



Composante du produit n° 82-003-X
Rapports sur la santé au catalogue de Statistique Canada

Article

Changements dans la prévalence de l'asthme chez les enfants au Canada

par Rochelle Garner et Dafna Kohen

Juin 2008



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Changements dans la prévalence de l'asthme chez les enfants au Canada

par Rochelle Garner et Dafna Kohen

L'asthme est l'un des problèmes de santé chroniques les plus répandus chez les enfants, et sa prévalence est en hausse dans de nombreux pays, y compris au Canada¹⁻⁴. Le présent article reprend là où s'étaient arrêtées les études précédentes de l'asthme chez les enfants^{4,5}. À partir des données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), il examine les changements dans les taux de prévalence chez les enfants âgés de 0 à 11 ans inclusivement, pour la période allant de 1994-1995 jusqu'à la fin de 2000-2001, selon la gravité de l'asthme et selon les caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et de la famille.

Augmentation de la prévalence

En 1994-1995, 11 % des enfants canadiens âgés de 0 à 11 ans (près de 520 000) ont été diagnostiqués asthmatiques.

En 2000-2001, le taux était passé à plus de 13 % (tableau 1), une hausse statistiquement significative de près de 70 000 personnes.

Chez les enfants qui souffrent d'asthme, la proportion présentant des symptômes graves a diminué pour passer de 41 % en 1994-1995 à 36 % en 2000-2001. Ces résultats s'apparentent à ceux d'une étude britannique qui faisait état d'une hausse significative de la prévalence des diagnostics d'asthme, mais seulement pour les enfants présentant des symptômes légers⁶.

Crises d'asthme moins répandues

En dépit de l'augmentation de l'asthme chez les enfants, la prévalence des crises d'asthme a diminué. En 1994-1995, environ la moitié (51 %) des enfants asthmatiques âgés de 0 à 11 ans avaient eu une crise l'année précédente; en 2000-2001, cette proportion est passée à 39 % (tableau 1).

Tableau 1

Prévalence de l'asthme chez les enfants âgés de 0 à 11 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2000-2001

	1994-1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	Comparaison entre 1994-1995 et 2000-2001 (valeur p)
Population âgée de 0 à 11 ans (en milliers)	4 681,2	4 750,0	4 514,9	4 379,6	...
Nombre d'asthmatiques (en milliers)	518,4	575,4	583,7	586,0	...
Pourcentage d'asthmatiques	11,1	12,1	12,9	13,4	<0,0001
Gravité de l'asthme chez les enfants asthmatiques					
Léger (%)	27,0	29,0	31,8	30,9	ns
Modéré (%)	32,3	31,3	32,0	33,3	ns
Grave (%)	40,8	39,7	36,2	35,8	0,02
Crises d'asthme au cours de la dernière année chez les enfants asthmatiques					
Nombre (en milliers)	264,4	256,6	241,3	230,2	...
%	51,1	44,6	41,4	39,3	<0,0001
Respiration bruyante ou sifflante au cours de la dernière année					
Pourcentage des 0 à 11 ans	17,5	17,2	18,5	18,7	ns
Pourcentage des 0 à 11 ans asthmatiques	66,5	65,2	62,2	60,5	0,007
Utilisation régulière de produits pour inhalation					
Pourcentage d'enfants asthmatiques	47,2	45,6	42,2	44,5	ns

ns non significatif

... n'ayant pas lieu de figurer

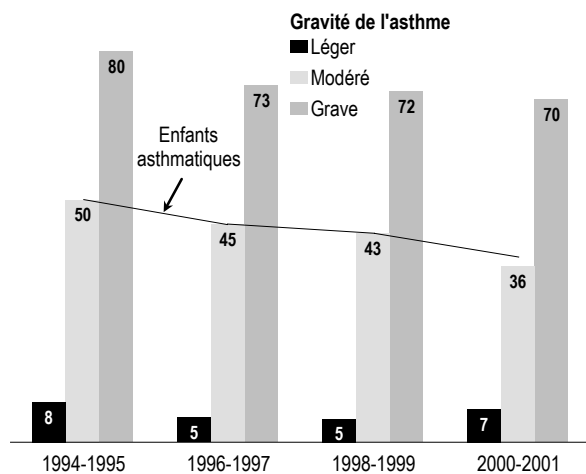
Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995 à 2000-2001.

Tout au long de la période, la probabilité d'avoir une crise d'asthme dépendait de la gravité de la maladie (figure 1). Par exemple, en 2000-2001, 70 % des enfants souffrant d'asthme grave avaient eu une crise au cours de la dernière année, comparativement à moins de 10 % de ceux souffrant d'asthme léger.

Figure 1

Prévalence des crises d'asthme au cours de la dernière année chez les enfants asthmatiques âgés de 0 à 11 ans, selon la gravité de l'asthme, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2000-2001



Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995 à 2000-2001.

Traitement et utilisation d'inhalateurs

La diminution des crises d'asthme chez les enfants canadiens peut être liée à l'utilisation de médicaments. Deux types de traitement sont disponibles : ceux servant à soulager les symptômes (médicaments de soulagement rapide) et ceux servant à les maîtriser (médicaments de maîtrise) (tableau 2). Les deux types de médicaments sont généralement administrés au moyen de dispositifs d'inhalation, appelés inhalateurs ou pompes, mais des médicaments administrés par voie orale sont aussi disponibles.

Les médicaments de soulagement rapide (agonistes β_2 à action rapide) sont utilisés sur demande lorsqu'un enfant présente des symptômes. Cela peut se produire pendant les périodes d'effort physique ou être causé par des facteurs environnementaux, comme les animaux de compagnie, la poussière ou la fumée de tabac. Dans le cas des enfants qui souffrent d'asthme léger et qui ont besoin d'un traitement peu fréquent, les

Tableau 2

Traitements de l'asthme et leur utilisation

Traitements	Exemples	Utilisation
Médicaments de soulagement rapide (de dépannage)	Agonistes β_2 inhalés à action rapide (bronchodilatateurs)	Au besoin pour soulager les symptômes intermittents de l'asthme; ne pas dépasser trois fois par semaine
Médicaments de maîtrise (de fond)	Glucocorticostéroïdes inhalés ou oraux (p. ex., dipropionate de bécloéthasone, budésonide, propionate de fluticasone)	Quotidienne, le dosage le plus faible nécessaire pour maîtriser les symptômes
Thérapies d'appoint	Antagonistes des récepteurs des leucotriènes	Peuvent être utilisés comme solution de rechange à des doses plus fortes de glucocorticostéroïdes inhalés ou par les personnes qui sont allergiques aux glucocorticostéroïdes
	Agents anti-allergiques non stéroïdiens (p. ex., cromoglycate, nédocromil)	Peuvent être utilisés chez les enfants comme solution de rechange aux glucocorticostéroïdes inhalés à faible dose
	Agonistes β_2 à action lente (p. ex., salmétérol, formotérol, théophylline, ipratropium)	En plus des glucocorticostéroïdes inhalés, peuvent être utilisés comme solution de rechange à des doses plus fortes pour maîtriser les symptômes

Source : Canadian Asthma Consensus Report, 1999⁸.

médicaments de soulagement rapide sont recommandés⁷⁻⁹. Les cas plus graves sont généralement traités au moyen de médicaments de maîtrise, c'est-à-dire des glucocorticostéroïdes inhalés⁷⁻⁹, qui sont habituellement utilisés quotidiennement pour aider à contrôler l'asthme et à prévenir les crises¹⁰. Il n'a pas été possible de faire une distinction entre ces deux types de médicaments à partir des données de l'ELNEJ, la question de l'enquête visant à déterminer si l'enfant utilisait des inhalateurs ou pompes pour l'asthme, mais pas si le médicament était destiné à soulager ou à maîtriser les symptômes.

Près de 45 % des enfants asthmatiques utilisaient des inhalateurs sur une base régulière en 2000-2001, un chiffre similaire à celui déclaré en 1994-1995 (tableau 1). Toutefois, il faut faire une distinction entre l'utilisation d'un inhalateur (selon la question de l'ELNEJ) et la prescription d'un inhalateur. On peut avoir prescrit un inhalateur à un enfant, mais en raison d'une meilleure maîtrise ou d'une moins

grande gravité de l'asthme, celui-ci peut ne pas être utilisé régulièrement. Cela est particulièrement vrai dans le cas des médicaments de soulagement rapide. Dans ces cas, la personne déclarant les données pour le compte de l'enfant aura probablement répondu « non » aux questions concernant l'utilisation régulière d'un inhalateur, même si des médicaments inhalés contre l'asthme ont été prescrits à l'enfant. Par conséquent, il est possible que la prévalence des ordonnances soit sous-estimée dans cet échantillon. Il existe une autre possibilité, à savoir que d'autres médicaments de maîtrise de l'asthme ou thérapies d'appoint ont été utilisés, mais n'ont pas été pris en compte dans les questions de l'ELNEJ.

Garçons et enfants plus âgés

Les garçons étaient significativement plus susceptibles que les filles d'avoir été diagnostiqués asthmatiques (tableau 3). Par exemple, en 2000-2001, 16 % des garçons étaient déclarés comme asthmatiques, comparativement à environ 11 % des filles, une différence qui a été observée dans d'autres études¹¹⁻¹³. Les garçons étaient aussi plus susceptibles que les filles d'avoir eu des symptômes comme une respiration bruyante ou sifflante (tableau 4). Toutefois, chez les enfants asthmatiques, il n'y avait pas de différences entre les sexes dans les taux de crise au cours de la dernière année (tableau 4).

La prévalence de l'asthme chez les garçons a augmenté de façon significative, passant d'un peu moins de 14 % à 16 % entre 1994-1995 et 2000-2001 (tableau 3). Toutefois, le pourcentage de garçons asthmatiques qui avaient eu une crise au cours de la dernière année a diminué, passant de 52 % à 41 % (tableau 4). La tendance était la même chez les filles, mais contrairement aux garçons, le pourcentage de celles qui avaient eu une respiration bruyante ou sifflante a augmenté (tableau 4).

Les jeunes enfants étaient moins susceptibles que les enfants plus âgés d'avoir été diagnostiqués asthmatiques (tableau 3). Tout au long de la période, la proportion des enfants âgés de 6 à 9 ans qui souffraient d'asthme était significativement plus élevée que la proportion d'enfants âgés de 0 à 5 ans.

Tableau 3
Prévalence de l'asthme chez les enfants asthmatiques âgés de 0 à 11 ans, selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2000-2001

	Prévalence de l'asthme				Comparaison entre 1994-1995 et 2000-2001 (valeur p)
	1994-1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	
	%				
Total	11,1	12,1	12,9	13,4	<0,0001
Sexe					
Hommes	13,6*	14,9*	15,3*	16,1*	0,002
Femmes†	8,4	9,2	10,4	10,5	0,003
Âge					
0 à 5 ans	8,4‡	8,9‡	9,9‡	9,9‡	0,003
6 à 9 ans	13,7	15,2	15,0	15,7	ns
10 et 11 ans	14,0	15,4	17,6	17,6	0,03
Fumeur quotidien dans le ménage					
Oui	3,0*	13,4*	14,8*	15,4*	0,01
Non†	9,8	11,4	12,0	12,5	0,0001
Revenu du ménage					
Inférieur/moyen-inférieur	11,9	14,2*	15,3*	15,5	0,04
Moyen	10,8	11,0	12,5	12,2	ns
Moyen-supérieur	10,8	13,1*	13,1	14,5	0,0002
Supérieur†	11,2	10,0	11,9	12,4	ns
Région urbaine/ région rurale					
Urbaine	11,2	12,3*	12,9	13,5	0,0002
Rurale†	10,5	10,5	12,9	12,8	0,03
Région de résidence					
Colombie-Britannique†	9,6	10,3	10,8	11,4	ns
Provinces des Prairies	10,1	10,7	11,1	11,1	ns
Ontario	11,1	13,3*	13,8*	13,6	0,01
Québec	11,3	10,9	13,3	15,1*	0,002
Provinces de l'Atlantique	14,7*	16,2*	15,8*	15,5*	ns

† catégorie de référence

 ‡ significativement différent de l'estimation pour le groupe d'âge suivant ($p < 0,05$)

 * significativement différent de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

ns différence non statistiquement significative entre 1994-1995 et 2000-2001

Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995 à 2000-2001.

Même si la prévalence de l'asthme a augmenté dans tous les groupes d'âge entre 1994-1995 et 2000-2001, la hausse a été significative uniquement pour les 0 à 5 ans et les 10 et 11 ans (tableau 3). La prévalence de la respiration bruyante ou sifflante a aussi augmenté chez les enfants les plus jeunes (tableau 4).

Des taux relativement plus faibles d'asthme et des taux relativement plus élevés de respiration bruyante

Tableau 4

Prévalence de la respiration bruyante ou sifflante au cours de la dernière année (tous les enfants âgés de 0 à 11 ans) et crises d'asthme (enfants asthmatiques âgés de 0 à 11 ans), selon certaines caractéristiques, 1994-1995 et 2000-2001

	Prévalence de la respiration bruyante ou sifflante au cours de la dernière année (tous les enfants)		Prévalence des crises d'asthme au cours de la dernière année (enfants asthmatiques)	
	1994-1995	2000-2001	1994-1995	2000-2001
	%		%	
Total	17,5	18,7	51,1	39,3 [§]
Sexe				
Hommes	20,1*	20,5*	52,0	40,9 [§]
Femmes†	14,7	16,8 [§]	49,5	36,7 [§]
Âge				
0 à 5 ans	19,4 [‡]	22,1 ^{§§}	56,8 [‡]	48,3 ^{§§}
6 à 9 ans	16,7 [‡]	16,4	48,6	33,7 [§]
10 et 11 ans	13,5	14,5	45,6	36,8
Fumeur quotidien dans le ménage				
Oui	20,2*	20,9*	49,8	41,0 [§]
Non†	15,8	17,7 [§]	52,4	38,7 [§]
Revenu du ménage				
Inférieur/moyen-inférieur	20,4*	21,2*	52,0	41,3
Moyen	16,6	17,9	52,6	32,7 [§]
Moyen-supérieur	17,5	20,2 ^{§§}	50,9	43,5
Supérieur†	15,8	16,6	47,2	38,8
Région urbaine/région rurale				
Urbaine	17,7	18,7	52,3*	39,6 [§]
Rurale†	16,4	18,7 [§]	45,2	36,8
Région de résidence				
Colombie-Britannique†	15,3	14,4	52,8	43,8
Provinces des Prairies	16,2	16,6	52,0	44,8
Ontario	17,3	19,4*	49,9	35,6 [§]
Québec	18,7*	20,5*	51,2	39,1 [§]
Provinces de l'Atlantique	21,3*	21,7*	51,7	42,4 [§]

† catégorie de référence

‡ significativement différent de l'estimation pour le groupe d'âge suivant ($p < 0,05$)

* significativement différent de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

§ différence significative entre 1994-1995 et 2000-2001 ($p < 0,05$)

Source : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995 à 2000-2001.

ou sifflante chez les 0 à 5 ans ne sont pas contradictoires. Les professionnels de la santé ont souvent de la difficulté à diagnostiquer l'asthme chez les très jeunes enfants, qui sont moins en mesure de suivre les instructions requises pour mener à bien le test diagnostique de la fonction pulmonaire. Les jeunes enfants (0 à 5 ans) qui ont une respiration bruyante ou sifflante peuvent être diagnostiqués

asthmatiques lorsqu'ils sont plus âgés. De même, les symptômes de l'asthme peuvent se résorber lorsque les voies respiratoires des enfants se développent.

Parmi les enfants qui avaient été diagnostiqués asthmatiques, les crises au cours de la dernière année ont diminué de façon significative chez les 0 à 5 ans et les 6 à 9 ans (tableau 4).

Le tabagisme dans le ménage augmente le risque

Les enfants qui vivent dans des ménages où l'un ou l'autre parent fume quotidiennement sont significativement plus susceptibles que les enfants de ménages non fumeurs d'être diagnostiqués asthmatiques (tableau 3) ou de présenter des symptômes s'apparentant à l'asthme (tableau 4). Toutefois, chez les enfants asthmatiques, il n'y a pas de différence dans les taux de crises d'asthme au cours de la dernière année entre ceux qui vivent dans des ménages fumeurs et des ménages non fumeurs (tableau 4).

Entre 1994-1995 et 2000-2001, dans les ménages fumeurs, la prévalence de l'asthme a augmenté chez les enfants (tableau 3), mais les crises au cours de la dernière année ont diminué chez les asthmatiques (tableau 4). Étonnamment, la prévalence de la respiration bruyante ou sifflante n'a augmenté que chez les enfants des ménages non fumeurs (tableau 4). La présence d'autres allergènes dans la maison (des animaux de compagnie par exemple), qui n'a pas été évaluée dans le cadre de l'ELNEJ, peut être liée à une augmentation des symptômes s'apparentant à l'asthme chez les enfants des ménages non fumeurs.

Association avec le revenu

Même si le faible revenu a généralement tendance à être lié à un mauvais état de santé, et un revenu élevé, à un bon état de santé, le rapport entre le revenu du ménage et l'asthme chez les enfants ne suit pas cette tendance. En 2000-2001, la prévalence de l'asthme chez les enfants ne différait pas de façon significative selon le revenu du ménage (tableau 3). De même,

Au sujet des données

Les données du présent article sont tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), une enquête longitudinale qui se tient sur une base biennale depuis 1994-1995. La population cible était constituée d'enfants âgés de 0 à 11 ans en 1994-1995. À partir de 1996-1997, une cohorte additionnelle (principalement constituée de nouveau-nés et d'enfants âgés d'un an) a été recrutée pour chaque cycle, afin de maintenir un échantillon représentatif des enfants âgés de 0 à 11 ans inclusivement.

Dans chaque ménage, on a identifié la « personne la mieux renseignée » (PMR), afin qu'elle fournisse des renseignements au sujet de chaque enfant participant à l'enquête, ainsi que pour l'ensemble du ménage. Dans la plupart des cas, la PMR était la mère biologique de l'enfant.

Les données des quatre premiers cycles de l'ELNEJ ont été utilisées pour la présente analyse. On ne disposait pas de poids transversaux dans l'ELNEJ pour le cinquième et le sixième cycles, ce qui a empêché leur utilisation dans l'analyse. Les estimations ont été pondérées pour représenter la population canadienne âgée de 0 à 11 ans inclusivement le 1^{er} janvier de chaque année d'enquête. On a utilisé la méthode du *bootstrap* pour les analyses, afin de tenir compte du plan d'enquête complexe.

La prévalence de l'asthme chez les enfants a été fondée sur la réponse de la PMR à la question suivante : « Est-ce qu'il/elle a déjà souffert d'asthme diagnostiqué par un spécialiste de la santé? » Si elles avaient répondu « oui », on a demandé aux PMR si leur enfant avait eu une crise d'asthme au cours des 12 derniers mois. Toutes les PMR, peu importe si leur enfant avait été diagnostiqué asthmatique, ont dû répondre à la question suivante : « Est-ce qu'il/elle a eu une respiration bruyante ou sifflante à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois? » et « Est-ce qu'il/elle prend l'un ou l'autre des médicaments de prescription suivants de façon régulière : ventolin, inhalateurs ou aérosols-doseurs pour l'asthme? »

L'ELNEJ ne comporte pas de questions concernant la gravité de l'asthme proprement dit. Afin d'obtenir une approximation de la gravité de l'asthme, deux questions ont été utilisées pour créer une classification : respiration bruyante ou sifflante au cours de la dernière année et utilisation régulière d'inhalateurs. Trois niveaux de gravité ont été déterminés :

- faible : aucune respiration bruyante ou sifflante au cours de la dernière année et aucune utilisation régulière d'inhalateurs;
- modérée : respiration bruyante ou sifflante au cours de la dernière année OU utilisation régulière d'inhalateurs;
- élevée : respiration bruyante ou sifflante au cours de la dernière année ET utilisation régulière d'inhalateurs.

Même si cette classification est fondée sur des mesures utilisées comme indicateurs de la gravité dans d'autres études épidémiologiques¹⁶, il s'agit uniquement d'une approximation qui limite la capacité de produire des catégories homogènes de

personnes. Néanmoins, dans d'autres études¹⁷, cette mesure a été associée à un mauvais état de santé et à la présence de limitations d'activités.

Le revenu du ménage a été fondé sur le nombre de personnes dans le ménage et le revenu total du ménage de toutes les sources au cours des 12 mois ayant précédé l'entrevue.

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

Pour la présente analyse, on a combiné les deux groupes de revenu inférieurs.

L'utilisation des données de l'enquête comporte certaines limites. Tout d'abord, l'analyse est limitée par les questions et le libellé de l'enquête. Par exemple, comme il est indiqué précédemment, étant donné qu'il n'existe pas de question concernant la gravité de l'asthme dans l'ELNEJ, une mesure composite a été calculée à partir des questions existantes. Pour la présente analyse, il aurait aussi été préférable que des questions plus détaillées soient posées concernant l'utilisation de médicaments contre l'asthme, y compris le type de médicaments (médicaments de soulagement rapide ou de maîtrise), l'utilisation d'une thérapie d'appoint et la fréquence de l'utilisation du traitement.

En deuxième lieu, il n'a pas été possible d'utiliser les données de l'ELNEJ après 2000-2001, des poids d'enquête transversaux n'ayant pas été produits pour les cycles plus récents. Néanmoins, ces résultats permettent de mettre à jour¹ les renseignements concernant la prévalence de l'asthme chez les enfants et fournissent une description des tendances selon des facteurs sociodémographiques et comportementaux.

La présente étude comporte une dernière limite, à savoir l'incapacité de déterminer l'augmentation de la prévalence de l'asthme en raison de changements dans les comportements de diagnostic, dans les modèles de prescription de médicaments, dans les symptômes comportementaux ou dans la prévalence du problème de santé proprement dit.

parmi ceux qui souffraient d'asthme, la probabilité d'avoir eu une crise au cours de la dernière année n'était pas liée au revenu du ménage (tableau 4). Même si la prévalence déclarée de respiration bruyante ou sifflante était significativement élevée pour les enfants des ménages de revenu inférieur/moyen-inférieur, cela était aussi vrai pour ceux des ménages ayant un revenu moyen-supérieur.

De 1994-1995 à 2000-2001, la prévalence de l'asthme a augmenté de façon significative pour les enfants des ménages de revenu inférieur/moyen-inférieur et moyen-supérieur (tableau 3). Les taux de respiration bruyante ou sifflante ont augmenté chez les enfants du groupe de revenu moyen-supérieur (tableau 4). Toutefois, parmi les enfants asthmatiques, le taux de crise au cours de la dernière année a diminué chez ceux appartenant à des ménages de revenu moyen.

Différences régionales

Comme l'ont démontré d'autres études canadiennes¹⁴, la prévalence de l'asthme chez les enfants ne diffère pas entre les régions urbaines et rurales. Par contre, des enquêtes menées dans d'autres pays, et notamment aux États-Unis, ont permis de déterminer des taux significativement plus élevés d'asthme chez les enfants dans les centres urbains, où la pollution a tendance à être plus élevée et la qualité de l'air moins bonne¹⁵.

Toutefois, les taux d'asthme chez les enfants au Canada diffèrent selon la région. Les enfants de la Colombie-Britannique et des provinces des Prairies (Alberta, Saskatchewan et Manitoba) avaient les taux les plus faibles pour tous les cycles de l'ELNEJ. Dans les autres régions, les taux étaient significativement plus élevés, et particulièrement dans les provinces

de l'Atlantique (Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve, Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard).

D'autres chercheurs qui ont dégagé les mêmes tendances régionales ont tenté de voir si les différences dans les taux d'asthme chez les enfants pouvaient être expliquées par les conditions environnementales, comme l'ozone, la température et l'humidité relative⁵. Toutefois, même lorsque ces facteurs sont pris en compte, les enfants des provinces de l'Atlantique continuent d'afficher des taux plus élevés d'asthme. D'autres facteurs qui peuvent être liés à ces écarts régionaux pourraient être l'état de l'air à l'intérieur, les niveaux d'aérosols acides et même les modèles d'immigration et d'établissement par le passé, qui peuvent avoir contribué à une plus grande prédisposition génétique à l'asthme dans les provinces de l'Atlantique⁵.

Résumé

La prévalence de l'asthme chez les enfants est en hausse, particulièrement chez les garçons, chez les 0 à 5 ans et les 10 et 11 ans et chez les enfants des ménages où des adultes fument. La présente analyse ne permet pas de déterminer si la hausse est attribuable à une amélioration de la capacité des médecins de reconnaître et de diagnostiquer l'asthme, ou encore au fait que les causes sous-jacentes sont plus répandues. Ainsi, des études plus poussées sont nécessaires.

Rochelle Garner (613-951-3977; Rochelle.Garner@statcan.ca) et Dafna Kohen (613-951-3346; Dafna.Kohen@statcan.ca) travaillent pour la Division de l'information et de la recherche sur la santé à Statistique Canada.

Références

1. L.J. Akinbami et K.C. Schoendorf, « Trends in childhood asthma: Prevalence, health care utilization and mortality », *Pediatrics*, 110(2), 2002, p. 315-322.
2. M.I. Asher, S. Montefort, B. Bjorksten *et al.*, « Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys », *Lancet*, 368(9537), 2006, p. 733-743.
3. D.M. Mannino, D.M. Homa, L.J. Akinbami *et al.*, « Surveillance for asthma—United States, 1980-1999 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51(SS-1), 2002, p. 1-13.
4. W.J. Millar et G.B. Hill, « L'asthme chez l'enfant », *Rapports sur la santé*, 10(3), 1998, p. 9-22 (Statistics Canada, n° 82-003 au catalogue).
5. R.E. Dales, M. Raizenne, S. El-Saadany *et al.*, « Prevalence of childhood asthma across Canada », *International Journal of Epidemiology*, 23(4), 1994, p. 775-781.
6. G. Ng Man Kwong, A. Proctor, C. Billings *et al.*, « Increasing prevalence of asthma diagnosis and symptoms in children is confined to mild symptoms », *Thorax*, 56(4), 2001, p. 312-314.
7. A. Becker, C. Lemièrre, D. Bérubé *et al.*, « Summary of recommendations from the Canadian Asthma Consensus Guidelines, 2003 », *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale canadienne*, 173(6), 2005, p. S3-S11.
8. L.-P. Boulet, A. Becker, D. Bérubé *et al.*, « Canadian asthma consensus report, 1999 », *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale canadienne*, 161(Supplément 11), 1999, p. S1-S5.
9. L.-P. Boulet, T.R. Bai, A. Becker *et al.*, « What is new since the last (1999) Canadian Asthma Consensus Guidelines? », *Canadian Respiratory Journal / Revue canadienne de pneumologie*, 8(Supp A), 2001, p. 5A-27A.
10. E. von Mutius, « Presentation of new GINA guidelines for paediatrics », *Clinical and Experimental Allergy*, 30(Suppl. 1), 2000, p. 6-10.
11. P.S. Higgins, D. Wakefield, M.M. Cloutier, « Risk factors for asthma and asthma severity in nonurban children in Connecticut », *Chest*, 128(6), 2005, p. 3846-3853.
12. M. Osman, N. Tagiyeva, H.J. Wassall *et al.*, « Changing trends in sex specific prevalence rates for childhood asthma, eczema, and hay fever », *Pediatric Pulmonology*, 42(1), 2007, p. 60-65.
13. C. Saha, M.E. Riner et G. Liu, « Individual and neighborhood-level factors in predicting asthma », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(8), 2005, p. 759-763.
14. A. Senthilselvan, J. Lawson, D.C. Rennie et J.A. Dosman, « Stabilization of an increasing trend in physician-diagnosed asthma prevalence in Saskatchewan, 1991 to 1998 », *Chest*, 124(2), 2003, p. 438-448.
15. C.A. Aligne, P. Auinger, R.S. Byrd et M. Weitzman, « Risk factors for pediatric asthma: Contributions of poverty, race, and urban residence », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 162, 2007, p. 873-877.
16. J.M. Perrin, W.E. MacLean et E.C. Perrin, « Parental perceptions of health status and psychologic adjustment of children with asthma », *Pediatrics*, 83(1), 1989, p. 26-30.
17. D. Kohen, « The impact of asthma on children's school functioning » [à paraître].