisés à la clientèle

Division de la statistique de la santé
Statistique Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
Téléphone : (613) 951-1746
Télécopieur : (613) 951-0792
Courriel : HD-DS@statcan.ca

Enquête nationale sur la santé de la population

Cycle 4, 2000-2001

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
------------------------	---------	---------	--	--

Cycle 3, 1998-1999

Composante des ménages	Fichiers transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaire de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	2 000 \$
------------------------	--	------------	--------	----------

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Cycle 2, 1996-1997

Composante des ménages	Données transversales, fichier texte ASCII, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé	82M0009XCB	CD-ROM	500 \$
------------------------	---	------------	--------	--------

Composante des établissements de soins de santé	Données transversales, fichier texte ASCII	82M0010XCB	CD-ROM	250 \$ Les clients qui achètent la composante des ménages des fichiers de microdonnées 1996-1997 recevront gratuitement la composante des établissements de soins de santé
---	--	------------	--------	---

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Cycle 1, 1994-1995

Composante des ménages	Données, fureteur Beyond 20/20 – fichier texte ASCII, Guide de l'utilisateur	82F0001XCB	CD-ROM	300 \$
------------------------	--	------------	--------	--------

Composante des établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	75 \$
---	---------------------	------------	-----------	-------

Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée	
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée	

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

	Numéro du produit	Version	Prix (\$CAN) [†]
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 Cycle 1.1 fichier de microdonnées à grande diffusion	82M0013XCB	CD-ROM	2 000 \$
Fichiers de données transversaux en format ASCII, Guide de l'utilisateur, dictionnaire de données, index, clichés d'enregistrement, fureteur Beyond 20/20 pour le Fichier santé.			Gratuit pour le secteur de la santé

[†] Les prix n'incluent pas la taxe de vente.

[‡] Voir l'intérieur de la couverture pour connaître les frais d'expédition.



ENQUÊTES SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION

Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS)

Cette enquête fournit des renseignements détaillés sur l'accès aux services de soins de santé (services de premier contact 24 heures sur 24, sept jours sur sept (24/7) et services spécialisés. Ces données sont disponibles au niveau national.

Enquête conjointe Canada-États-Unis sur la santé (ECES)

Cette enquête a recueilli de l'information, à la fois des résidents du Canada et des États-Unis, concernant la santé, l'utilisation des soins de santé et les restrictions fonctionnelles.

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

Ménages - La composante des ménages vise les résidents des ménages de toutes les provinces, à l'exclusion de la population des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées du Québec et de l'Ontario.

Établissements - La composante des établissements vise les résidents à long terme (devant y séjourner plus de six mois) des établissements de soins comportant quatre lits ou plus dans toutes les provinces, à l'exclusion du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

Nord - La composante du Nord vise les résidents des ménages du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, à l'exclusion de la population des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines des régions les plus au nord.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Cycle 1.1 : Cette enquête fournit des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 133 régions sociosanitaires réparties partout au Canada et dans les territoires.

Cycle 1.2 : Santé mentale et bien-être : cette enquête fournit des estimations transversales des déterminants de la santé mentale, de l'état de santé mentale et de l'utilisation des services de santé mentale, au niveau provincial.

Cycle 2.1 : Le deuxième cycle de l'ESCC fournit des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 134 régions sociosanitaires réparties partout au Canada.

Pour plus de renseignements sur ces enquêtes, veuillez visiter notre site Web
http://www.statcan.ca/francais/concepts/hs/index_f.htm

Le Canada en statistiques

Obtenez des tableaux de données gratuits sur divers aspects de l'économie, du territoire, de la société et du gouvernement du Canada.

Pour plus de renseignements sur ces tableaux, veuillez visiter notre site Web
http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/health_f.htm

Le programme des centres de données de recherche

Le programme des centres de données de recherche (CDR) s'inscrit dans une initiative de Statistique Canada, du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et de consortiums d'universités visant à renforcer la capacité de recherche sociale du Canada et à soutenir le milieu de la recherche sur les politiques.

Les CDR permettent aux chercheurs d'accéder aux microdonnées d'enquêtes sur les ménages et sur la population. Les centres comptent des employés de Statistique Canada. Ils sont exploités en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique et sont administrés conformément à toutes les règles de confidentialité. Ils ne sont accessibles qu'aux chercheurs dont les propositions ont été approuvées et qui ont prêté serment en qualité de personnes réputées être employées de Statistique Canada.

On trouve des CDR à travers le pays. Ainsi, les chercheurs n'ont pas à se déplacer vers Ottawa pour avoir accès aux microdonnées de Statistique Canada. Pour plus de renseignements, communiquez avec Gustave Goldmann au (613) 951-1472, Directeur du programme des centres de données de recherche.

Pour plus de renseignements sur ce programme, veuillez visiter notre site Web
http://www.statcan.ca/francais/rdc/index_f.htm