



Catalogue 82-567

Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Des données sous plusieurs formes. . .

Statistique Canada diffuse les données sous des formes diverses. Outre les publications, des totalisations habituelles et spéciales sont offertes. Les données sont disponibles sur Internet, disque compact, disquette, imprimé d'ordinateur, microfiche et microfilm, et bande magnétique. Des cartes et d'autres documents de référence géographiques sont disponibles pour certaines sortes de données. L'accès direct à des données agrégées est possible par le truchement de CANSIM, la base de données ordinolingue et le système d'extraction de Statistique Canada.

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet de cette publication ou de statistiques et services connexes doit être adressée à :

Halifax	(902) 426-5331	Régina	(306) 780-5405
Montréal	(514) 283-5725	Edmonton	(403) 495-3027
Ottawa	(613) 951-8116	Calgary	(403) 292-6717
Toronto	(416) 973-6586	Vancouver	(604) 666-3691
Winnipeg	(204) 983-4020		

Vous pouvez également visiter notre site sur le W3 : <http://www.statcan.ca>

Un service d'appel interurbain sans frais est offert, dans toutes les provinces et dans les territoires, **aux utilisateurs qui habitent à l'extérieur des zones de communication locale** des centres régionaux de consultation.

Service national de renseignements	1 800 263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1 800 363-7629
Service national du numéro sans frais pour commander seulement (Canada et États-Unis)	1 800 267-6677

Renseignement sur les commandes/abonnements

Les prix n'incluent pas la taxe de vente

Une **version papier**, n° 82-567-XPB au catalogue publication hors série au coût de 35 \$ au Canada. À l'étranger, le coût est de 35 \$ US. Version internet n° 82-567-XIB au coût de 26 \$ au Canada et à l'étranger le coût est de 26 \$ US.

Faites parvenir votre commande à Statistique Canada, Division des opérations et de l'intégration, Gestion de la circulation, 120, avenue Parkdale, Ottawa (Ontario) K1A 0T6 ou téléphonez au **(613) 951-7277 1 800 700-1033**, par télécopieur au **(613) 951-1584** ou **1 800 889-9734** ou via l'Internet : order@statcan.ca. En cas de changement d'adresse, veuillez fournir votre ancienne et votre nouvelle adresse. On peut aussi se procurer les publications de Statistique Canada auprès des agents autorisés, des librairies locales et des bureaux locaux de Statistique Canada.

Normes de service à la clientèle

Afin de maintenir la qualité du service au public, Statistique Canada observe des normes établies en matière de produits et de services statistiques, de diffusion d'information statistique, de services à recouvrement des coûts et de services aux répondants. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec le centre de consultation régional de Statistique Canada le plus près de chez vous.



Statistique Canada
Division des statistiques sur la santé

Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 1998

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.

Juillet 1998

N° 82-567-XPB au catalogue

N° 82-567-XIE au catalogue

N° 82-567-XIF au catalogue

ISBN 0-660-60555-4

Périodicité : occasionnelle

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.

Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997

Analystes

Marie P. Beaudet
Jiajian Chen
Claudio Pérez
Nancy Ross
Kathryn Wilkins

Rédacteurs

Mary Sue Devereaux
Nancy Ross
Jason Siroonian
Kathryn Wilkins

Rédacteur adjoint

Hélène Aylwin

Chargée de production

Renée Bourbonnais

Production et composition

Bernie Edwards
Agnes Jones
Micheline Pilon

Vérification des données

Dan Lucas

La présente publication a été préparée sous la direction de M. Gary Catlin, directeur, et de M. Larry Swain, directeur adjoint, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada. La base de données sur laquelle s'appuie l'analyse a été créée par l'équipe de projet de l'Enquête nationale sur la santé de la population.

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) est une enquête longitudinale dans le cadre de laquelle on interviewé un certain groupe de Canadiens tous les deux ans. Il s'agit de la première enquête nationale sur la santé menée ainsi au Canada. La phase initiale de collecte de données (premier cycle) a eu lieu de juin 1994 à juin 1995. Les données de la deuxième phase (deuxième cycle) ont été recueillies de juin 1996 à août 1997.

Le présent aperçu souligne quelques-uns des résultats des premier et deuxième cycles (données transversales). Mais il met surtout en évidence l'évolution de la santé entre ces deux cycles (données longitudinales). Certains résultats longitudinaux illustrent la relation qui existe entre les déterminants de la santé (décrits au premier cycle) et l'état de santé (déclaré au deuxième cycle). Par exemple, les données montrent le lien entre divers facteurs de risque, comme le statut socio-économique et la fréquence de la maladie. D'autres résultats longitudinaux dépeignent l'évolution de l'état de santé au cours de cet intervalle de deux années.

La santé dépend de l'interaction de plusieurs facteurs physiques, sociaux et environnementaux. Comme ces facteurs sont relativement stables au Canada, l'état de santé de la population évoluerait lentement. Dans certains cas, nombre d'années pourraient s'écouler entre l'exposition aux agents pathogènes et la manifestation de signes perceptibles de maladie. Par conséquent, les données longitudinales présentées ici ne reflètent vraisemblablement pas des modifications de la santé de la population qui, alors même qu'elles se produisent actuellement sont impossibles à détecter après deux cycles seulement de l'ENSP. Ce sont les autres phases de l'enquête qui permettront d'observer cet aspect dynamique de la santé.

En général, l'ENSP couvre les membres des ménages et les bénéficiaires des établissements de santé de toutes les provinces et des territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, dans les bases des Forces armées du Canada et dans certaines régions éloignées. Cependant, le présent aperçu ne porte que sur les résidents des ménages des dix provinces et les données de l'ENSP de 1996-1997 recueillies auprès des résidents des territoires seront diffusées séparément. Le volet institutionnel également non inclus ici, comprend les résidents de longue durée dans les établissements de soins prolongés (voir *Plan d'enquête*).

Plan d'enquête

L'échantillon provincial de l'ENSP 1994-1995, excluant le volet institutionnel, comptait 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. Après l'application d'un tri de sélection, 20 725 ménages faisaient encore partie du champ d'observation de l'enquête¹.

Une personne bien informée de chaque ménage participant a fourni des renseignements socio-démographiques et des renseignements d'ordre général sur la santé de chaque membre du ménage. En tout, on a recueilli des données sur 58 439 personnes.

De plus, dans chacun des 20 725 ménages participants, on a demandé à une personne choisie au hasard de répondre à un questionnaire détaillé sur son état de santé. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée avait 12 ans ou plus. Le taux de réponse à ce questionnaire détaillé sur la santé se chiffre à 96,1 %, soit 17 626 personnes.

Dans les 2 383 autres ménages participants, la personne sélectionnée au hasard avait moins de 12 ans. Des renseignements détaillés sur l'état de santé de ces enfants ont été recueillis dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 1994-1995.

Parmi les 17 626 personnes de 12 ans et plus sélectionnées au hasard qui ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé, 14 786 remplissaient les conditions d'admissibilité au panel longitudinal de l'ENSP. Il en va de même pour 468 personnes qui ont fourni des renseignements généraux. En outre, 2 022 des 2 383 enfants de

moins de 12 ans sélectionnés au hasard étaient admissibles. Donc, en tout, 17 276 personnes répondaient aux critères établis pour participer à une deuxième entrevue en 1996-1997. Le reste de l'échantillon, dont l'étude avait été financée par les gouvernements provinciaux ayant choisi d'agrandir l'échantillon prélevé dans leur province pour le premier cycle uniquement. Ces participants n'ont pas fait l'objet d'un suivi.

Le taux de réponse enregistré en 1996-1997 pour le panel longitudinal est de 93,6 %, soit 16 168 personnes. De ce nombre, 15 670 ont fourni des renseignements complets, autrement dit, ont répondu au questionnaire général et au questionnaire détaillé sur la santé pour les deux cycles de l'enquête. Les 498 autres personnes ont fourni des renseignements partiels (ayant fourni au moins des renseignements généraux sur leur santé en 1994-1995 ainsi qu'en 1996-1997).

Comme pour le premier cycle, d'autres personnes ont été interrogées au cours du deuxième cycle aux fins de l'analyse transversale uniquement et n'ont pas été incluses dans le panel longitudinal. Par conséquent, un total de 210 377 personnes ont participé ponctuellement à la composante générale sur la santé du deuxième cycle de l'enquête (173 216 de 12 ans et plus et 37 161 de moins de 12 ans) et 81 804 ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé (73 402 de 12 ans et plus et 8 402 de moins de 12 ans).

Dans cette analyse, on a pondéré les données utilisées afin de faire ressortir le plan d'échantillonnage, les rajustements pour les non-réponses et la post-stratification. Les estimations de la variance ont été calculées selon la méthode bootstrap.

État de santé général

La plupart des Canadiens décrivent leur santé en termes positifs. Quand on leur a demandé de qualifier leur état de santé général en 1996-1997, 63 % des personnes de 12 ans et plus ont déclaré qu'il était excellent ou très bon, alors que 10 % seulement l'ont jugé passable ou mauvais.

D'autres mesures fournies par l'ENSP confirment que la population canadienne est généralement en bonne santé. Par exemple, l'Indice de l'état de santé — mesure de la capacité fonctionnelle qui inclut la vision, l'ouïe, l'élocution, la mobilité, la dextérité, la cognition, l'état affectif, ainsi que la douleur et les malaises — indique que, en moyenne, l'état fonctionnel des Canadiens est élevé. Pareillement, les données de l'ENSP sur la santé mentale montrent que la plupart des gens n'éprouvent généralement aucun sentiment de nervosité, de désespoir ou d'inutilité.

État de santé des enfants

Les enfants comptent parmi ceux qui se portent le mieux au Canada. Pas moins de 89 % des enfants de moins de 12 ans ont été déclarés^a en excellente ou en très bonne santé en 1996-1997. Cependant, reflétant la tendance observée pour la population adulte, la santé des enfants varie en fonction du revenu du ménage. La proportion d'enfants en très bonne santé selon l'enquête est nettement plus élevée dans la catégorie supérieure de revenu du ménage que dans la catégorie moyenne ou inférieure (graphique 1, voir *Catégories de revenu*).

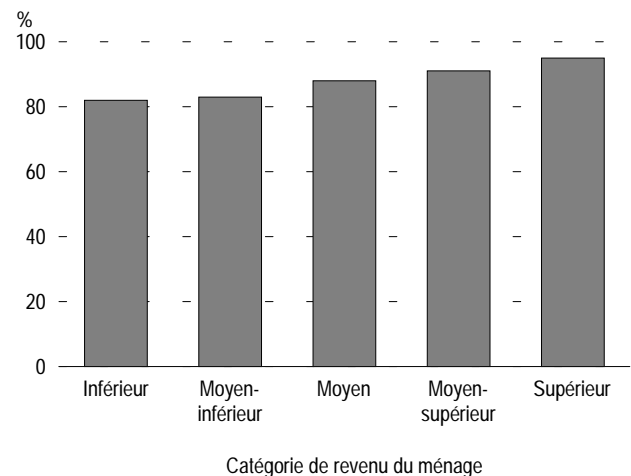
Même si, selon les entrevues, ils sont en très bonne santé, il semblerait que près du tiers des enfants présentent au moins un problème de santé chronique. Viennent en première place les allergies

non alimentaires (14 %), suivies par l'asthme (11 %) et par les allergies alimentaires (6 %).

Durant l'année qui a précédé l'enquête de 1996-1997, 12 % des enfants ont subi une blessure suffisamment grave pour justifier les soins d'un médecin. Les blessures de loin les plus fréquentes, selon l'enquête, sont les coupures, les éraflures ou les meurtrissures (environ 224 000 enfants), suivies par les fractures (76 000) et les entorses ou les foulures (66 000). La majorité des blessures surviennent dans la maison ou aux alentours de celle-ci et sont causées le plus souvent par une chute accidentelle.

Comme les enfants plus âgés, les nourrissons et les tout-petits sont généralement en bonne santé. Moins de 10 % des enfants de trois ans et moins souffrent, selon les déclarations, d'infections fréquentes du nez ou de la gorge. Cependant,

Graphique 1
Proportion d'enfants de moins de 12 ans déclarés en excellente ou en très bonne santé, selon le niveau de revenu du ménage, Canada, territoires non compris, 1996-1997



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

^a Les réponses à toutes les questions sur la santé des enfants ont été données par une tierce personne, un parent ou une personne bien informée du ménage.

Catégories de revenu

Taille du ménage	Inférieur	Moyen-inférieur	Moyen	Moyen-supérieur	Supérieur
1 ou 2 personnes	< 10 000 \$	10 000 \$-14 999 \$	15 000 \$-29 999 \$	30 000 \$-59 999 \$	≥ 60 000 \$
3 ou 4 personnes	< 10 000 \$	10 000 \$-19 999 \$	20 000 \$-39 999 \$	40 000 \$-79 999 \$	≥ 80 000 \$
5 personnes ou plus	< 15 000 \$	15 000 \$-29 999 \$	30 000 \$-59 999 \$	60 000 \$-79 999 \$	≥ 80 000 \$

environ la moitié des enfants de cet âge font des otites et, de ce groupe, plus de la moitié en avaient fait au moins trois depuis leur naissance.

Bien que généralement en bonne santé, les nourrissons et les tout-petits sont plus souvent examinés par un médecin que les enfants plus âgés. Cela n'a rien d'étonnant, étant donné la série de vaccins recommandés pour les jeunes enfants. Au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête de 1996-1997, les nourrissons et les jeunes enfants ont été vus, en moyenne, 4,8 fois par un généraliste ou un pédiatre, alors que les enfants de 4 à 11 ans l'ont été 2,8 fois.

Incidence des maladies chroniques

Les données longitudinales de l'ENSP permettent, pour la première fois, de faire l'estimation de l'incidence de certaines maladies dans la population canadienne. L'incidence d'une maladie correspond au nombre de *nouveaux* cas qui surviennent durant une période déterminée dans une population qui ne présentait pas la maladie antérieurement (autrement dit, la population à risque).

Entre le premier et le deuxième cycle, parmi les problèmes de santé chroniques importants (étudiés dans le cadre de l'ENSP) les maux de dos d'origine non arthritique et l'arthrite ou le rhumatisme avaient la plus forte incidence (graphique 2)^b. Depuis le premier cycle, on a diagnostiqué près de 1,8 million de nouveaux cas de maux de dos d'origine non arthritique et 1,2 million de nouveaux cas d'arthrite ou de rhumatisme. Chez les personnes de 65 ans et plus, l'arthrite ou le rhumatisme, observé chez 312 000 personnes antérieurement non atteintes, est le problème chronique dont l'incidence est la plus forte, suivi par la cataracte et l'hypertension.

Les problèmes de santé chroniques étant généralement liés au vieillissement, il n'est pas surprenant que l'incidence de l'arthrite ou du rhumatisme, des cardiopathies et du cancer soient plus fortes chez les personnes âgées que chez les jeunes. Cependant, certains états chroniques sont moins courants chez les personnes âgées. Par

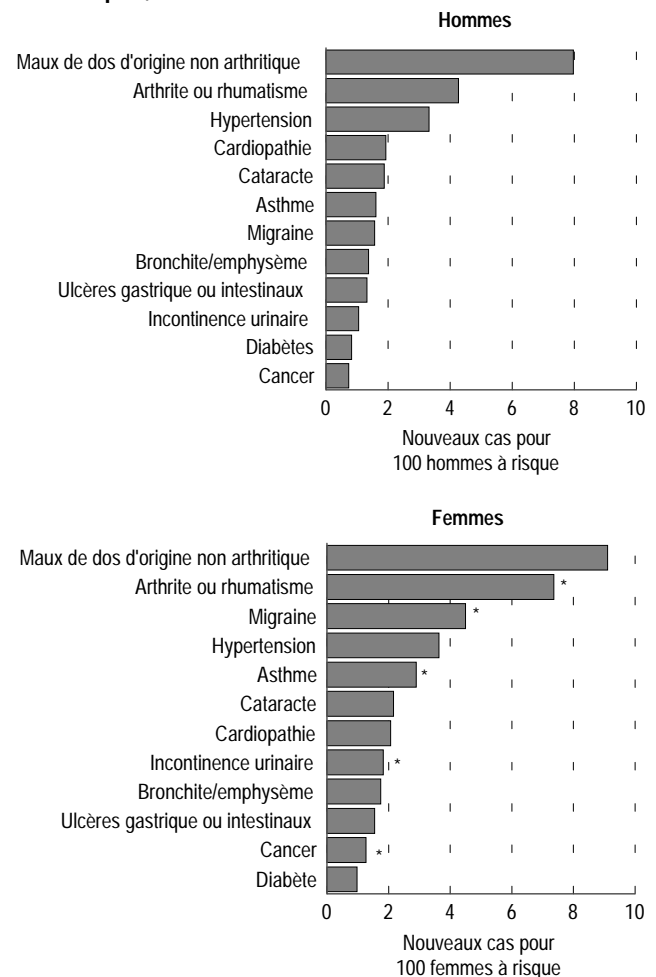
^b Certains écarts entre les méthodes de collecte de données entre le premier et deuxième cycle pourraient influencer sur l'exactitude des estimations de l'incidence des maladies.

exemple, l'incidence de la migraine est plus faible chez les aînés que chez les jeunes.

L'incidence estimative de la plupart des maladies chroniques est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, même si, dans certains cas, cet écart n'est pas statistiquement significatif (graphique 2).

Les données de l'ENSP reflètent le lien bien établi entre le statut socio-économique et la santé. Pour tous les problèmes de santé chroniques importants qui ont été évalués, l'incidence estimative est plus forte dans les deux catégories inférieures de revenu du ménage que dans les trois catégories supérieures (graphique 3). Les écarts entre les taux sont

Graphique 2
Taux d'incidence sur deux ans de certaines maladies chroniques, population de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, cycles 1 et 2, fichier longitudinal

* Taux d'incidence significativement plus élevé pour les femmes que pour les hommes ($p < 0,05$).

statistiquement significatifs pour quelques-uns des problèmes de santé étudiés.

Les données longitudinales de l'ENSP permettent d'analyser la survie des personnes atteintes d'une maladie chronique. Certaines personnes qui ont déclaré souffrir d'un problème de santé chronique à l'entrevue du premier cycle sont décédées avant l'entrevue du deuxième cycle. Les personnes atteintes d'un cancer sont celles pour lesquelles on enregistre le taux de mortalité le plus élevé. Parmi les personnes de 12 à 75 ans qui ont déclaré souffrir d'un cancer en 1994-1995, près d'une sur six est morte au cours des deux années qui ont précédé le deuxième cycle. Les taux de mortalité sont également élevés pour les personnes qui ont dit souffrir d'une cardiopathie, ou de diabète.

Les chances de survie ainsi que la probabilité de tomber malade dépendent du statut socio-

économique. L'appartenance à l'une des deux catégories inférieures de revenu en 1994-1995 est un prédicteur du décès avant 75 ans, même si on tient compte de l'effet du sexe, des maladies chroniques et du tabagisme.

Variations de la limitation des activités

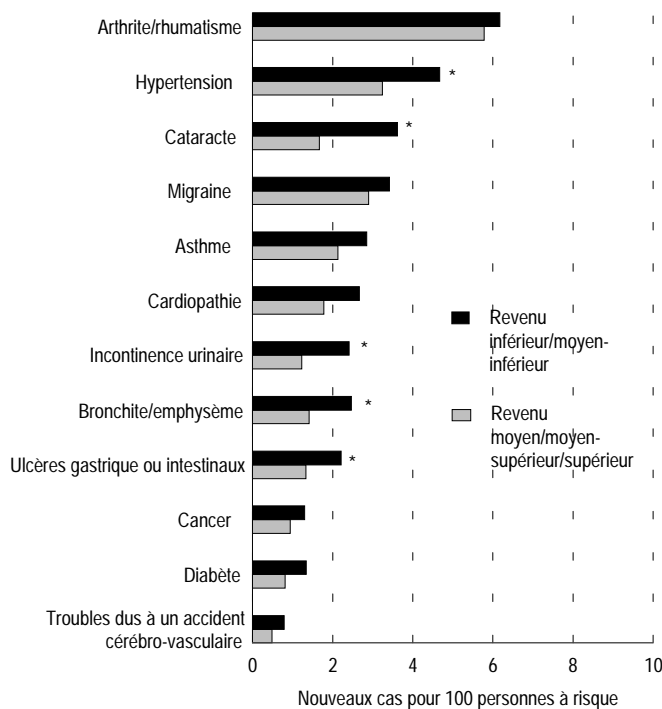
Les aptitudes nécessaires pour accomplir les activités de la vie quotidienne, tant au domicile qu'au travail, sont des aspects importants de la santé et de la qualité de la vie. La détérioration de ces aptitudes peut entraîner la dépendance quotidienne à l'égard d'autres personnes, le placement en établissement et, parfois, la mort. Toutefois, même chez les personnes âgées, la limitation des activités n'est pas constante. C'est le cas, par exemple, des personnes qui tombent malades ou subissent une intervention chirurgicale, puis se rétablissent. En comprenant mieux la dynamique de la limitation des activités, ou des facteurs liés au passage d'un niveau de fonctionnement à un autre, on saurait davantage où intervenir pour prolonger l'autonomie des individus (voir *Activités - Limitation, dépendance et restriction*).

En 1994-1995, la plupart (95 %) des personnes de 12 à 64 ans vivant dans les ménages n'avaient besoin d'aucune aide pour vaquer aux activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ) ou aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Même dans le groupe des 65 ans et plus, 71 % n'avaient besoin d'aucune aide pour accomplir les deux types d'activité susmentionnés.

Cependant, quand deux ans plus tard, on a interviewé de nouveau la cohorte de personnes du troisième âge, on a noté d'importants changements. Seulement 55 % vaquaient aux activités de la vie quotidienne ou aux activités instrumentales de la vie quotidienne sans aide. Dans cette cohorte, 35 % avaient besoin d'aide pour accomplir les activités instrumentales de la vie quotidienne et (ou) les activités de la vie quotidienne, 2 % avaient été placés et 8 % étaient décédés.

Une personne âgée sur six (16 %) ne présentant aucune limitation d'activité en 1994-1995 en présentait une en 1996-1997. L'arthrite ou le rhumatisme et d'autres troubles locomoteurs sont la cause de la plupart (40 %) des nouvelles limitations

Graphique 3
Taux d'incidence sur deux ans de certaines maladies chroniques, selon le niveau de revenu du ménage, population de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 1996-1997

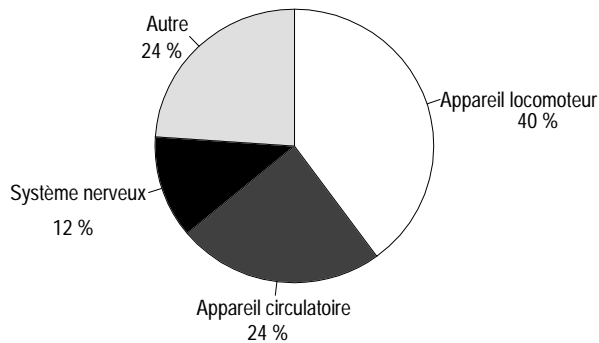


Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, cycles 1 et 2, fichier longitudinal

* Taux d'incidence significativement plus élevé pour les catégories de revenu inférieur et moyen-inférieur que pour les autres catégories de revenu ($p < 0,05$).

Graphique 4

Répartition des problèmes de santé principaux chez les personnes de 65 ans et plus n'ayant aucune limitation en 1994-1995, mais qui en présente une en 1996-1997, Canada, territoires non compris



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, cycles 1 et 2, fichier longitudinal

Activités - Limitation, dépendance et restriction

Par *limitation des activités*, on entend tout état ou incapacité physique ou mentale de longue durée qui restreint les activités d'une personne, au domicile, à l'école, au travail et dans d'autres milieux. Par *dépendance en regard des activités*, on entend le besoin d'aide (pour des raisons de santé) pour vaquer aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), comme la préparation des repas, l'achat d'épicerie et d'autres produits indispensables, les tâches ménagères quotidiennes et les gros travaux ménagers (lavage des murs, entretien du jardin). L'expression désigne aussi la nécessité d'obtenir de l'aide pour accomplir les activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ), comme les soins personnels (se laver, s'habiller ou manger) ou les déplacements dans la maison.

D'après les renseignements sur la limitation des activités d'une personne et sur sa situation de dépendance, on calcule une variable de *restriction de l'activité* que l'on catégorise (en allant de la restriction la plus forte à aucune restriction) comme suit : dépendance en regard des AVQ, dépendance en regard des AIVQ, limitation des activités, mais pas de dépendance en regard des AIVQ ou des AVQ, et pas de limitation ni de dépendance en regard des activités. L'état de restriction de l'activité a été défini de la même façon au deuxième cycle qu'au premier; le décès et le placement en établissement de soins font l'objet de catégories distinctes.

d'activité, suivis par la maladie cardiaque ou d'autres maladies circulatoires (24 %) et par les maladies du système nerveux et des organes des sens (12 %) (graphique 4).

Par contre, 19 % des personnes âgées dont l'activité était restreinte en 1994-1995 ne présentaient plus aucune limitation en 1996-1997. Les améliorations du fonctionnement sont assez courantes, même chez les personnes qui ont été gravement atteintes. Par exemple, sur cinq personnes âgées qui avaient besoin d'aide uniquement pour vaquer aux activités instrumentales de la vie quotidienne en 1994-1995 et sur cinq personnes qui dépendaient d'autres personnes pour accomplir les activités élémentaires de la vie quotidienne, une personne n'avait plus besoin de cette aide deux ans plus tard.

On manque de données sur l'importance de la limitation des activités et sur la durée de la dépendance à l'égard d'autres personnes pour accomplir les activités instrumentales ou élémentaires de la vie quotidienne, et cela limite, dans une certaine mesure, l'interprétation des résultats. Néanmoins, ces derniers sont similaires à ceux des études américaines^{2,3}, ce qui donne à penser que la capacité des personnes âgées à récupérer certaines fonctions est probablement plus importante que ne le laissent entendre les données transversales. Même si on note une détérioration physique chez nombre de personnes âgées, phénomène qui, en général, est probablement inévitable à plus long terme, la capacité des personnes âgées de maintenir ou de recouvrer leur autonomie dans les activités de tous les jours durant cet intervalle de deux années était beaucoup plus grande qu'on aurait pu le prévoir.

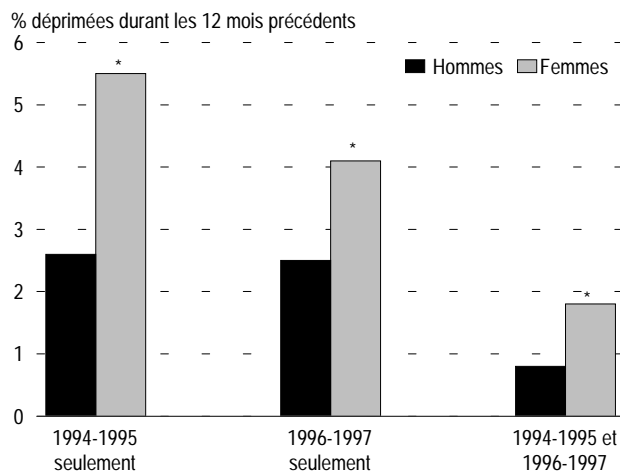
Déterminants de la dépression

La dépression est un trouble mental assez courant. En 1994-1995, les Canadiens de 12 ans et plus, dans une proportion de 5,6 %, ont mentionné des symptômes laissant fortement penser qu'ils avaient vécu au moins un épisode dépressif majeur l'année précédant l'entrevue de l'ENSP (voir *Mesure de la dépression*). En 1996-1997, cette proportion est tombée à 4,2 %.

Conformément aux études antérieures^{4,7}, l'ENSP indique que la prévalence de la dépression est plus forte chez les femmes que chez les hommes : 7,4 % contre 3,7 % au premier cycle et 5,5 % contre 2,8 % au deuxième cycle. Cette tendance se maintient dans l'étude longitudinale, c'est-à-dire chez les personnes qui ont participé au premier ainsi qu'au deuxième cycle (graphique 5). La récurrence des épisodes dépressifs est aussi plus probable chez les femmes. Près de trois personnes sur quatre (72 %) qui ont dit avoir eu une dépression en 1994-1995 ainsi qu'en 1996-1997 étaient des femmes.

La dépression peut être déclenchée par des événements stressants de la vie. Par exemple, près de 9 % des personnes de 18 ans et plus qui n'avaient pas fait état d'un épisode dépressif en 1994-1995, mais qui, subséquemment, ont vécu la perte d'un

Graphique 5
Proportion de personnes atteintes de dépression, population de 12 ans et plus, selon le sexe, Canada, territoires non compris, 1994-1995 et 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, cycles 1 et 2, fichier longitudinal

* Taux significativement plus élevé pour les femmes que pour les hommes ($p < 0,05$).

Mesure de la dépression

Dans le cadre de l'ENSP, on mesure l'épisode dépressif majeur grâce à un sous-ensemble de questions tirées de la *Composite International Diagnostic Interview*⁸. Ces questions couvrent un groupe de symptômes liés aux troubles dépressifs, qui sont énumérés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R)*⁹

conjoint à la suite d'une séparation, d'un divorce ou d'un décès, ont déclaré avoir eu un épisode dépressif en 1996-1997.

L'insécurité de l'emploi est également liée à la dépression. Parmi les personnes de 18 à 64 ans qui n'avaient pas mentionné d'épisode dépressif en 1994-1995 et qui avaient un emploi durant les premier et deuxième cycles de l'enquête, 3,1 % seulement ont dit souffrir de dépression en 1996-1997. À 4 %, le taux correspondant pour les personnes au chômage au moment des deux cycles diffère fort peu. En revanche, le taux de dépression se chiffrait à 5,8 % chez les personnes qui travaillaient régulièrement lors du premier cycle de l'enquête mais qui ne travaillaient plus qu'épisodiquement lors de la deuxième entrevue^c. Ce taux est nettement plus élevé que celui observé chez les personnes qui avaient un emploi, mais n'excède pas de façon significative le taux enregistré chez les chômeurs.

Blessures causées par des mouvements répétitifs

Comme la population est de plus en plus consciente du phénomène que sont les blessures d'origine professionnelle et autre dues à des efforts musculaires répétés, le questionnaire du deuxième cycle comportait des questions destinées à mesurer l'incidence des blessures causées par des mouvements répétitifs, comme le syndrome du canal carpien, l'épicondylite (*tennis elbow*), la tendinite et les blessures au dos. On estime que 2 million de Canadiens de 12 ans ou plus (8 %) étaient atteints d'une lésion attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 mois précédant l'entrevue de 1996-1997. Chez les hommes, ce sont les blessures au dos ou à la colonne vertébrale qui représentaient la plus grande part (20 %) des lésions attribuables aux mouvements répétitifs, tandis que chez les femmes, ce sont les blessures aux poignets, aux mains ou aux doigts qui sont les plus courantes (25 %). Tant chez les hommes que chez les femmes, la plus forte proportion de lésions attribuables aux

^c On définit les personnes qui travaillent épisodiquement comme celles qui ne travaillaient pas au moment de l'entrevue de 1996-1997, mais qui ont déclaré avoir occupé un emploi, à un moment donné l'année précédente.

mouvements répétitifs a eu lieu au travail ou à l'école. Viennent ensuite les blessures subies, chez les hommes, durant des activités sportives ou de loisir et, chez les femmes, dans la maison.

Autres blessures

En outre, 2,6 millions de personnes de 12 ans et plus ont signalé qu'elles avaient subies d'autres blessures graves (non attribuables à des mouvements répétitifs). Les chutes accidentelles sont la cause la plus fréquente de ces blessures, responsables de 39 % de ces blessures chez les hommes et 51 % d'entre elles chez les femmes. La plupart des blessures graves sont des entorses ou des foulures, alors que les fractures, affectant 622 000 personnes, viennent en deuxième place.

Selon les données recueillies auprès des personnes suivies durant la période de deux ans, l'âge et le degré d'activité physique durant les loisirs sont des prédicteurs de blessure. Chez les personnes de 12 à 34 ans et chez celles considérées comme physiquement actives, la cote exprimant le risque de subir une blessure non attribuable à des mouvements répétitifs est environ 50 % plus forte que chez les personnes de 35 ans et plus ou chez celles faisant moins d'exercice.

Près du quart (24 %) des hommes qui ont subi une blessure en 1994-1995 en ont également subi une en 1996-1997; la proportion correspondante pour les femmes est de 17 %. Même si on tient compte d'autres facteurs connexes, y compris l'âge, le revenu du ménage, l'exercice durant les loisirs et la consommation d'alcool, le fait d'avoir subi une blessure en 1994-1995 demeure un prédicteur important de blessure en 1996-1997. Ces résultats pourraient refléter la «prédisposition» aux blessures de certaines personnes, prédisposition qui pourrait tenir à des traits comportementaux, aux exigences physiques d'un emploi, ou encore à la fragilité résultant d'une blessure antérieure. Même s'il est certainement possible que certaines personnes aient déclaré la même blessure au cours des deux entrevues, l'enquête était conçue pour évaluer les nouveaux cas à chaque période de référence.

Dépendance à l'alcool

En 1996-1997, près de 438 000 personnes de 12 ans et plus ont déclaré un niveau de consommation d'alcool donnant à penser qu'elles en sont dépendantes (voir *Dépendance à l'alcool*). Ce taux de dépendance est plus élevé chez les hommes, à savoir 2,6 % contre 1 % chez les femmes. C'est en outre pour le groupe des 18 à 24 ans qu'il est le plus élevé, soit 9,9 % chez les hommes et 5,2 % chez les femmes.

Comme beaucoup d'autres maladies, la prédisposition à la dépendance à l'alcool est partiellement héréditaire¹⁰⁻¹². Le recours à l'alcool en réponse à des situations difficiles peut aussi être un comportement appris¹³. L'ENSP fournit des preuves qu'il existe une association entre la dépendance à l'alcool et les antécédents familiaux d'alcoolisme. La cote exprimant la possibilité de déclarer une consommation d'alcool qui suggère un état d'accoutumance est deux fois plus élevée chez les personnes de 18 ans et plus qui disent avoir éprouvé durant l'enfance ou l'adolescence des problèmes causés par un parent alcoolique ou toxicomane que chez ceux n'ayant pas vécu ce genre de situation. Et ceci, même en tenant compte de l'effet du sexe, de l'âge, du niveau de scolarité, du changement d'état civil ou des modalités de vie entre 1994-1995 et 1996-1997, de la diminution du revenu du ménage et d'épisodes de chômage.

Les personnes qui présentent une dépendance à l'alcool courent, en général, un risque élevé de se blesser. Environ 24 % de personnes de 12 ans et plus qui, selon leurs habitudes de consommation, paraissent faire un abus d'alcool ont fait état d'une blessure grave lors de l'entrevue du deuxième cycle,

Dépendance à l'alcool

Dans le cadre de l'ENSP, on évalue la *dépendance à l'alcool* grâce à un ensemble de neuf questions mises au point par Kessler *et al.*¹⁴. Les questions sont une mise en application du critère A et du critère B du diagnostic du trouble d'utilisation de substances psychoactives du *DSM-III-R*. Ces questions ont été posées uniquement aux personnes qui ont déclaré qu'elles avaient consommé au moins cinq verres d'alcool, au moins une fois par mois, au cours des 12 mois précédents.

comparativement à 11 % de personnes qui ne boivent pas de façon excessive. En tenant compte de l'effet du sexe, de l'âge, du niveau de scolarité, du changement d'état civil ou des modalités de vie, de la diminution du revenu du ménage et des épisodes de chômage, la cote exprimant le risque de subir une blessure est deux fois plus forte chez les alcooliques que chez les autres.

Commencer ou recommencer à fumer

Entre le premier et le deuxième cycle de l'enquête, la prévalence globale du tabagisme au Canada a continué de diminuer. Environ 6,7 millions de personnes, soit 29 % de la population de 15 ans et plus des ménages, fumaient en 1996-1997, comparativement à 31 % en 1994-1995. Néanmoins, contrairement à la baisse observée chez les adultes, il convient de souligner que la proportion de fumeurs chez les jeunes de 15 à 17 ans est passée de 23 % à 26 %, même si cette variation n'est pas statistiquement significative.

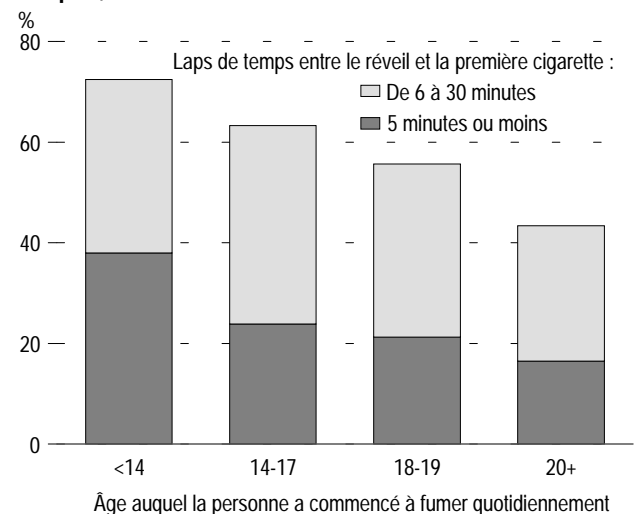
Presque un million de Canadiens de 15 ans et plus qui ne fumaient pas en 1994-1995 fumaient régulièrement ou à l'occasion deux ans plus tard. Environ les deux tiers d'entre eux sont des «fumeurs récidivistes», c'est-à-dire qui ne fumaient pas en 1994-1995, mais qui ont déjà fumé. Les autres (quelque 346 000 personnes) se sont mises à fumer pour la première fois. Les jeunes de 15 à 19 ans représentent une part disproportionnée de ce groupe. Bien qu'au moment du premier cycle, ces jeunes n'ont représenté que 13 % des personnes qui n'ont jamais fumé, lors du deuxième, la moitié des nouveaux fumeurs viennent de ce groupe d'âge. La proportion de nouveaux fumeurs, réguliers ou occasionnels, est beaucoup plus forte chez les adolescents de moins de 18 ans (13 %) et chez ceux de 18 ou 19 ans (16 %), que chez les personnes de 20 ans et plus (2 %).

L'ENSP de 1996-1997 apporte de nouvelles preuves qu'il existe un lien entre l'âge auquel une personne commence à fumer quotidiennement et la dépendance à la nicotine. Fumer sa première cigarette de la journée dans les 30 minutes qui suivent le réveil est considéré comme un indicateur de dépendance à la nicotine¹⁵⁻¹⁷. Chez les personnes

de 21 à 49 ans qui ont commencé à fumer tous les jours avant 14 ans, 72 % allument leur première cigarette 30 minutes au plus après s'être réveillé (graphique 6). En revanche, à peine 43 % des fumeurs quotidiens de ce même groupe d'âge qui ont commencé à fumer à 20 ans ou après fument leur première cigarette dans ce laps de temps. Cette relation persiste même si on tient compte des effets du niveau de scolarité, du sexe, du revenu du ménage, de l'existence d'un épisode dépressif majeur et de la détresse.

Les modifications de l'état de santé des personnes interrogées entre le premier et le deuxième cycle donnent à penser que l'usage du tabac augmente le risque que l'on soit limité dans ses activités quotidiennes par des problèmes pulmonaires, des maladies cardiaques ou d'autres maladies circulatoires, ainsi que le risque de décès. Les effets néfastes de l'usage du tabac persistent, même si on tient compte de l'effet de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité et du niveau de revenu. Parmi les personnes qui ne présentent aucune limitation des activités quotidiennes en 1994-1995, chez celles qui fument régulièrement, la cote exprimant le risque de subir une limitation causée par une maladie

Graphique 6
Dépendance au tabac, selon l'âge ou la personne a commencé à fumer quotidiennement, fumeurs de 21 à 49 ans qui fument pour l'instant quotidiennement, Canada, territoires non compris, 1996-1997



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

pulmonaire est deux fois plus élevée que chez celles qui n'ont jamais fumé. Enfin, chez les fumeurs actuels de 45 à 84 ans qui fumaient lors du premier cycle, la cote exprimant le risque de mourir avant le deuxième cycle est près de deux fois plus élevée que chez les personnes du même âge qui n'ont jamais fumé.

Effets protecteurs de l'activité physique

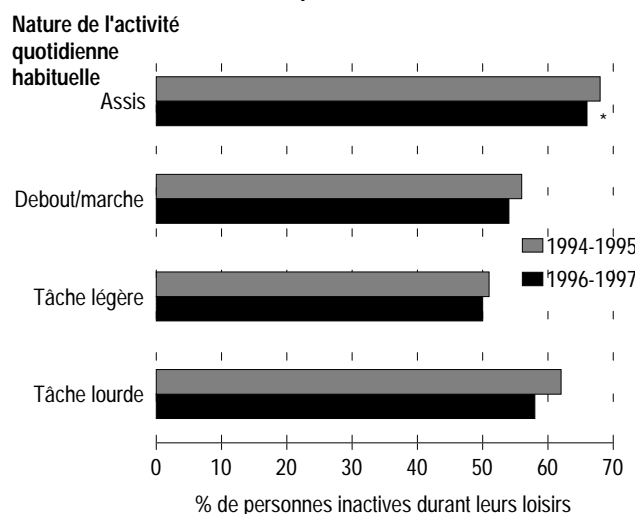
Que ce soit à la maison ou au travail, les activités quotidiennes de la plupart des Canadiens n'exigent aucun effort physique intense. Selon l'ENSP de 1996-1997, les activités quotidiennes routinières de 95 % de la population de 12 ans et plus, soit 22,6 millions de personnes, ne requièrent qu'une légère dépense d'énergie.

De surcroît, les personnes menant une vie quotidienne relativement sédentaire sont les plus susceptibles d'être physiquement inactives durant leurs loisirs (voir *Activité physique durant les loisirs*). En 1996-1997, 66 % des personnes qui sont principalement assises durant leurs activités de tous les jours choisissent des activités de loisir exigeant une dépense d'énergie si faible qu'on les a classées dans la catégorie des personnes «inactives». Il s'agit-là d'une légère baisse par rapport à 1994-1995, période où 68 % des personnes de ce groupe se classaient dans la catégorie des personnes inactives (graphique 7).

Il existe une association entre l'inactivité durant les loisirs et le diagnostic d'une maladie cardiaque. Chez les personnes en excellente ou en très bonne santé et non cardiaques en 1994-1995, la cote exprimant le risque de devenir cardiaque au cours des années suivantes est cinq fois plus élevée pour celles s'adonnant à des loisirs sédentaires que pour celles modérément actives ou actives, pour des niveaux d'état de santé autodéclarés comparables. Ce lien persiste même si on tient compte des effets de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, du tabagisme, de l'hypertension et de la présence d'une incapacité.

L'inactivité durant les loisirs est également liée à la dépression, même en tenant compte de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de l'existence d'une incapacité. Parmi les

Graphique 7
Pourcentage de la population de 12 ans et plus inactive durant les loisirs, selon la nature de l'activité quotidienne habituelle, Canada, territoires non compris, 1994-1995 et 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, fichiers transversaux

* Le pourcentage de personnes ne s'adonnant à aucune activité physique durant leur loisir est significativement plus faible qu'en 1994-1995.

Activité physique durant les loisirs

Le niveau (ou l'intensité) de l'activité physique durant les loisirs se fonde, dans le cadre de l'ENSP, sur la dépense d'énergie (DE) : la catégorie «personne active» correspond à une DE ≥ 3 kcal/kg/jour (KKJ), la catégorie «personne moyennement active» va de 1,5 à 2,9 KKJ et la catégorie «personne inactive» correspond à une DE $< 1,5$ KKJ. On a estimé la DE pour chaque activité à laquelle s'adonnent les personnes durant leurs loisirs. Pour la calculer, on a multiplié par quatre le nombre de fois qu'une personne avait participé à une activité au cours des trois mois précédents, puis on a multiplié le résultat par la durée moyenne en heures et par la quantité d'énergie dépensée durant l'activité (exprimée en kilocalories dépensées par kilo de poids corporel par heure d'activité). Pour calculer la DE quotidienne moyenne pour l'activité, on a divisé l'estimation par 365. On a fait ce même calcul pour chacune des activités auxquelles s'adonne chaque personne et on a additionné les estimations résultantes pour obtenir la DE quotidienne totale de cette personne.

La fréquence (ou régularité) de l'activité physique durant les loisirs se fonde sur le nombre de fois qu'une personne a participé à une activité physique qui a duré plus de 15 minutes au cours des trois mois précédents : régulière = au moins 12 fois par mois; occasionnelle = 4 à 11 fois par mois, infrequente = 3 fois ou moins par mois. Aux fins de l'analyse multivariée, qui s'appuie à la fois sur le niveau et sur la fréquence de l'activité, on a regroupé les personnes comme suit : personne active (y compris modérément) et activité régulière; personne inactive, mais activité régulière; activité occasionnelle; activité sédentaire (c'est-à-dire, non fréquente).

personnes qui se sont dites en excellente ou en très bonne santé et qui n'ont pas mentionné d'épisode dépressif en 1994-1995, la cote exprimant le risque de subir une telle crise avant le deuxième cycle de l'enquête est 1,7 fois plus élevée chez celles qui choisissent des loisirs sédentaires que chez les personnes modérément actives.

La maladie cardiaque et la dépression ont toutes deux une origine complexe et évoluent ordinairement sur une longue période. Les résultats de l'ENSP indiquant, en l'espace de deux ans uniquement, un lien entre le niveau d'activité et l'incidence de ces maladies ne permettent pas d'établir un rapport de causalité, surtout en l'absence de renseignements sur la durée de l'activité physique. Cependant, la direction des associations révélées par les données longitudinales est convaincante et souligne à quel point il est important de faire de l'exercice, au moins modérément, pour rester en bonne santé.

Examens médicaux de routine

On suppose ordinairement qu'un examen médical annuel est essentiel au maintien d'un bon état de santé. Toutefois, en 1979, le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique a recommandé d'abandonner les examens de routine comportant un ensemble normalisé d'analyses et d'examens dans le cas des personnes asymptomatiques, à faible risque, et de personnaliser les manœuvres préventives et les méthodes de dépistage selon l'âge, le sexe, l'état de santé et le niveau de risque du patient¹⁸. Le Groupe de travail a aussi recommandé de ne pas planifier les examens médicaux de façon systématique, à intervalles fixes, mais de les faire à l'occasion de visites chez le médecin pour des problèmes de santé particuliers.

Malgré ces recommandations, les données de l'ENSP donnent à penser que les examens médicaux annuels de routine sont encore monnaie courante. En 1996-1997, la plupart des personnes de 12 ans et plus qui ont été interrogées ont dit avoir passé un examen médical de routine au cours des trois dernières années : annuellement pour 53 % d'entre elles et tous les deux ans pour 17 %. Certaines personnes attendent sans doute leur visite annuelle

chez le médecin pour poser à ce dernier diverses questions concernant leur état de santé, ce qui, en dernière analyse, réduit le nombre de consultations. Cependant, 60 % des personnes qui ont dit avoir subi un examen médical de routine, alors qu'elles n'avaient aucune inquiétude particulière concernant leur santé, vont normalement voir le médecin une fois par an, comparativement à 38 % de celles qui disent toujours se rendre chez le médecin pour des problèmes particuliers. Quand on leur a demandé pour quelles raisons elles passent normalement un examen médical, 11 % des personnes interrogées ont déclaré, entre autres, qu'elles se rendent chez le médecin pour subir des tests précis (tels que la mesure de la tension artérielle ou le test de Papanicolaou); cependant, la plupart (60 %) veulent «s'assurer que tout va bien».

On s'attendrait à ce que les personnes que l'on sait éprouver des problèmes de santé ou qui courent un risque manifeste d'en avoir passent un examen médical de routine plus fréquemment que celles qui sont en bonne santé ou qui ne courent qu'un faible risque de tomber malade. On a défini quatre groupes présentant des risques particuliers d'avoir des problèmes de santé et on a étudié pour chacun la fréquence déclarée des examens médicaux de routine. Ces catégories sont celles des personnes physiquement inactives, des grands buveurs (les personnes qui ont dit avoir bu au moins cinq verres d'alcool en une même occasion plus qu'une fois par mois l'année précédente), des personnes fumant quotidiennement et des personnes présentant au moins un problème de santé chronique.

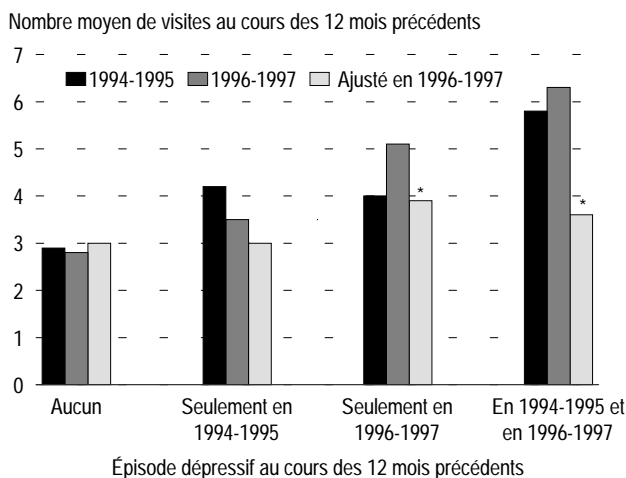
Les personnes qui disent souffrir d'au moins un problème de santé chronique ou s'adonner à des activités de loisir sédentaires ont passé des examens médicaux plus fréquemment et plus récemment que l'ensemble de la population, mais le contraire est vrai pour les grands buveurs et les grands fumeurs. La raison avancée le plus fréquemment par ces buveurs et fumeurs qui n'ont pas passé de visite chez un médecin depuis plus de trois ans est la même que celle donnée par l'ensemble de la population, à savoir qu'ils estimaient que cela n'était pas nécessaire.

Dépression récurrente et visites chez le médecin

Les personnes qui souffrent de dépression récurrente consultent le médecin assez fréquemment. Durant l'année qui a précédé l'entrevue de 1996-1997, les personnes qui ont déclaré souffrir de dépression lors des deux cycles de l'enquête ont consulté un médecin, en moyenne, trois fois de plus que les personnes qui n'ont déclaré un épisode dépressif ni au premier ni au deuxième cycle ou qui ne l'ont fait qu'en 1994-1995. Même si on tient compte de l'utilisation antérieure des services de santé^d, du nombre de maladies chroniques, du sexe et de l'âge, le nombre moyen corrigé de visites chez le médecin (3,7) est plus élevé chez les personnes qui souffrent de dépression récurrente que chez celles qui n'ont mentionné de dépression ni au premier ni au deuxième cycle (3,0) ou que chez celles qui ont déclaré une dépression en 1994-1995 uniquement. Pareillement, les personnes qui faisaient un épisode dépressif lors

^d Les indicateurs d'utilisation sont le nombre de visites chez le médecin en 1994-1995; au moins quatre consultations d'un spécialiste de la santé à cause de troubles émotifs ou mentaux en 1994-1995; le nombre de consultations d'un spécialiste de la santé à cause de troubles émotifs ou mentaux en 1996-1997 et la prise d'antidépresseurs en 1996-1997.

Graphique 8
Nombre moyen de visites chez le médecin, selon la présence d'une dépression, population de 12 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 et 1996-1997



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, cycles 1 et 2, fichier longitudinal

* Nombre moyen de visites significativement plus élevé chez ceux qui ont déclaré souffrir d'un épisode en 1996-1997 seulement et chez ceux qui n'en souffrent pas ($p < 0,05$).

du deuxième cycle ont consulté plus souvent un médecin (3,9 fois) que celles qui ne souffrent pas de dépression ou qui n'ont fait état de cette maladie qu'en 1994-1995 (graphique 8).

Tension artérielle

Le diagnostic d'hypertension, même légère, est souvent un signe avant-coureur de la manifestation éventuelle d'une hypertension grave. L'hypertension augmente le risque de problèmes circulatoires, comme l'accident vasculaire cérébral, l'insuffisance cardiaque globale ou la rupture d'un anévrisme aortique. Tous les Canadiens ont accès à la prise de la tension artérielle. En 1996-1997, 91 % de personnes de 12 ans et plus ont dit qu'elles ont fait prendre leur tension artérielle à un moment donné de leur vie et 68 %, qu'elles l'ont fait l'année précédant l'entrevue.

Chez les hypertendus, l'existence d'autres facteurs de risque aggrave le risque de maladies cardiovasculaires. La surveillance systématique de la tension artérielle est donc particulièrement importante chez les personnes âgées, chez celles qui mènent une vie sédentaire, chez les fumeurs et chez les hommes. La proportion de personnes qui ont fait vérifier leur tension artérielle au cours des deux années qui ont précédé l'entrevue est plus forte chez les personnes plus âgées que chez les autres. En outre, proportionnellement plus de personnes peu ou moyennement actives durant leurs loisirs ont fait prendre leur tension artérielle récemment que de personnes qui font de l'exercice durant leurs loisirs. En revanche, rien ne distingue, dans ce domaine, le grand fumeur du fumeur occasionnel ou du non-fumeur. En outre, bien que les hommes courent un plus grand risque de maladie circulatoire que les femmes, ils sont, toutes proportions gardées, moins nombreux à avoir fait vérifier leur tension artérielle au cours des deux dernières années. Cet écart est en majeure partie attribuable à des différences visant le groupe des 15 à 34 ans, période de la vie où le risque de maladie circulatoire est assez faible. Par exemple, chez les personnes de 20 à 24 ans, 61 % d'hommes, comparativement à 83 % de femmes ont dit avoir fait prendre leur tension artérielle au cours des deux dernières années.

Mammographie

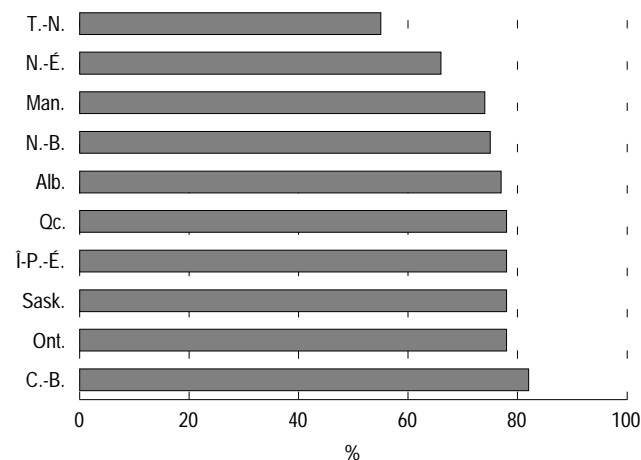
Pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, c'est-à-dire le groupe visé par les programmes provinciaux de dépistage, le taux de mammographie au cours de la vie était de 77 % en 1996-1997, comparativement à 73 % deux ans plus tôt. Assez peu de femmes ont dit avoir de la difficulté à obtenir un examen mammographique.

Pour les femmes appartenant au groupe d'âge cible, le taux de mammographie varie selon la province et le statut socio-économique. En 1996-1997, le taux au cours de la vie était nettement plus faible à Terre-Neuve (56 %) que dans les autres provinces, sauf la Nouvelle-Écosse (65 %) (graphique 9). C'est aussi chez les femmes appartenant aux catégories de revenu moyen-supérieur et supérieur que le taux de mammographie est le plus élevé (graphique 10).

Afin de réduire, pour l'ensemble de la population, la mortalité liée au cancer du sein, il est recommandé¹⁸ que les femmes de 50 à 69 ans subissent une mammographie de dépistage tous les deux ans. Alors que la majorité (80 %) des femmes de ce groupe d'âge qui ont déjà subi une mammographie en ont passé une au cours des deux années précédant l'entrevue, 20 % ont déclaré que leur mammographie la plus récente remonte à plus de deux ans. Pour expliquer le fait de ne pas avoir passé de mammographie ces deux dernières années,

Graphique 9

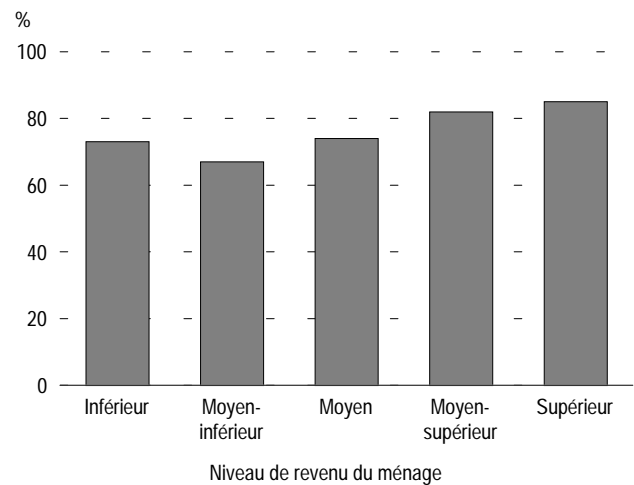
Proportion de femmes de 50 à 69 ans qui ont déjà passé un examen mammographique, selon la province, 1996-1997



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

Graphique 10

Proportion de femmes de 50 à 69 ans qui ont déjà passé un examen mammographique, selon le niveau de revenu du ménage, Canada, territoires non compris, 1996-1997



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

les personnes mentionnent le plus couramment qu'elles ne l'ont pas jugé nécessaire (53 %), qu'elles n'ont pas eu l'occasion de s'en occuper (24 %) ou que leur médecin ne pensait pas que cela était nécessaire (12 %).

Test de Papanicolaou

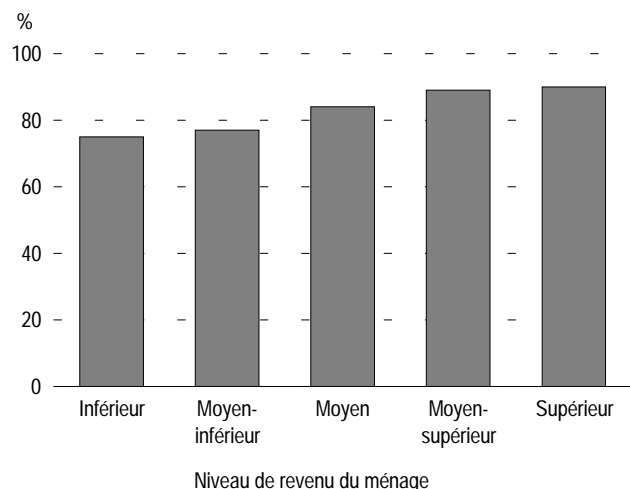
Selon les lignes directrices canadiennes, il est recommandé de procéder au dépistage du cancer du col de l'utérus grâce au test de Papanicolaou après le début de l'activité sexuelle ou à 18 ans, le premier des deux prévalant. Après deux frottis normaux (effectués à un an d'intervalle), la fréquence recommandée de dépistage est tous les trois ans jusqu'à 69 ans¹⁸.

La plupart des femmes ont subi au moins un test de Papanicolaou. En 1996-1997, le taux au cours de la vie pour les femmes de 18 ans et plus se chiffrait à 84 %, soit une hausse par rapport au 82 % observé en 1994-1995. La majorité ont indiqué qu'elles ont subi le test dans le cadre d'un examen médical ordinaire ou d'un dépistage systématique, plutôt qu'à des fins diagnostiques.

Comme pour la mammographie, le taux de test de Papanicolaou dépend du statut socio-économique (graphique 11). Le taux au cours de la vie pour les

femmes de 18 ans et plus varie de 75 %, pour celles appartenant à la catégorie inférieure de revenu du ménage à 90 % pour celles appartenant à la catégorie supérieure.

Graphique 11
Pourcentage de femmes de 18 ans et plus qui ont déjà passé un test de Papanicolaou, selon le niveau de revenu du ménage, Canada, territoires non compris, 1996-1997



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

Assurance-santé complémentaire

La majorité (76 %) des Canadiens de 12 ans et plus ont dit bénéficier d'au moins une certaine forme d'assurance-santé complémentaire couvrant complètement ou partiellement les frais liés aux médicaments prescrits, aux soins dentaires, à l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée, ou aux lunettes et lentilles cornéennes. Le type le plus courant d'assurance est l'assurance-médicaments (qui inclut les régimes privés, gouvernementaux et payés par les employeurs), 61 % de Canadiens bénéficiant de ce genre de couverture. Vient ensuite l'assurance-soins dentaires (53 %), suivie par une assurance supplémentaire pour soins hospitaliers (48 %) et l'assurance couvrant les lunettes et les lentilles cornéennes (44 %).

Il n'est pas étonnant de constater que le fait de bénéficier d'une assurance-santé supplémentaire est fonction du statut socio-économique. Une proportion assez forte de personnes des catégories inférieures de revenu du ménage ne possèdent pas

d'assurance complémentaire. En revanche, les personnes «complètement» couvertes représentent une forte proportion des catégories moyenne-supérieure et supérieure de revenu du ménage.

Le fait de bénéficier d'une assurance-soins dentaires a un impact considérable sur l'utilisation des services dentaires. Les Canadiens qui ne bénéficient pas d'une telle assurance sont beaucoup moins susceptibles que les autres de consulter un dentiste. Ainsi, 58 % des personnes sans assurance-soins dentaires ne se sont pas rendues chez le dentiste l'année précédant l'entrevue du deuxième cycle, comparativement à 28 % de celles qui sont assurées. Les personnes qui bénéficient d'une assurance-soins dentaires ont dit avoir fait, en moyenne, 1,5 visite chez le dentiste au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue; la moyenne pour les personnes non assurées est inférieure à une visite (0,8).

Recours aux services de santé américains

Selon les données du deuxième cycle de l'enquête, environ 0,5 % de Canadiens (à peu près 135 000 personnes) ont reçu des soins de santé aux États-Unis au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue. La proportion est plus élevée pour les personnes de 55 ans et plus, 0,9 % de celles-ci ayant indiqué qu'elles ont eu recours à des services de santé américains. On estime que 0,1 % de la population, soit 27 000 Canadiens, sont allés *spécialement* aux États-Unis pour recevoir des soins de santé.

Soins à domicile

En 1996-1997, près de 545 000 personnes âgées de 18 ans et plus (2,5 %) ont reçu des soins à domicile financés par l'administration publique. Ces chiffres sont à peu près les mêmes que ceux observés en 1994-1995, quand le nombre estimé de bénéficiaires s'élevait à presque 523 000 (2,4 %). Comme on peut s'y attendre, une plus forte proportion de personnes âgées que de personnes de moins de 65 ans ont reçu des soins à domicile.

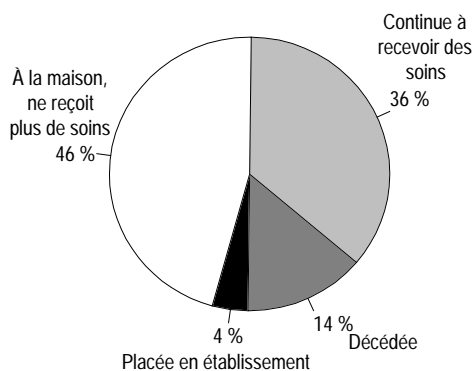
Un peu plus du tiers (36 %) des personnes qui ont reçu des soins à domicile au moment du premier cycle bénéficiaient encore de ce service lors du

deuxième cycle. Cependant, une plus forte proportion (46 %) vivent à leur domicile et n'y reçoivent plus de soins. Enfin, 14 % des bénéficiaires de soins à domicile au premier cycle sont décédés et 4 % ont été placés en établissement (graphique 12).

Les deux tiers des personnes qui bénéficient de soins à domicile en 1996-1997 ne recevaient ces services deux ans plus tôt. Le fait de commencer à recevoir des soins à domicile est lié non seulement à des besoins physiques, mais aussi à des circonstances sociales et socio-économiques. Parmi les nombreuses caractéristiques observées, certaines variables expliquent qu'on prenne des dispositions pour obtenir des services de soins à domicile : le fait d'appartenir à l'une des deux catégories inférieures de revenu du ménage (en 1994-1995), d'avoir 65 ans et plus, de ne plus vivre avec un conjoint ou des membres de la famille, d'être atteint d'un cancer et d'avoir besoin d'aide pour les soins personnels (par exemple, se laver, s'habiller, manger). Ces facteurs continuent d'être des prédicteurs même si on tient compte de l'effet du sexe, du diagnostic de certaines autres maladies, du fait de subir une blessure grave et du tabagisme.

Toutefois, les statistiques sur la prestation officielle de soins à domicile ne rendent compte que d'une fraction du fardeau que représentent ces soins. En

Graphique 12
Situation en 1996-1997 des personnes qui ont reçu des soins à domicile en 1994-1995, Canada, territoires non compris



Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, cycles 1 et 2, fichier longitudinal

effet, selon des données récentes de l'Enquête sociale générale, la plupart des soins à domicile sont prodigués de façon officieuse, ordinairement par des membres femmes de la famille¹⁹.

Mot de la fin

Les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé sur la population permettent d'étudier les effets de nombreux facteurs sur l'état de santé. En outre, les données transversales permettent de broser un tableau plus précis de certains domaines de la santé et de l'accès au service de santé.

Il est bien connu que l'incidence de la plupart des maladies chroniques augmente avec l'âge, fait que confirment les données de l'ENSP. Cependant, ces données indiquent aussi que, en l'espace de deux ans, une proportion importante de personnes âgées dont les activités étaient limitées se sont rétablies ou ont regagné un meilleur degré de fonctionnement dans leurs activités quotidiennes. Par conséquent, il semble qu'on sous-estime ordinairement le degré de réadaptation ou d'amélioration de l'état de santé que l'on peut observer pour ce groupe d'âge.

La régularité avec laquelle se dégage l'association entre un faible revenu et certains problèmes de santé chroniques est convaincante et fournit de nouveaux renseignements sur le groupe complexe de facteurs qui influent sur l'incidence de la maladie. L'importance du statut socio-économique est également manifeste en ce qui concerne le recours aux services de dépistage préventif chez les femmes et l'état de santé des enfants. De surcroît, les événements perturbants de la vie, comme la perte d'un conjoint ou l'instabilité de l'emploi, ont des répercussions sur la santé. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les données de l'ENSP montrent que la prédisposition à la dépression s'accroît après des difficultés de ce genre.

La plupart des Canadiens ne font pas d'exercice vigoureux, mais les données de l'ENSP laissent entendre que ceux qui le font sont mieux protégés contre la maladie cardiaque, ainsi que la dépression. La prévention de ces maladies graves pourrait compenser la fréquence un peu plus élevée des blessures observées chez les personnes actives physiquement.

Les événements survenus durant l'enfance ont aussi une incidence prolongée sur la santé. Les personnes dont un parent était alcoolique sont plus susceptibles que les autres de faire elles aussi un abus d'alcool. Les enfants qui commencent à fumer au début de l'adolescence sont, du moins d'après certains indicateurs, plus fortement accoutumés au tabac que les personnes qui ont commencé à fumer plus tard. Les effets nocifs pour la santé de l'usage du tabac sont bien connus.

Les données de l'ENSP, qui témoignent de l'incidence plus forte d'incapacité dues aux maladies cardiaques et pulmonaires, et même de la mort, chez les fumeurs sont un rappel frappant des méfaits du tabagisme.

Cet aperçu ne représente que quelques-unes des conclusions qui sont apparues après un suivi de deux ans seulement. La compréhension du processus dynamique influant sur la santé s'améliorera à mesure que les cycles ultérieurs apporteront des renseignements supplémentaires.

Références

- J.-L. Tamblay et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 29-38 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
- K.G. Manton, L.S. Corder et E. Stallard, «Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the U.S. elderly population from the 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Survey», *Journal of Gerontology*, 48(4), 1993, p. S153-166.
- E.M. Crimmins et Y. Saito, «Getting better and getting worse», *Journal of Aging and Health*, 5(1), 1993, p. 3-36.
- R.C. Bland, S.C. Newman et H. Orn, «Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, supplément (338), 1988, p. 33-42.
- V. Kovess, H.B.M. Murphy et M. Tousignant, «Urban-rural comparisons of depressive disorder in French Canada», *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 175, 1987, p. 457-466.
- M.M. Weissman, P.J. Leaf, G.L. Tischler *et al.*, «Affective disorder in five United States communities», *Psychological Medicine*, 18, 1988, p. 141-183.
- M.M. Weissman et G.L. Klerman, «Sex differences and the epidemiology of depression», *Archives of General Psychiatry*, 34, 1987, p. 98-110.
- R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, «Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey», *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8-19.
- American Psychiatric Association, «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», 3^e révision, Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1987.
- K.S. Kendler, C.G. Davis et R.C. Kessler, «The familial aggregation of common psychiatric and substance use disorders in the National Comorbidity Survey: A family history study», *British Journal of Psychiatry*, 170, 1997, p. 541-548.
- M.A. Schuckit, T.L. Smith et J.E. Tipp, «The self-rating of the effects of alcohol (SRE) form as a retrospective measure of the risk for alcoholism», *Addiction*, 92(8), 1977, p. 979-988.
- M.A. Schuckit, J.E. Tipp, M. Bergman *et al.*, «Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics», *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 1997, p. 948-957.
- J.M. Light, K.M. Irvine et L. Kjerulf, «Estimating genetic and environmental effects of alcohol use and dependence from a national survey: A "quasi-adoption" study», *Journal of Studies on Alcohol*, 57(5), 1996, p. 507-520.
- R.C. Kessler, G. Andrews, D. Mroczek *et al.*, «The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF)», *Psychological Medicine*, sous presse.
- B.K. Son, J.H. Markovitz, S. Winders *et al.*, «Smoking, nicotine dependence, and depressive symptoms in the CARDIA study: Effects of educational status», *American Journal of Epidemiology*, 145(2), 1997, p. 110-116.
- T.F. Heatherton, L.T. Kozlowski, R.C. Frecker *et al.*, «Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day», *British Journal of Addiction*, 84, 1989, p. 791-799.
- K.O. Fagerstrom, «Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment», *Addictive Behaviors*, 3, 1978, p. 235-241.
- Groupe de recherche canadien sur l'examen médical Canada, *The Canadian Guide to Clinical and Preventive Health Care*, (Santé Canada, n° H21-117/1994F au catalogue), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1994.
- Enquête sociale générale, *Qui va s'en occuper? L'aide liée à la santé dans les années 1990* (Statistique Canada, n°11-612F au catalogue), Ottawa, Ministère de l'Industrie, 1997.



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

Division du marketing, Ventes et services
 Statistique Canada
 Ottawa (Ontario)
 K1A 0T6
 Téléphone : (613) 951-7277
 1-800-267-6677, appeler sans frais, au Canada
 Télécopieur : (613) 951-1584

Ou visiter notre site internet : [www@statcan.ca](http://www.statcan.ca)

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix [†]		
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)
Rapports sur la santé · par année · l'exemplaire	82-003-XPB	Papier	116 \$	116 \$	116 \$
			35 \$	35 \$	35 \$
	82-003-XIF	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Indicateurs sur la santé	82-221-XDB	Disquette	250 \$	250 \$	250 \$
Naissances					
Naissances et décès [‡]	84-210-XPB	Papier	35 \$	35 \$	35 \$
	84-210-XMB	Microfiche	25 \$	25 \$	25 \$
	84-210-XIB	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Santé périnatale : grossesse et taux, Canada, de 1974 à 1993	82-568-XPB	Papier	32 \$	39 \$	45 \$
Statistiques choisies sur la natalité et la fécondité, Canada, de 1921 à 1991	82-553-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001-XPB	Papier	30 \$	30 \$	30 \$
Cancer					
Le cancer au Canada [‡]	82-218-XPB	Papier	25 \$	30 \$	35 \$
L'incidence du cancer au Canada, de 1969 à 1993	82-566-XPB	Papier	42 \$	42 \$	42 \$
Statistiques canadiennes sur le cancer	82F0008-XIF	Internet	Sans frais		
Décès					
Causes de décès	84-208-XPB	Papier	62 \$	62 \$	62 \$
Causes principales de décès	84-503-XPB	Papier	30 \$	30 \$	30 \$
Naissances et décès [‡]	84-210-XPB	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
	84-210-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
	84-210-XIB	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Mortalité : Liste sommaire des causes	84-209-XPB	Papier	31 \$	31 \$	31 \$
Sommaire général des statistiques de l'état civil	84F0001-XPB	Papier	30 \$	30 \$	30 \$
Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, de 1921 à 1990	82-548-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Statistiques choisies sur la mortalité infantile et statistiques connexes, Canada, de 1921 à 1990	82-549-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$

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

[‡] Publication révolue (numéro antérieur seulement).

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix [†]		
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)
Divorce					
Divorces [‡]	84-213-XPB	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
	84-213-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Hôpitaux					
Indicateurs des hôpitaux [‡]	83-246-XPB	Papier	60 \$	72 \$	84 \$
	83-246-XMB	Microfiche	45 \$	54 \$	63 \$
Hospitalisation					
La morbidité hospitalière et interventions chirurgicales [‡]	82-216-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
	82-216-XMB	Microfiche	35 \$	42 \$	49 \$
Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux	82-562-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Espérance de vie					
Tables de mortalité, Canada et provinces, de 1990 à 1992	84-537-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
	84-537-XDB	Disquette	40 \$	40 \$	40 \$
Mariage					
Mariages [‡]	84-212-XPB	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
	84-212-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Certains renseignements sur les mariages contractés, de 1921 à 1990	82-552-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Le déclin du mariage au Canada de 1981 à 1991	84-536-XPB	Papier	36 \$	44 \$	51 \$
Hygiène mentale					
La statistique de l'hygiène mentale [‡]	83-245-XPB	Papier	15 \$	18 \$	21 \$
Enquête nationale sur la santé de la population					
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995	82-567-XPB	Papier	10 \$	12 \$	14 \$
	82-567-XIB	Internet	8 \$	8 \$	8 \$
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997	82-567-XPB	Papier	35 \$	35 \$	35 \$
	82-567-XIB	Internet	26 \$	26 \$	26 \$
Personnel infirmier					
Personnel infirmier au Canada, 1995 : infirmier(ères) autorisé(e)s [‡]	83-243-XPB	Papier	30 \$	36 \$	42 \$
	83-243-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$
Établissements de soins de santé					
Établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes [‡]	83-237-XPB	Papier	35 \$	42 \$	49 \$
	83-237-XMB	Microfiche	25 \$	30 \$	35 \$

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

[‡] Publication révolue (numéro antérieur seulement).

Titre	Numéro au catalogue	Version	Prix†		
			Canada	É.-U. (US \$)	Autres pays (US \$)
Avortements thérapeutiques					
Statistiques choisies sur les avortements thérapeutiques, de 1970 à 1991	82-550-XPB	Papier	40 \$	48 \$	56 \$
Avortements thérapeutiques	82-219-XPB	Papier	31 \$	31 \$	31 \$
	82-219-XMB	Microfiche	26 \$	26 \$	26 \$



La Division des statistiques sur la santé offre un service de totalisations spéciales afin de répondre aux besoins particuliers en ressources, 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 des statistiques sur la santé
 Statistique Canada
 Ottawa (Ontario)
 K1A 0T6
 Téléphone : (613) 951-1746
 Télécopieur : (613) 951-0792

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



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 des statistiques sur la santé
 Statistique Canada
 Ottawa, Ontario
 K1A 0T6
 Téléphone : (613) 951-1746
 Télécopieur : (613) 951-0972

Fichiers de microdonnées à grande diffusion de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1991-1995	Numéro du produit	Version	Prix†		
			Canada	Autres pays (US \$)	
Cycle 1, 1994-1995					
Composante des ménages	Données, Browser Ivision -				
	fichier texte ASCII	82F0001XCB 82F0001XDB	CD-ROM Disquette	800 \$ 650 \$	800 \$ 650 \$
Établissements de soins de santé	Fichier texte ASCII	82M0010XDB	Disquette	250 \$	250 \$
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 et établissements de soins de santé	Ménages - données transversales	82M0009XCB	CD-ROM	2 000 \$	2 000 \$
	Browser Beyond 20/20 - fichier de santé et fichier texte ASCII	Première version			
	Première version ainsi que des faux-fichiers maîtres, Programme et fichiers Bootstrap d'estimation de la variance	Deuxième version			
	Deuxième version ainsi que les établissements de soins de santé données transversales fichier texte ASCII	Troisième version			
	Ménages et établissements de soins de santé - données longitudinales fichier texte ASCII (Sous toute réserve)				
Composante des ménages Établissements de soins de santé	Documentation seulement	82M0009XPB	Papier	50 \$	50 \$
	Documentation seulement	82M0010XPB	Papier	30 \$	30 \$
Tableaux personnalisés	Ménages	82C0013	Le prix varie selon l'information demandée		
	Établissements de soins de santé	82C0015	Le prix varie selon l'information demandée		
Offre spéciale ENSP 1994-1995 et 1996-1997		2 CD-ROM 82M0001XCB 82M0009XCB	2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$

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