

Aperçu

Indicateurs des maladies chroniques au Canada, 2019 – Mise à jour des données et prise en compte de la santé mentale

Mélanie Varin, M. Sc. (1); Melissa Baker, Ph. D. (1,2); Elia Palladino, B. Sc. S. (1); Tanya Lary, M.A. (1)

 [Diffuser cet article sur Twitter](#)

Résumé

L'édition 2019 des Indicateurs des maladies chroniques au Canada (IMCC) fournit les estimations les plus récentes du fardeau des maladies chroniques au Canada ainsi que des mesures de la santé générale et des déterminants connexes de la santé. À l'aide des données des IMCC et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2017, nous avons examiné le lien entre les facteurs sociodémographiques et la santé mentale auto-déclarée. D'après nos résultats, sont associés de façon significative à une très bonne santé mentale auto-déclarée le sexe (hommes par rapport aux femmes : rapport de cotes ajusté [RCA] = 1,22), l'âge (groupe d'âge des 65 à 79 ans par rapport à celui des 35 à 49 ans : RCA = 1,48), les études (diplôme d'études postsecondaires par rapport à l'absence de diplôme d'études secondaires : RCA = 1,68), la suffisance du revenu du ménage (quintile le plus élevé [Q5] par rapport au quintile le plus faible [Q1] : RCA = 2,25) et le statut vis-à-vis de l'immigration (immigrants récents par rapport aux non-immigrants : RCA = 2,29).

Mots-clés : maladies chroniques, santé mentale, santé publique, Canada, déterminants de la santé, facteurs sociodémographiques

Introduction

Les Indicateurs des maladies chroniques au Canada (IMCC) sont une ressource produite par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) mesurant le fardeau des maladies chroniques, la santé générale et les déterminants connexes de la santé. Mis à jour chaque année, les IMCC sont accessibles au public grâce à Statistiques rapides, le document de synthèse des IMCC (tableau 1), et grâce à l'outil interactif des données des IMCC (<https://sante-infobase.canada.ca/imcc/>).

Les IMCC sont répartis en six domaines : 1) déterminants sociaux et environnementaux; 2) facteurs de risque et de protection pour la santé des mères et des enfants; 3) facteurs de risque et de protection comportementaux; 4) facteurs de risque intermédiaires; 5) pratiques préventives et 6) état de santé global et impacts sur la santé. L'autoévaluation de l'état de santé

mentale est une mesure relevant du groupe des indicateurs de la santé générale, au sein du domaine de l'état de santé global et des impacts sur la santé des IMCC. Notre article présente la mise à jour des estimations des IMCC pour 2019 et explore plus précisément le contenu en matière de santé mentale afin d'offrir un portrait plus complet des variations de l'état de santé mentale auto-déclarée au Canada.

La santé mentale est l'un des résultats clés des IMCC car elle est intrinsèquement liée à la santé physique, aux processus comportementaux et émotionnels ainsi qu'aux facteurs sociaux, et cette relation est bidirectionnelle¹⁻⁶. Selon l'ASPC, une santé mentale positive est « un état de bien-être qui permet aux personnes de sentir, de penser et d'agir de façon à renforcer leur capacité à profiter à la vie et à gérer les difficultés »⁷. La promotion de la santé mentale et la prévention des maladies

Points saillants

- Le tableau Statistiques rapides sur les Indicateurs des maladies chroniques au Canada présente les estimations du fardeau des maladies chroniques ainsi que les mesures de la santé générale et des déterminants connexes de la santé.
- En 2017, plus des deux tiers (70,3 %) de la population du Canada ont déclaré avoir une « excellente » ou une « très bonne » santé mentale.
- L'âge, le sexe, la province de résidence, le quintile de revenu, le niveau d'études et le statut vis-à-vis de l'immigration étaient des facteurs sociodémographiques corrélates de façon significative à la santé mentale auto-déclarée.

mentales constituent des priorités clés pour l'ASPC⁸. Les indicateurs de la santé mentale inclus dans l'outil de données des IMCC, en particulier l'autoévaluation de la santé mentale, fournissent, une fois ventilés par facteurs sociodémographiques, des données importantes aptes à soutenir les politiques et les programmes. Ces données vont également contribuer à orienter les travaux collaboratifs menés par l'ASPC en matière de promotion de la santé mentale ainsi qu'à révéler les domaines à privilégier pour la prévention des inégalités au sein des populations.

L'ASPC et Statistique Canada considèrent que l'autoévaluation de la santé mentale permet de mesurer l'état de santé mentale général de la population⁹. Conformément au Cadre d'indicateurs de surveillance de

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

2. Comité directeur des Indicateurs des maladies chroniques au Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Mélanie Varin, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1S 5H4; courriel : melanie.varin@canada.ca

la santé mentale positive (CISSMP) de l'ASPC, les IMCC fournissent une estimation de la population du Canada ayant déclaré bénéficier d'une « excellente » ou d'une « très bonne » santé mentale. Cette estimation a été calculée à l'aide des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2017 – Composante annuelle. Les participants devaient répondre à la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est...? » Les choix de réponse étaient les suivants : « excellente », « très bonne », « bonne », « passable » ou « mauvaise ». Dans notre article, un très bon état de santé mentale correspond aux répondants ayant déclaré avoir une « excellente » ou une « très bonne » santé mentale.

Dans cet aperçu, nous présentons les estimations de la santé mentale auto-déclarée ventilées par facteurs sociodémographiques, soit le groupe d'âge, le sexe, la province, la résidence en milieu rural ou urbain, le quintile de revenu, le niveau d'études, le statut d'Autochtone, le statut vis-à-vis de l'immigration et la période écoulée depuis l'immigration. Les estimations ont été pondérées en fonction du poids d'échantillonnage de l'enquête et la variance a été estimée à l'aide de la méthode « bootstrap » pour tenir compte de la conception complexe de l'enquête. Nous avons utilisé un modèle de régression logistique ajusté pour examiner la relation entre les facteurs sociodémographiques et la santé mentale auto-déclarée. Les groupes de référence ont été choisis en fonction des rapports de cotes ajustés (RCA) et non en fonction des taux de prévalence. Pour une interprétation facile et uniforme, la catégorie affichant le plus faible rapport de cotes ajusté de santé mentale élevée a été choisie comme groupe de référence. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide, version 5.1 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Principales constatations

Le tableau 1 fournit les statistiques rapides sur les IMCC de 2019 pour l'ensemble des indicateurs. D'après les données issues de l'ESCC 2017 – Composante annuelle, 70,3 % de la population du Canada (n = 36 024) a déclaré avoir une « excellente » ou une « très bonne » santé mentale. Dans les précédentes statistiques rapides des IMCC, la prévalence associée à une très bonne santé mentale se situait à 70,8 % en

2016, à 72,5 % en 2015 et à 71,2 % en 2014¹⁰⁻¹².

Ventilation des données

Le tableau 2 détaille les caractéristiques descriptives de la population du Canada ayant déclaré avoir une très bonne santé mentale (« excellente » ou « très bonne »), ces données étant disponibles également dans l'outil interactif des données des IMCC.

Nous avons constaté que la prévalence d'une très bonne santé mentale chez les hommes âgés de 12 ans et plus était de 72,7 %, contre 68,1 % chez les femmes. Au sein des groupes d'âge, la prévalence d'une très bonne santé mentale variait entre 63,4 % (80 ans et plus) et 73,8 % (65 à 79 ans).

Les taux de très bonne santé mentale variaient également d'une province à l'autre, entre 65,9 % (Nouveau-Brunswick) et 73,1 % (Québec). La prévalence d'une très bonne santé mentale était similaire en milieu rural (71,2 %) et en milieu urbain (70,1 %).

Les taux de très bonne santé mentale avaient tendance à augmenter avec le niveau d'études (de 57,2 % chez les personnes sans diplôme d'études secondaires à 72,3 % chez les personnes ayant un diplôme d'études postsecondaires) et la suffisance du revenu du ménage (de 61,6 % pour le quintile le plus faible [Q1] à 77,3 % pour le plus élevé [Q5]). La prévalence d'une très bonne santé mentale était de 73,9 % chez les Inuits, de 62,8 % chez les membres des Premières Nations et de 60,3 % chez les Métis, tandis qu'elle était de 70,7 % chez les Canadiens non autochtones.

Les non-immigrants affichaient une prévalence de santé mentale élevée de 69,4 %. Cette prévalence semble avoir diminué au fil des années passées au Canada, passant de 80,6 % chez les immigrants récents (5 ans ou moins au Canada) à 71,0 % chez ceux qui vivent au Canada depuis plus de 10 ans.

La cote exprimant la probabilité de déclarer avoir une très bonne santé mentale était de 22 % plus élevée chez les hommes que chez les femmes (RCA = 1,22, intervalle de confiance [IC] à 95 % = 1,14 à 1,30). Les répondants de 12 à 19 ans

(RCA = 1,28, IC à 95 % = 1,12 à 1,46) et ceux 65 à 79 ans (RCA = 1,48, IC à 95 % = 1,34 à 1,63) étaient davantage susceptibles de faire état d'une très bonne santé mentale que ceux de 35 à 49 ans. On n'a relevé aucune différence importante de cote entre les groupes d'âge des 20 à 34 ans, des 50 à 64 ans et des 80 ans et plus et le groupe d'âge des 35 à 49 ans.

Le Québec était la seule province affichant un rapport de cotes statistiquement significatif, avec une cote exprimant la probabilité d'avoir une très bonne santé mentale de 41 % supérieure à celle de la Nouvelle-Écosse (RCA = 1,41, IC à 95 % = 1,23 à 1,61).

Les répondants titulaires d'un diplôme d'études secondaires ou postsecondaires présentaient des rapports de cotes de très bonne santé mentale plus élevés que ceux sans diplôme d'études secondaires de respectivement 32 % (RCA = 1,32, IC à 95 % = 1,16 à 1,49) et 68 % (RCA = 1,68, IC à 95 % = 1,50 à 1,88). La probabilité d'avoir une très bonne santé mentale augmentait de façon graduelle et significative en fonction du revenu (RCA_{Q2} = 1,31, IC à 95 % = 1,19 à 1,44; RCA_{Q3} = 1,53, IC à 95 % = 1,38 à 1,69; RCA_{Q4} = 1,77, IC à 95 % = 1,58 à 1,97; et RCA_{Q5} = 2,25, IC à 95 % = 2,02 à 2,51).

On n'a relevé aucune différence dans la probabilité d'avoir une très bonne santé mentale en fonction du statut d'Autochtone.

Les immigrants étaient davantage susceptibles d'avoir une très bonne santé mentale que les non-immigrants, avec toutefois une diminution de l'ampleur de cet effet avec le temps passé au Canada (5 ans ou moins : RCA = 2,29, IC à 95 % = 1,80 à 2,90; 6 à 10 ans : RCA = 1,28, IC à 95 % = 0,99 à 1,66; plus de 10 ans : RCA = 1,20, IC à 95 % = 1,08 à 1,33).

Conclusion

L'autoévaluation de la santé mentale est l'un des indicateurs associés à la santé générale dans les IMCC, une ressource qui fournit des données sur la surveillance des maladies chroniques au Canada. D'après les résultats de la régression logistique que nous avons effectuée, les femmes de 12 ans et plus, les répondants du groupe d'âge des 35 à 49 ans, les personnes n'ayant pas terminé leurs études

secondaires et les personnes faisant partie du quintile de revenu le plus faible tireraient des bénéfices d'interventions ciblées en matière de promotion de la santé mentale.

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier les membres du Comité directeur des Indicateurs des maladies chroniques au Canada pour leurs précieux commentaires et leur relecture de cet aperçu. Nous souhaitons aussi remercier Brenda Branchard d'avoir coordonné la publication de l'édition 2019 des IMCC, de même que tous les analystes qui ont mis à jour le tableau 1 avec les estimations les plus récentes de prévalence.

Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteures et avis

MB, EP, TL et MV ont contribué à la rédaction de l'article. MV a analysé les estimations de prévalence en matière de santé mentale auto-déclarée et a réalisé l'analyse du modèle de régression logistique. Toutes les auteures ont contribué à l'interprétation des données et ont révisé ou relu le manuscrit.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteures et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Hakulinen C, Pulkki-Raback L, Jokela M et al. Structural and functional aspects of social support as predictors of mental and physical health trajectories: Whitehall II cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2016; 70(7):710-715. doi: 10.1136/jech-2015-206165.
2. van den Berg M, van Poppel M, van Kamp I et al. Visiting green space is associated with mental health and vitality: a cross-sectional study in four European cities. *Health Place*. 2016; 38:8-15. doi: 10.1016/j.healthplace.2016.01.003.
3. Kolappa K, Henderson DC, Kishore SP. No physical health without mental health: lessons unlearned? *Bull World Health Organ*. 2013;91(1):3-3A. doi: 10.2471/BLT.12.115063.
4. Tegethoff M, Stalujanis E, Belardi A, Meinlschmidt G. Chronology of onset of mental disorders and physical diseases in mental-physical comorbidity - A National Representative Survey of Adolescents. *PLOS One*. 2016;11(10): e0165196. doi: 10.1371/journal.pone.0165196.
5. Evans DL, Charney DS. Mood disorders and medical illness: a major public health problem. *Biol Psychiatry*. 2003;54(3):177-180. doi: 10.1016/S0006-3223(03)00639-5.
6. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Modgill G, Jetté N, Eliasziw M. Major depression as a risk factor for chronic disease incidence: longitudinal analyses in a general population cohort. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(5):407-413. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.05.001.
7. Agence de la santé publique du Canada. Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2014 [consultation le 24 mars 2019]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale-positive/>
8. Agence de la santé publique du Canada. Plan ministériel 2019-2020. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/transparency/corporate-management-reporting/reports-plans-priorities/2019-2020-report-plans-priorities/phac-aspc-2019-2020-departmental-plan-fra.pdf>
9. Mawani FN, Gilmour H. Validation de l'autoévaluation de la santé mentale. *Rapports sur la santé*. 2010;21(3): 65-80.
10. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs des maladies chroniques au Canada, Statistiques rapides, édition 2018. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2018. Erratum : Comité directeur des IMCC. Aperçu - Quel est l'état de santé des Canadiens? Brève mise à jour. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2018;38(10):434-439. doi: 10.24095/hpcdp.38.10.05f.
11. Comité directeur des IMCC. Indicateurs des maladies chroniques au Canada, édition 2017. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2017;37(8):272-275. doi: 10.24095/hpcdp.37.8.03f.
12. Comité directeur des IMCC. Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures : Statistiques rapides, édition 2016. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(8):192-193. doi: 10.24095/hpcdp.36.8.04f.

TABLEAU 1

INDICATEURS DES MALADIES CHRONIQUES AU CANADA

STATISTIQUES RAPIDES, ÉDITION 2019

GROUPE D'INDICATEURS	MESURE(S) D'INDICATEUR	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES ^a	SOURCE DE DONNÉES (ANNÉE)
DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX			
Éducation	% de la population déclarant ne pas avoir terminé ses études secondaires, population de 20 ans et plus	11,1 %	ESCC (2017)
Revenu	% de la population vivant sous les seuils de faible revenu après impôt, population totale	7,8 %	ECR (2017)
Pauvreté chez les enfants	% d'enfants vivant sous les seuils de faible revenu après impôt, population de moins de 18 ans ^b	6,3 %	ECR (2017)
Emploi	Taux de chômage annuel moyen (% de la population ne travaillant pas pendant la période de référence), population de 15 ans et plus	5,8 %	EPA (2018)
Sentiment d'appartenance à la collectivité	% de la population déclarant éprouver un sentiment d'appartenance « très fort » ou « plutôt fort » à sa collectivité locale, population de 12 ans et plus	69,3 %	ESCC (2017)
FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION POUR LA SANTÉ DES MÈRES ET DES ENFANTS			
Diabète pendant la grossesse	Taux de femmes enceintes ayant un diabète diagnostiqué (préexistant ou gestationnel), femmes de 15 à 54 ans	99,1 pour 1 000 naissances totales ^c	BDCP (2017)
Hypertension pendant la grossesse	Taux de femmes enceintes ayant une hypertension diagnostiquée (préexistante ou gestationnelle), femmes de 15 à 54 ans	69,6 pour 1 000 naissances totales ^c	BDCP (2017)
Poids de la mère pendant la grossesse	% de femmes déclarant un gain de poids pendant la grossesse supérieur aux recommandations de Santé Canada, femmes de 15 à 55 ans	43,7 %	ESCC (2017)
Naissance prématurée	% de nouveau-nés vivants dont l'âge gestationnel n'atteint pas 37 semaines révolues	8,2 pour 100 naissances vivantes	BDCP (2017)
Allaitement maternel	% de femmes déclarant avoir nourri leur enfant exclusivement au sein pendant les six premiers mois ou plus, femmes de 15 à 55 ans	32,2 %	ESCC (2017)
Exposition à la fumée secondaire	% des ménages avec enfants de moins de 15 ans déclarant que les enfants sont régulièrement exposés à la fumée secondaire à la maison	1,6 %	ECTAD (2017)
Violence familiale	% de la population déclarant avoir subi avant l'âge de 15 ans tout type d'abus physique ou sexuel et/ou d'exposition à la violence par un adulte (18 ans et plus) ^d , population de 15 ans et plus	34,1 %	ESG (2014)
FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION COMPORTEMENTAUX			
Mouvement sur 24 heures	% d'enfants et de jeunes qui suivent les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures à l'intention des enfants et des jeunes, population de 5 à 17 ans	9,5 %	ECMS (2014-2015)
Activité physique	% d'enfants et de jeunes qui suivent les recommandations en matière d'activité physique en pratiquant au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée chaque jour (donnée mesurée), population de 5 à 17 ans	39,2 %	ECMS (2016-2017)
	% d'adultes qui suivent les recommandations en matière d'activité physique en pratiquant au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée chaque semaine, en séances de 10 minutes ou plus (donnée mesurée), population de 18 ans et plus	16,4 %	ECMS (2016-2017)
Comportement sédentaire	% d'enfants et de jeunes déclarant suivre les recommandations en matière de comportement sédentaire en consacrant moins de deux heures de loisir par jour à regarder la télévision, des DVDs ou des vidéos ou à utiliser l'ordinateur, une tablette ou un autre appareil électronique portatif ^e , population de 5 à 17 ans	53,9 %	ECMS (2016-2017)
Sommeil	% de la population déclarant dormir le nombre d'heures recommandées chaque jour, population de 5 ans et plus	65,5 %	ECMS (2014-2015)
Alimentation	% de la population déclarant consommer des fruits et des légumes au moins 5 fois par jour, population de 12 ans et plus	28,7 %	ESCC (2017)
	% d'enfants et de jeunes déclarant boire des boissons sucrées tous les jours, population de 5 à 17 ans	11,6 %	ECMS (2016-2017)
Stress chronique	% de la population déclarant que la vie a été « assez » ou « extrêmement » stressante la plupart des jours au cours des 12 derniers mois, population de 12 ans et plus	21,7 %	ESCC (2017)
Consommation d'alcool	% de la population déclarant boire davantage d'alcool que ce que préconisent les directives de consommation d'alcool pour les effets chroniques sur la santé, population de 15 ans et plus	16,1 %	ECTAD (2017)
Tabagisme	% de la population déclarant fumer (quotidiennement ou occasionnellement), population de 15 ans et plus	15,1 %	ECTAD (2017)
Consommation de drogues	% de la population déclarant avoir consommé du cannabis au moins une fois par semaine au cours des trois derniers mois, population de 15 ans et plus	5,9 %	ECTAD (2017)
Prévalence des principaux facteurs de risque de maladie chronique	% de la population déclarant présenter au moins un des quatre principaux facteurs de risque de maladie chronique (tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation et consommation nocive d'alcool), population de 20 ans et plus	88,1 %	ESCC (2017)

Suite à la page suivante

GROUPE D'INDICATEURS	MESURE(S) D'INDICATEUR	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES ^a	SOURCE DE DONNÉES (ANNÉE)
FACTEURS DE RISQUE INTERMÉDIAIRES			
Obésité	% d'enfants et de jeunes qui sont obèses (donnée mesurée), population de 5 à 17 ans	10,6 %	ECMS (2016-2017)
	% d'adultes qui sont obèses (donnée mesurée), population de 18 ans et plus	26,9 %	ECMS (2016-2017)
Glycémie élevée	% de la population ayant une glycémie élevée ^f (donnée mesurée), population de 18 ans et plus	6,8 %	ECMS (2016-2017)
Cholestérol sanguin élevé	% de la population ayant un taux élevé ^f de cholestérol (ratio cholestérol total sur cholestérol LHD [CT:C-LHD]) (donnée mesurée), population de 18 ans et plus	15,1 %	ECMS (2016-2017)
Hypertension	% de la population avec hypertension diagnostiquée, population de 20 ans et plus	25,5 %	SCSMC (2016-2017)
PRATIQUES PRÉVENTIVES			
Contact avec un professionnel de la santé	% de la population déclarant avoir un fournisseur habituel de soins de santé, population de 12 ans et plus	84,6 %	ESCC (2017)
	% de la population déclarant avoir consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au moins une fois au cours des 12 derniers mois, population de 12 ans et plus	69,3 %	ESCC (2016)
Dépistage des maladies	% de femmes déclarant avoir eu au moins 1 mammographie au cours des 5 dernières années ^e , population de 50 à 74 ans	84,2 %	ESCC (2017)
	% de femmes déclarant avoir eu au moins 1 test PAP au cours des 3 dernières années ^e , population de 25 à 69 ans	78,4 %	ESCC (2017)
	% de la population déclarant avoir eu au moins 1 test de recherche de sang occulte dans les selles, une colonoscopie ou une sigmoidoscopie au cours de la période recommandée ^e , population de 50 à 74 ans	67,9 %	ESCC (2017)
Vaccination (grippe)	% de la population atteinte d'une maladie chronique ^g déclarant avoir reçu un vaccin antigrippal saisonnier au cours des 12 derniers mois, population de 12 ans et plus	48,4 %	ESCC (2017)
ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL ET IMPACTS SUR LA SANTÉ			
Santé générale	% de la population déclarant avoir une « très bonne » ou une « excellente » santé, population de 12 ans et plus	61,1 %	ESCC (2017)
	% de la population déclarant avoir une « très bonne » ou une « excellente » santé mentale, population de 12 ans et plus	70,3 %	ESCC (2017)
Morbidité – prévalence	% de la population ayant un diabète diagnostiqué, population de 1 an et plus	8,8 %	SCSMC (2016-2017)
	% de la population déclarant avoir reçu un diagnostic de maladies cardiovasculaires (maladie cardiaque ou accident vasculaire cérébral), population de 20 ans et plus	6,1 %	ESCC (2017)
	% de la population ayant une cardiopathie ischémique diagnostiquée, population de 20 ans et plus	8,5 %	SCSMC (2016-2017)
	% de la population ayant une insuffisance cardiaque diagnostiquée, population de 40 ans et plus	3,7 %	SCSMC (2016-2017)
	% de la population ayant subi un accident vasculaire cérébral diagnostiqué, population de 20 ans et plus	2,9 %	SCSMC (2016-2017)
	% de la population ayant de l'asthme diagnostiqué, population de 1 an et plus	11,6 %	SCSMC (2016-2017)
	% de la population ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique diagnostiquée, population de 35 ans et plus	10,3 %	SCSMC (2016-2017)
	% de la population déclarant avoir déjà reçu un diagnostic de cancer, population de 12 ans et plus	7,3 %	ESCC (2017)
	% de la population déclarant avoir déjà eu des symptômes compatibles avec au moins une des six maladies mentales ou troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives ^h , population de 15 ans et plus	33,3 %	ESCC-SM (2012)
	% de la population déclarant avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble d'anxiété, population de 12 ans et plus	13,4 %	ESCC (2017)
	% de la population ayant une démence diagnostiquée, dont la maladie d'Alzheimer, population de 65 ans et plus	6,9 %	SCSMC (2016-2017)
	% de la population ayant de l'ostéoarthrite diagnostiquée, population de 20 ans et plus	13,6 %	SCSMC (2016-2017)
	% de la population ayant de l'ostéoporose diagnostiquée, population de 40 ans et plus	11,9 %	SCSMC (2016-2017)
	% de la population déclarant avoir reçu un diagnostic d'au moins une des cinq maladies chroniques majeures ⁱ , population de 20 ans et plus	34,2 %	ESCC (2017)
Multimorbidité	% de la population déclarant avoir reçu un diagnostic d'au moins 1 des 10 maladies chroniques communes ^j , population de 20 ans et plus (Nouveau)	43,7 %	ESCC (2017)
	% de la population déclarant avoir reçu un diagnostic d'au moins 2 des 5 maladies chroniques majeures ⁱ , population de 20 ans et plus	8,9 %	ESCC (2017)
	% de la population déclarant avoir reçu un diagnostic d'au moins 2 des 10 maladies chroniques communes ^j , population de 20 ans et plus	18,4 %	ESCC (2017)

Suite à la page suivante

GROUPES D'INDICATEURS	MESURE(S) D'INDICATEUR	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES ^a	SOURCE DE DONNÉES (ANNÉE)
Morbidité – incidence	Taux de cas de diabète nouvellement diagnostiqués, population de 1 an et plus	603,5 pour 100 000	SCSMC (2016-2017)
	Taux de cas de cardiopathie ischémique nouvellement diagnostiqués, population de 20 ans et plus	598,5 pour 100 000	SCSMC (2016-2017)
	Taux de cas d'infarctus aigu du myocarde nouvellement diagnostiqués, population de 20 ans et plus	222,2 pour 100 000	SCSMC (2016-2017)
	Taux de cas d'insuffisance cardiaque nouvellement diagnostiqués, population de 40 ans et plus	535,6 pour 100 000	SCSMC (2016-2017)
	Taux de cas d'asthme nouvellement diagnostiqués, population de 1 an et plus	448,8 pour 100 000	SCSMC (2016-2017)
	Taux de cas de maladie pulmonaire obstructive chronique nouvellement diagnostiqués, population de 35 ans et plus	823,2 pour 100 000	SCSMC (2016-2017)
	Taux de cas de cancer nouvellement diagnostiqués ^b , population totale	563,6 pour 100 000	RCC/SNDCC (2017)
	Taux de cas de démence (dont la maladie d'Alzheimer) nouvellement diagnostiqués, population de 65 ans et plus	1350,9 pour 100 000	SCSMC (2016-2017)
	Taux de cas d'ostéoarthrite nouvellement diagnostiqués, population de 20 ans et plus	872,0 pour 100 000	SCSMC (2016-2017)
Incapacité	Taux de fractures de la hanche nouvellement diagnostiqués, population de 40 ans et plus	149,8 pour 100 000	SCSMC (2016-2017)
	% de la population déclarant être limitée « parfois » ou « souvent » dans ses activités en raison de problèmes de santé ou d'une maladie, population de 12 ans et plus	32,7 %	ESCC (2014)
Mortalité	Taux de décès attribuables à une maladie chronique majeure (maladies cardiovasculaires, cancer, maladies respiratoires chroniques, diabète), population totale	475,7 pour 100 000	BCDECD (2016)
	Taux de décès attribuables au diabète, population totale	18,9 pour 100 000	BCDECD (2016)
	Taux de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires, population totale	192,9 pour 100 000	BCDECD (2016)
	Taux de décès attribuables aux maladies respiratoires chroniques, population totale	45,9 pour 100 000	BCDECD (2016)
	Taux de décès attribuables au cancer, population totale	218,1 pour 100 000	BCDECD (2016)
	Taux de décès attribuables au suicide, population totale	11,0 pour 100 000	BCDECD (2016)
	Taux de décès attribuables à la démence, y compris la maladie d'Alzheimer, population totale	69,4 pour 100 000	BCDECD (2016)
Mortalité prématuée	Taux de décès dans les 12 mois suivant une fracture de la hanche, population de 40 ans et plus	215,1 pour 1 000	SCSMC (2015-2016)
	Probabilité de mourir entre 30 et 69 ans d'une des maladies chroniques majeures (maladies cardiovasculaires, cancer, maladies respiratoires chroniques, diabète)	10,0 %	BCDECD (2016)
	Probabilité de mourir entre 30 et 69 ans d'une maladie cardiovasculaire	3,0 %	BCDECD (2016)
	Probabilité de mourir entre 30 et 69 ans d'un cancer	6,0 %	BCDECD (2016)
	Probabilité de mourir entre 30 et 69 ans d'une maladie respiratoire chronique	0,7 %	BCDECD (2016)
	Probabilité de mourir entre 30 et 69 ans du diabète	0,4 %	BCDECD (2016)

Abréviations : BCDECD, Statistiques de l'état civil – Base de données sur les décès; BDCP, Base de données sur les congés des patients; C-LHD, cholestérol à lipoprotéines de haute densité; CT, cholestérol total; ECMS, Enquête canadienne sur les mesures de la santé; ECR, Enquête canadienne sur le revenu; ECTAD, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues; EPA, Enquête sur la population active; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; ESCC-SM, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes-santé mentale; ESG, Enquête sociale générale; RCC, Registre canadien du cancer; SCSMC, Système canadien de surveillance des maladies chroniques; SNDCC, Système national de déclaration des cas de cancer.

Remarque : Indicateurs ou mesures pour lesquels les données ne sont pas disponibles : tabagisme prénatal, consommation prénatale d'alcool, troubles du développement (dont le trouble du spectre de l'autisme [TSA] et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale [ETCAF]), soutien social, résilience, discrimination et stigmatisation et environnement bâti.

^a Tous les taux figurant dans ce tableau sont bruts et sont fondés sur des données réelles, à moins d'indication contraire.

^b Inclut tous les enfants de 0 à 17 ans vivant dans une famille économique et ne vivant pas dans une famille économique.

^c Les naissances totales incluent les naissances vivantes et les mortinairesses.

^d L'abus physique signifie avoir été giflé/frappé/poussé/attrapé/bousculé/projeté/attaqué physiquement au moins une fois par un adulte (18 ans et plus), l'abus sexuel signifie avoir été forcé ou presque forcé à avoir une activité sexuelle ou être touché contre sa volonté d'une manière sexuelle au moins une fois par un adulte (18 ans et plus) et l'exposition à la violence comprend avoir vu ou entendu ses parents ou tuteurs se frapper ou frapper un autre adulte (18 ans et plus). La définition de cet indicateur ayant changé, les estimations ne sont pas directement comparables aux estimations précédemment rapportées.

^e La méthodologie de cet indicateur ayant changé, les estimations ne sont pas directement comparables aux estimations précédemment rapportées.

^f Cet indicateur cible les individus (à l'exception des femmes enceintes) avec un niveau élevé de cette condition à risque mesuré lors d'un prélèvement unique, sans toutefois tenir compte du statut diagnostique.

^g Les maladies chroniques sont : le cancer (ayant reçu un diagnostic dans le passé), le diabète, les maladies cardiovasculaires (maladies cardiaques et accidents vasculaires cérébraux), les maladies respiratoires chroniques (asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique).

^h Les six troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances sont : épisode dépressif majeur, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée et abus/dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres substances.

ⁱ Les cinq principaux groupes de maladies chroniques sont : le cancer (ayant reçu un diagnostic dans le passé), le diabète, les maladies cardiovasculaires (maladies cardiaques et/ou accidents vasculaires cérébraux), les maladies respiratoires chroniques (asthme et/ou maladie pulmonaire obstructive chronique) et les troubles anxieux et/ou de l'humeur.

^j Les dix maladies chroniques communes sont : les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer (ayant reçu un diagnostic dans le passé), l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, l'arthrite, la maladie d'Alzheimer et autres démences, les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété.

^k Ces chiffres sont des projections pour 2017 fondées sur le fichier maître des totalisations du RCC d'août 2015 (données de 1992 à 2013) et le SNDCC (données de 1969 à 1991).

Citation suggérée : Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs des maladies chroniques au Canada, Statistiques rapides, édition 2019. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2019. Hashtag : #IMCC

Pour toutes questions ou commentaires, contactez-nous à : phac.infobase.aspc@canada.ca.

Utilisez l'outil en ligne des Indicateurs des maladies chroniques au Canada afin de voir des ventilations additionnelles de données (p. ex. selon le sexe, tendances au fil du temps) : <https://sante-infobase.canada.ca/imcc/>.

TABLEAU 2
Caractéristiques descriptives et rapport de cotes ajusté de la population déclarant avoir une très bonne santé mentale, 12 ans et plus, Canada, territoires non compris

Variable	Pourcentage pondéré de la population déclarant avoir une « très bonne » ou une « excellente » santé mentale (IC à 95 %)	RCA (IC à 95 %)
Sexe		
Femmes	68,1 (67,2 à 68,9)	(Réf.)
Hommes	72,7 (71,8 à 73,6)	1,22 (1,14 à 1,30*)
Groupe d'âge (ans)		
12 à 19	73,1 (71,2 à 75,0)	1,28 (1,12 à 1,46*)
20 à 34	68,8 (67,3 à 70,3)	0,99 (0,89 à 1,10)
35 à 49	69,8 (68,5 à 71,2)	(Réf.)
50 à 64	69,9 (68,6 à 71,2)	1,05 (0,96 à 1,15)
65 à 79	73,8 (72,6 à 75,1)	1,48 (1,34 à 1,63*)
80 et plus	63,4 (60,6 à 66,3)	1,06 (0,90 à 1,24)
Province, groupes d'âge normalisés		
Colombie-Britannique	67,0 (65,2 à 68,7)	0,98 (0,85 à 1,13)
Alberta	69,3 (67,6 à 71,0)	1,01 (0,88 à 1,17)
Saskatchewan	67,0 (64,0 à 70,1)	1,02 (0,85 à 1,22)
Manitoba	68,1 (65,3 à 71,0)	1,10 (0,92 à 1,32)
Ontario	69,7 (68,4 à 71,0)	1,03 (0,90 à 1,18)
Québec	73,1 (71,8 à 74,4)	1,41 (1,23 à 1,61*)
Nouveau-Brunswick	65,9 (62,4 à 69,4)	1,03 (0,85 à 1,24)
Nouvelle-Écosse	66,1 (63,2 à 69,1)	(Réf.)
Île-du-Prince-Édouard	68,9 (64,9 à 72,8)	1,02 (0,83 à 1,26)
Terre-Neuve-et-Labrador	69,3 (65,8 à 72,8)	1,19 (0,98 à 1,43)
Milieu urbain/rural		
Rural	71,2 (70,1 à 72,3)	1,01 (0,94 à 1,09)
Urbain	70,1 (69,4 à 70,8)	(Réf.)
Niveau de scolarité le plus élevé (ménage)		
Études secondaires non terminées	57,2 (54,9 à 59,4)	(Réf.)
Diplôme d'études secondaires	64,2 (62,5 à 65,9)	1,32 (1,16 à 1,49*)
Diplôme d'études postsecondaires	72,3 (71,6 à 73,1)	1,68 (1,50 à 1,88*)
Suffisance du revenu du ménage		
Q1 (le plus faible)	61,6 (60,1 à 63,1)	(Réf.)
Q2	67,7 (66,2 à 69,1)	1,31 (1,19 à 1,44*)
Q3	70,9 (69,5 à 72,4)	1,53 (1,38 à 1,69*)
Q4	73,7 (72,3 à 75,0)	1,77 (1,58 à 1,97*)
Q5 (le plus élevé)	77,3 (76,0 à 78,6)	2,25 (2,02 à 2,51*)
Statut d'Autochtone		
Non-Autochtone	70,7 (70,0 à 71,3)	(Réf.)
Membre des Premières Nations	62,8 (58,5 à 67,1)	0,89 (0,73 à 1,09)
Métis	60,3 (56,2 à 64,4)	0,73 (0,61 à 0,88)
Inuit	73,9 (55,8 à 92,0)	1,37 (0,51 à 3,63)
Identité autochtone multiple	39,5 ^D (15,0 à 64,1)	0,29 (0,07 à 1,23)

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)

**Caractéristiques descriptives et rapport de cotes ajusté de la population déclarant avoir une très bonne santé mentale, 12 ans et plus,
Canada, territoires non compris**

Variable	Pourcentage pondéré de la population déclarant avoir une « très bonne » ou une « excellente » santé mentale (IC à 95 %)	RCA (IC à 95 %)
Statut vis-à-vis de l'immigration		
Non-immigrant	69,4 (68,7 à 70,1)	(Réf.)
5 ans ou moins au Canada	80,6 (77,0 à 84,1)	2,29 (1,80 à 2,90 ^a)
6 à 10 ans au Canada	71,8 (67,2 à 76,5)	1,28 (0,99 à 1,66)
Plus de 10 ans au Canada	71,0 (69,1 à 72,9)	1,20 (1,08 à 1,33 ^a)

Abréviations : IC, intervalle de confiance; RCA, rapport de cotes ajusté; Réf., groupe de référence.

Remarque : Modèle logistique ajusté en fonction du sexe, de l'âge, de la province, de la résidence en milieu urbain ou rural, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, du statut d'Autochtone et du statut vis-à-vis de l'immigration.

^a*p* < 0,05.

^bConformément aux lignes directrices de l'ESCC relatives à la variabilité d'échantillonnage, les estimations de la prévalence doivent être interprétées avec prudence, le coefficient de variation étant situé entre 25,1 % et 35,0 %.