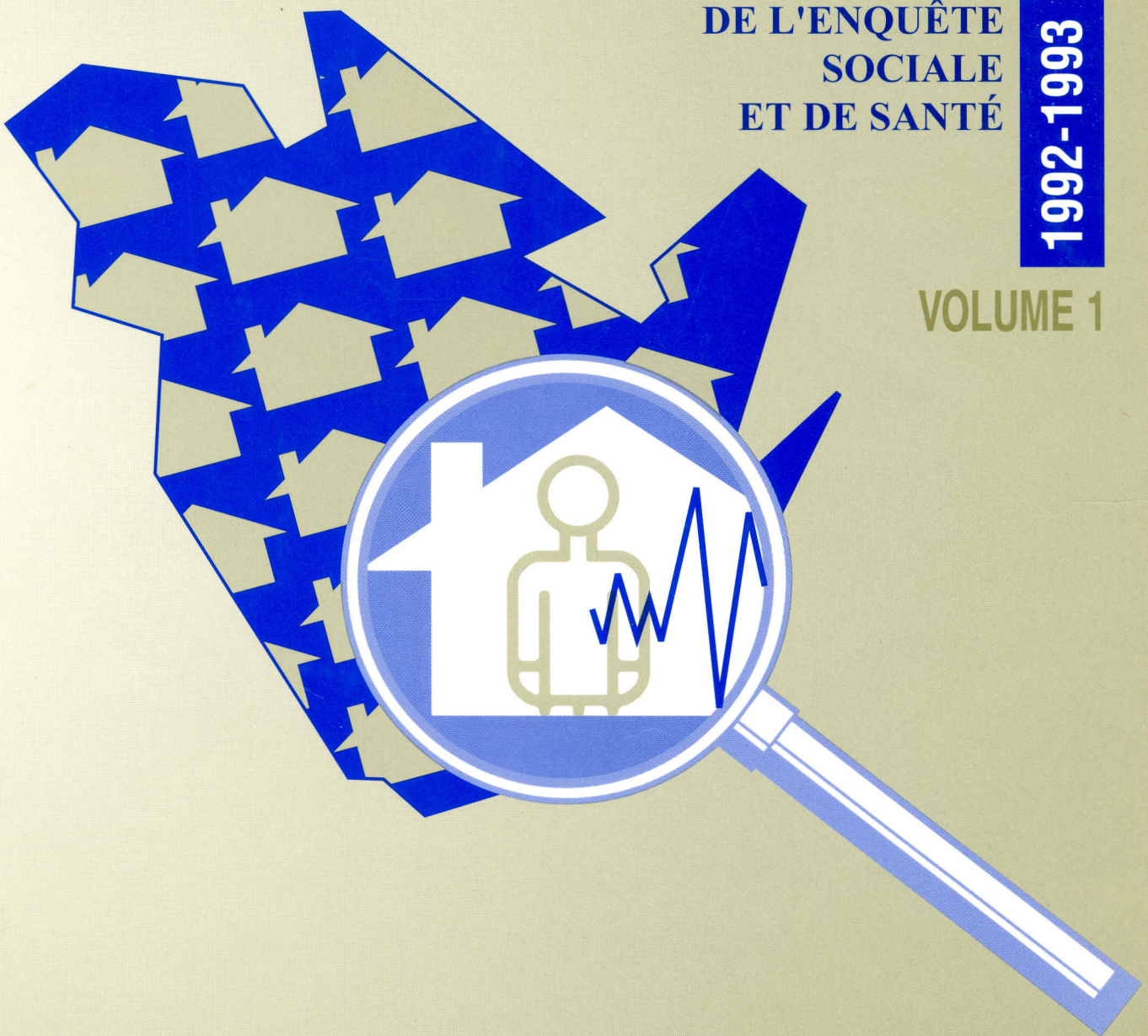
SANTÉ QUÉBEC

ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993 ?

RAPPORT

DE L'ENQUÊTE SOCIALE ET DE SANTÉ 1992-1993

VOLUME 1



Québec

SANTÉ QUÉBEC

ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993 ?

Rapport de
l'Enquête sociale et de santé 1992-1993
Volume 1

Publié sous la direction de
Carmen Bellerose, Claudette Lavallée,
Lucie Chénard et Madeleine Levasseur

Gouvernement du Québec
Santé Québec

SANTÉ QUÉBEC

ET LA SANTÉ, ÇA VA EN 1992-1993 ?

Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, Volume 1

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a été réalisée par Santé Québec grâce au financement conjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux et des Régies régionales de la santé et des services sociaux.

Direction de l'enquête : **Daniel Tremblay**
avec le concours de Carmen Bellerose et de Claudette Lavallée

Coordination de l'édition : **Claudette Lavallée et Carmen Bellerose**

Production : **Communications Pierre Morin - Groupe 2000 neuf**

Révision linguistique : **Communications Essema**

Les commentaires et demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressés à :

Santé Québec
600, boul. René-Lévesque Ouest, 10e étage
Montréal (Québec)
H3B 1N4
Téléphone : (514) 873-4749
Télécopieur : (514) 864-9919

ou
aux auteurs des chapitres.

On peut obtenir des exemplaires du rapport au coût de 40 $ pour le volume 1, de 30 $ chacun pour les volumes 2 et 3, ou de 85 $ [+ taxes] pour l'ensemble, en s'adressant à Santé Québec.

Citation suggérée : Santé Québec; Bellerose, C.; Lavallée, C.; Chénard, L.; Levasseur, M. (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 1995
Bibliothèque nationale du Canada, 1995

© Tous droits réservés Santé Québec, 1995

ISBN : 2-551-13530-3

SANTÉ QUÉBEC

Créé en 1986, Santé Québec est un organisme dont la mission est de contribuer à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population québécoise, en dirigeant des enquêtes sociales et de santé.

Au service de ses partenaires, Santé Québec est financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les Régies régionales et leur direction de santé publique, le Bureau de la statistique du Québec, l'Association des hôpitaux du Québec et la Confédération québécoise des centres d'hébergement et de réadaptation. Le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Conseil québécois de la recherche sociale y contribuent également par le financement de programmes conjoints de subventions ou de soutien à la recherche.

Soucieux de répondre à leurs préoccupations, Santé Québec travaille en collaboration avec les décideurs, les planificateurs, les chercheurs et les intervenants de ces organismes et de nombreux autres, dont les universités, les CLSC, les Centres jeunesse et Statistique Canada. Il peut ainsi compter sur des ressources parmi les plus compétentes du Québec.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est la huitième enquête réalisée par Santé Québec.

Liste des enquêtes de Santé Québec

Santé Québec 1987

Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire et la nutrition, 1990

Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James, 1991

Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans, 1991

Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans, 1992

Enquête québécoise sur la santé mentale auprès des enfants et adolescents/es âgés de 6 à 14 ans, 1992

Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992

Enquête sociale et de santé, 1992-1993

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos XIII

Remerciements XV

Lexique XVII

Introduction générale XIX

Chapitre 1 • Méthodes

1.0 Introduction 1

1.1 Procédures d'enquête 1

1.1.1 Instruments de collecte des données 1
1.1.2 Plan de sondage 2
1.1.3 Collecte des données 5
1.1.4 Taille de l'échantillon et non-réponse 6

1.2 Traitement des données 7

1.2.1 Validation 7
1.2.2 Pondération 8
1.2.3 Méthodes d'analyse 8

1.3 Présentation des résultats 10

1.4 Limites de l'enquête 10

1.5 Références bibliographiques 11

Chapitre 2 • Caractéristiques de la population

2.0 Introduction 13

2.1 Caractéristiques démographiques 14

2.1.1 Structure par âge et sexe 14
2.1.2 État matrimonial de fait 16
2.1.3 Appartenance ethnoculturelle 17

2.2 Caractéristiques socioéconomiques 20

2.2.1 Scolarité relative 20
2.2.2 Niveau de revenu 21
2.2.3 Statut d'activité 23
2.2.4 Catégorie professionnelle 26

2.3 Conclusion 28

2.4 Références bibliographiques 28

Tableaux complémentaires 31

PARTIE 1 Certains déterminants

Chapitre 3 • Consommation d'alcool

3.0 Introduction 39

3.1 Aspects méthodologiques 39

3.2 Résultats 41

3.2.1 Types de buveurs 41
3.2.2 Consommation hebdomadaire 44
3.2.3 Fréquence de consommation élevée 48

3.3 Conclusions 50

3.3.1 Synthèse et pistes de recherche 50
3.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 52

3.4 Références bibliographiques 53

Tableaux complémentaires 55

Chapitre 4 • Consommation de drogues

4.0 Introduction 61

4.1 Aspects méthodologiques 62

4.2 Résultats 63

4.2.1 Types de consommateurs 63
4.2.2 Types de drogues consommées 66

4.3 Conclusions 67

4.3.1 Synthèse et pistes de recherche 67
4.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 69

4.4 Références bibliographiques 69

Tableaux complémentaires 71

Chapitre 5 • Usage de la cigarette

5.0 Introduction 77

5.1 Aspects méthodologiques 78

5.2 Résultats 78

5.2.1 Types de fumeurs 78
5.2.2 Fumeurs réguliers 80
5.2.3 Non-fumeurs 83

5.3 Conclusions 84

5.3.1 Synthèse et pistes de recherche 84
5.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 85

5.4 Références bibliographiques 85

Tableaux complémentaires 87

Chapitre 6 • Activité physique de loisir

6.0 Introduction 97

6.1 Aspects méthodologiques 98

6.2 Résultats 99

6.2.1 Pratique de l'activité physique de loisir 99

6.2.2 Activités les plus populaires 102

6.3 Conclusions 104

6.3.1 Synthèse et pistes de recherche 104

6.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 105

6.4 Références bibliographiques 106

Chapitre 7 • Poids corporel

7.0 Introduction 109

7.1 Aspects méthodologiques 110

7.2 Résultats 111

7.2.1 Indice de masse corporelle 111

7.2.2 Désir de changer de poids 115

7.3 Conclusions 118

7.3.1 Synthèse et pistes de recherche 118

7.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 119

7.4 Références bibliographiques 120

Tableaux complémentaires 121

Chapitre 8 • Milieu social

8.0 Introduction 125

8.1 Aspects méthodologiques 126

8.1.1 Soutien social 126

8.1.2 Rapports familiaux 127

8.1.3 Séparations avant l'âge de 12 ans 127

8.2 Résultats 127

8.2.1 Indice de soutien social 127

8.2.2 Composantes de l'indice de soutien social 129

8.2.3 Évolution de la satisfaction quant à la vie sociale 132

8.2.4 Satisfaction quant aux rapports familiaux 133

8.2.5 Séparations avant l'âge de 12 ans 136

8.3 Conclusions 138

8.3.1 Synthèse et pistes de recherche 138

8.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 139

8.4 Références bibliographiques 140

Tableaux complémentaires 141

Chapitre 9 • Autonomie décisionnelle au travail

9.0 Introduction 153
9.1 Aspects méthodologiques 154
9.2 Résultats 155
9.2.1 Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques 155
9.2.2 Variations selon certains autres déterminants 158
9.3 Conclusions 162
9.3.1 Synthèse et pistes de recherche 162
9.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 163
9.4 Références bibliographiques 163
Tableau complémentaire 165

Chapitre 10 • Certains comportements de santé propres aux femmes

10.0 Introduction 169
10.1 Aspects méthodologiques 170
10.2 Résultats 171
10.2.1 Dépistage des cancers féminins 171
10.2.2 Consommation de médicaments à teneur hormonale 178
10.3 Conclusions 180
10.3.1 Synthèse et pistes de recherche 180
10.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 181
10.4 Références bibliographiques 182
Tableaux complémentaires 185

PARTIE 2 État de santé

Chapitre 11 • Perception de l'état de santé

11.0 Introduction 199
11.1 Aspects méthodologiques 199
11.2 Résultats 200
11.2.1 Variations selon le sexe et l'âge 200
11.2.2 Variations selon certaines caractéristiques socioéconomiques 202
11.2.3 Variations selon certains autres déterminants 204
11.3 Conclusions 206
11.3.1 Synthèse et pistes de recherche 206
11.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 208
11.4 Références bibliographiques 208
Tableaux complémentaires 211

Chapitre 12 • Santé mentale

12.0 Introduction 217

12.1 Détresse psychologique 218

12.1.1 Présentation 218
12.1.2 Aspects méthodologiques 218
12.1.3 Résultats 220
12.1.3.1 Indice de détresse psychologique 220
12.1.3.2 Conséquences de la détresse psychologique 227
12.1.4 Synthèse et pistes de recherche 229

12.2 Idées suicidaires et parasuicides 231

12.2.1 Présentation 231
12.2.2 Aspects méthodologiques 232
12.2.3 Résultats 233
12.2.3.1 Idées suicidaires au cours de la vie 233
12.2.3.2 Idées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête 234
12.2.3.3 Parasuicides au cours de la vie 239
12.2.3.4 Parasuicides au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête 239
12.2.4 Synthèse et pistes de recherche 242

12.3 Éléments de réflexion pour la planification 243

12.4 Références bibliographiques 244

Tableaux complémentaires 247

Chapitre 13 • Accidents avec blessures

13.0 Introduction 257

13.1 Aspects méthodologiques 258

13.1.1 Indicateurs 258
13.1.2 Comparabilité avec l'enquête Santé Québec 1987 259
13.1.3 Portée et limites des données 259

13.2 Résultats 260

13.2.1 Victimes d'accidents avec blessures 260
13.2.2 Conséquences des accidents avec blessures 265

13.3 Conclusions 267

13.3.1 Synthèse et pistes de recherche 267
13.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 269

13.4 Références bibliographiques 269

Tableaux complémentaires 271

Chapitre 14 • Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé

14.0 Introduction 279

14.1 Aspects méthodologiques 279

14.1.1 Journées d'incapacité 280
14.1.2 Perte d'autonomie fonctionnelle à long terme 280
14.1.3 Espérance de vie en santé 283

14.2 Résultats 285

14.2.1 Journées d'incapacité 285
14.2.2 Perte d'autonomie à long terme 288
14.2.3 Espérance de vie en santé 297

14.3 Conclusions 300

14.3.1 Synthèse et pistes de recherche 300
14.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 301

14.4 Références bibliographiques 302

Tableaux complémentaires 303

PARTIE 3 Conséquences

Chapitre 15 • Recours aux services sociaux et de santé

15.0 Introduction 315

15.1 Aspects méthodologiques 316

15.1.1 Indicateurs 316
15.1.2 Comparabilité avec l'enquête Santé Québec 1987 317
15.1.3 Portée et limites des données 318

15.2 Résultats 319

15.2.1 Taux de consultation des professionnels 319
15.2.2 Problèmes à l'origine de la dernière consultation 325
15.2.3 Lieu de la dernière consultation 328
15.2.4 Accessibilité géographique 329
15.2.5 Accessibilité financière 331

15.3 Conclusions 336

15.3.1 Synthèse et pistes de recherche 336
15.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 338

15.4 Références bibliographiques 339

Tableaux complémentaires 341

Chapitre 12 • Santé mentale

12.0 Introduction 217

12.1 Détresse psychologique 218

12.1.1 Présentation 218
12.1.2 Aspects méthodologiques 218
12.1.3 Résultats 220
12.1.3.1 Indice de détresse psychologique 220
12.1.3.2 Conséquences de la détresse psychologique 227
12.1.4 Synthèse et pistes de recherche 229

12.2 Idées suicidaires et parasuicides 231

12.2.1 Présentation 231
12.2.2 Aspects méthodologiques 232
12.2.3 Résultats 233
12.2.3.1 Idées suicidaires au cours de la vie 233
12.2.3.2 Idées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête 234
12.2.3.3 Parasuicides au cours de la vie 239
12.2.3.4 Parasuicides au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête 239
12.2.4 Synthèse et pistes de recherche 242

12.3 Éléments de réflexion pour la planification 243

12.4 Références bibliographiques 244

Tableaux complémentaires 247

Chapitre 13 • Accidents avec blessures

13.0 Introduction 257

13.1 Aspects méthodologiques 258

13.1.1 Indicateurs 258
13.1.2 Comparabilité avec l'enquête Santé Québec 1987 259
13.1.3 Portée et limites des données 259

13.2 Résultats 260

13.2.1 Victimes d'accidents avec blessures 260
13.2.2 Conséquences des accidents avec blessures 265

13.3 Conclusions 267

13.3.1 Synthèse et pistes de recherche 267
13.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 269

13.4 Références bibliographiques 269

Tableaux complémentaires 271

Chapitre 16 • Consommation de médicaments

16.0 Introduction 353

16.1 Aspects méthodologiques 355

16.2 Résultats 356

16.2.1 Utilisation de médicaments dans la population 356
16.2.2 Classes de médicaments utilisés 362
16.2.3 Caractéristiques des médicaments utilisés 366

16.3 Conclusions 367

16.3.1 Synthèse et pistes de recherche 367
16.3.2 Éléments de réflexion pour la planification 369

16.4 Références bibliographiques 369

Tableaux complémentaires 371

Chapitre 17 • Conclusion générale

17.1 Vue d'ensemble 377

17.1.1 Des gains et des pertes depuis 1987 377
17.1.2 Quelques nouveautés 379

17.2 Bilan 380

17.2.1 Particularités selon l'âge 380
17.2.2 Disparités selon le niveau socioéconomique 382

17.3 Pistes de réflexion pour l'action 383

ANNEXES

Annexe 1 Liste des tableaux, graphiques et schémas 389

Annexe 2 Liste des lecteurs externes et autres collaborateurs 405

Annexe 3 Calcul des intervalles de confiance 409

La forme masculine employée dans le texte désigne aussi bien les femmes que les hommes.

AVANT-PROPOS

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est une vaste enquête menée auprès de l'ensemble de la population du Québec. L'information obtenue fournit aux planificateurs et aux chercheurs les renseignements dont ils ont besoin pour mieux décider, mieux planifier et mieux agir.

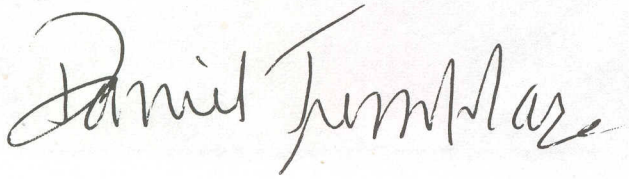
La Politique de la santé et du bien-être du Québec est certainement la meilleure illustration de l'utilité de telles enquêtes. En effet, les résultats de la première grande enquête de santé menée par Santé Québec en 1987 ont permis de documenter plusieurs aspects de cette politique.

La présente enquête a été commandée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les régies régionales et leur direction de santé publique. Santé Québec en a dirigé toutes les étapes, en s'associant avec le Bureau de la statistique du Québec, le Groupe Léger & Léger Inc., de nombreux experts des milieux de la santé et des services sociaux ainsi que des universités.

Tout au long de l'enquête, Santé Québec s'est soucié de la qualité afin de fournir aux nombreux utilisateurs les renseignements les plus fiables et les plus complets possible.

Le rapport général se divise en trois volumes. Le premier reprend les thèmes qui avaient été abordés lors de la première enquête, tandis que le second fait place à certaines réalités sociales, traitées ici pour la première fois. Enfin, le troisième volume présente quelques variations géographiques de l'état de santé au Québec. D'autres publications portant sur des sujets particuliers, les cahiers techniques et la banque de données sont aussi disponibles, afin que les résultats de l'enquête soient largement diffusés et utilisés.

Je tiens à remercier les 35 000 personnes qui, dans chaque région du Québec, ont accepté de donner de leur temps pour répondre aux questions de l'enquête. Qu'elles soient assurées que notre engagement à respecter le caractère confidentiel des données obtenues a été et sera respecté. Merci aussi au très grand nombre de collaborateurs de tous les milieux, grâce auxquels Santé Québec peut mener de telles enquêtes.



Le directeur de Santé Québec,
Daniel Tremblay

REMERCIEMENTS

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est une vaste entreprise collective. Du début à la fin, de nombreux collaborateurs et collaboratrices y ont pris part à divers titres. Je tiens à les remercier chaleureusement tous et toutes, espérant n'oublier personne.

Merci aux auteurs de ce rapport, dont les noms apparaissent au début de chaque chapitre, pour leur disponibilité. Merci aussi à leurs collaborateurs et aux lecteurs, dont les noms apparaissent à la fin du rapport.

De nombreuses autres personnes ont joué un rôle très actif dans la réalisation de l'enquête et en ont fait une expérience unique :

- l'équipe du Bureau de la statistique du Québec, sous la direction de Louise Bourque, Robert Courtemanche au premier rang, et tous les statisticiens qui ont travaillé à l'enquête : Lorraine Caouette, Marcel Godbout, Lucie Jean et France Lapointe;

- l'équipe du Groupe Léger & Léger Inc. qui, sous la gouverne du directeur du projet, Denis Fagnan, a réalisé toute la collecte des données de l'enquête;

  Gilles Fillion et son équipe de coordonnatrices régionales :

  Marielle Chouinard, Lisette Desjardins, Thérèse Forest, Charlotte Gagnon, Gaétane Lacerte, Lise Lacroix, Céline Lavoie, France Lehoux, Henriette Robitaille, Sylvie Sauvé, Céline Turcotte, Johanne Théroux, Lilly Tremblay et tous leurs interviewers;

  Monique Laguë, responsable du secrétariat, Martine Roy et son équipe de saisie des données, France Tougas et son équipe de codeurs et codeuses, sans oublier Jean-Pierre Latour, Paul-Joseph Martin, Michel Simard, André Steenhaut et Raymond Cyr d'Info Zéro Inc.;

  et finalement, le président-directeur général, Jean-Marc Léger, et le regretté Marcel Léger.

- l'équipe de Santé Québec qui s'est impliquée dans l'enquête : Carmen Bellerose, collaboratrice de la première heure, et Claudette Lavallée; Nathalie Audet, responsable de la gestion informatique et Gérald Benoit, technicien; l'équipe de soutien technique : France Lacoursière, France Lozeau, Lise Ménard, Sylvie Pichette, Marie-Josée Provencher et Suzanne Messier;

  ainsi que Aline Émond et Louise Guyon, présentes lors du démarrage de l'enquête;

  et deux fidèles collaboratrices de Santé Québec qui ont participé au comité de rédaction, Lucie Chénard, de l'Unité de santé publique du Centre hospitalier de Rimouski, et Madeleine Levasseur, de la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Mes remerciements s'adressent aussi aux personnes qui ont appuyé Santé Québec dans la réalisation de cette enquête :

- Simon Caron, sous-ministre adjoint, responsable de Santé Québec;
- tous les membres actuels du comité d'administration de Santé Québec :

  Michel Vézina, président,
  Pierre Montambault, vice-président,
  Christine Colin,
  Suzanne D'Annunzio,
  Hubert Gauthier,
  Constance Lamarche,
  Paul Landry,
  Isabelle Laporte,
  André Lussier,
  Yvon Poirier,
  Guy Savard;

- les membres du comité d'orientation de l'enquête :

  Carmen Bellerose,
  Lucie Chénard,
  May Clarkson,
  Robert Courtemanche,
  Desmond Dufour,
  Daniel Fortin,
  Sylvain Gagnon,
  Robert Lapointe,
  Brigitte Maheux,
  Micheline Mayer;

- le personnel de la Direction des ressources financières de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, fiduciaire de Santé Québec;
- les responsables des activités de communication : Janne Lavallière, du ministère de la Santé et des Services sociaux, Johanne Gaudet, de la Fédération des CLSC du Québec, et les agents de communication des régies régionales;
- tous ceux et celles qui ont joué un rôle à un moment donné : François Béland, Jean Boudreau, Yvon Brunelle, Gustave Boursiquot, Pierre Cliche, Michel Côté, Marc Dionne, Geoff Dougherty, Mireille Dumont-Lemasson, Andrée Gendron, Richard Grignon, Bun Luk Khuong, Claude Lamarre, Lucie Larose, Michèle Laverdure, Louise Lapierre, Claude Magnan, Hélène Morais, Ginette Paquet, Pierre Provencher, Marc Renaud, Sylvie Rheault, Rachel Ruhest;

Enfin, merci aux partenaires qui ont fourni les budgets nécessaires à la réalisation de l'enquête, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et les régies régionales de la santé et des services sociaux des régions suivantes :

Bas-Saint-Laurent,
Saguenay–Lac-Saint-Jean,
Québec,
Mauricie–Bois-Francs,
Estrie,
Montréal-Centre,
Outaouais,
Abitibi-Témiscamingue,
Côte-Nord,
Gaspésie–Les-Îles,
Chaudière-Appalaches,
Laval,
Lanaudière,
Laurentides,
Montérégie.

Merci à tous et à chacun. Je compte sur vous pour la prochaine enquête générale !

Le directeur de Santé Québec,
Daniel Tremblay

LEXIQUE

Activité physique de loisir : fréquence de la participation à des activités physiques de loisir d'une durée d'au moins 20 à 30 minutes par séance, au cours des 3 mois ayant précédé l'enquête.

Autonomie décisionnelle au travail : indice constitué de neuf questions provenant du *Job Content Questionnaire*; ces questions portent sur l'autorité décisionnelle au travail, et sur la capacité d'utiliser ses compétences et d'en acquérir de nouvelles. La médiane de l'échelle est utilisée pour distinguer les personnes ayant un niveau faible ou élevé d'autonomie décisionnelle au travail.

BSQ : Bureau de la statistique du Québec.

CAGE : indice composé de quatre questions retenues pour définir les buveurs à risque de rencontrer des problèmes liés à l'alcool.

Catégorie professionnelle : basé sur la «Classification canadienne des professions», cet indicateur classe les personnes selon le genre d'emploi qu'elles occupent au moment de l'enquête.

Échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme : élaborée à l'aide de questions portant sur la dépendance, les limitations d'activité et la réduction de mobilité, cette échelle sert à classer chaque personne dans la plus grave de ces catégories selon son état.

Espérance de vie en santé : indice global qui soustrait à l'espérance de vie les années vécues en institution ou avec une perte d'autonomie fonctionnelle de courte ou de longue durée. On considère cet indice comme un bon indicateur de l'état de santé d'une population.

État matrimonial de fait : tient compte à la fois de l'état matrimonial légal et de la situation de fait déclarés par les individus de 15 ans et plus.

FI : fiche d'identification des membres du ménage (âge, sexe, liens de parenté).

Groupe ethnoculturel (majoritaire, minoritaire) : indice d'appartenance ethnoculturelle basé sur la langue maternelle de la personne, son lieu de naissance ainsi que celui de ses parents.

Indice de détresse psychologique : est constitué de quatorze questions portant sur des états dépressifs ou anxieux, et sur certains symptômes d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Le quintile supérieur de l'échelle, adopté lors de l'enquête Santé Québec de 1987 pour constituer la catégorie «élevée», a été conservé pour la présente enquête.

Indice de masse corporelle : aussi appelé «Indice de Quételet», il est considéré, dans les enquêtes sur la population, comme la mesure la plus appropriée pour déterminer l'excès de poids associé à divers risques pour la santé. Il est le résultat de la division du poids exprimé en kilogrammes par la taille en mètres, élevée au carré.

Indice de soutien social : établi à partir de sept questions, il porte sur l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau social. Les personnes ayant les scores les plus bas (quintile 1) sont définies comme ayant un niveau de soutien social faible.

Journées d'incapacité : journées comptées à partir du nombre de journées d'alitement, de journées d'incapacité par rapport à une activité principale et de journées de restriction des activités habituelles, déclarées pour les deux semaines ayant précédé l'enquête. Elles sont présentées sous forme d'une moyenne annuelle par personne, établie sur la base de l'ensemble de la population.

Langue maternelle : première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le répondant.

Limitations d'activité : ce qui restreint une personne dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle peut faire à cause d'une maladie chronique, physique ou mentale, ou d'un problème de santé.

Ménage : constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes vivant dans un logement privé.

N : nombre estimé de personnes, dans la population, sur lequel les proportions sont calculées. Correspond au total de la ligne ou de la colonne (100 %).

Niveau de revenu : indice commun à tous les membres du ménage, il est établi à partir du revenu total du ménage, du nombre de personnes composant ce ménage et de normes établissant les seuils de faible revenu selon la taille des ménages. Cet indice comporte une imputation des valeurs manquantes. Il n'est pas comparable à l'indice utilisé dans l'enquête Santé Québec 1987.

Parasuicide : ensemble des gestes suicidaires qui ne conduisent pas à la mort.

Pe : nombre estimé de personnes, dans la population, correspondant à une proportion ou à un taux donné.

QAA : questionnaire autoadministré s'adressant à tous les individus d'un ménage âgés de 15 ans ou plus, il couvre surtout les habitudes de vie, le milieu social et la santé psychologique.

QRI : questionnaire rempli par l'intervieweur, il s'adresse à un informateur clé répondant pour tous les membres du ménage; il porte principalement sur les limitations d'activité, les accidents et blessures, la consommation de médicaments et le recours aux services de santé.

Scolarité relative : niveau de scolarité d'un individu, relativement à la scolarité des personnes du même groupe d'âge et de sexe; le quintile 1 correspond à la plus faible scolarité.

Statut d'activité habituelle : classifie les personnes selon leur activité principale au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Statut d'activité (2 semaines) : classifie les personnes selon leur activité principale au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête.

Type de buveur : distingue les abstinents qui n'ont jamais consommé d'alcool, les anciens buveurs qui n'en ont pas consommé au cours de l'année ayant précédé l'enquête et les buveurs actuels qui indiquent avoir consommé pendant cette période, peu importe la quantité ou la fréquence.

Type de consommateur de drogues : distingue les abstinents, c'est-à-dire les personnes qui déclarent n'avoir jamais consommé de drogues, les anciens consommateurs, qui ne l'ont pas fait au cours de l'année ayant précédé l'enquête, et les consommateurs actuels qui indiquent avoir consommé pendant cette période, peu importe la quantité ou la fréquence.

Type de fumeur : distingue les fumeurs réguliers qui fument tous les jours, les fumeurs occasionnels qui fument moins souvent que chaque jour, les anciens fumeurs qui déclarent avoir fumé dans le passé mais qui ont cessé, et ceux qui n'ont jamais fumé.

UPE : unité primaire d'échantillonnage qui est formée de secteurs de dénombrement ou d'un regroupement de secteurs de dénombrement. Un certain nombre de ces UPE ont été tirées aléatoirement par le BSQ au cours du processus d'échantillonnage de l'enquête.

VOLUME

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1

Les enquêtes générales de Santé Québec ont pour objectif de recueillir des renseignements pertinents sur certains problèmes sociaux et de santé de la population québécoise afin de permettre au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), aux Régies régionales de la santé et des services sociaux, aux autres composantes du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à d'autres utilisateurs de mieux déterminer les besoins et les secteurs prioritaires d'intervention, de mieux planifier l'allocation des ressources (humaines, financières et physiques) et de mieux évaluer les programmes.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est la seconde enquête générale de Santé Québec. Elle s'inscrit dans le prolongement de l'enquête Santé Québec 1987, dont elle reprend ou enrichit les thèmes et les mesures. Elle a cependant la particularité d'aborder de nouveaux thèmes reliés aux aspects sociaux de la santé. Cette enquête poursuit un certain nombre d'objectifs particuliers. Elle doit servir aux planificateurs et aux décideurs à l'orientation des politiques et des interventions, et fournir aux chercheurs du MSSS, du réseau et d'autres milieux une source d'information qui permet de faire des liens entre les conditions et les habitudes de vie, l'état de santé physique et mentale, les problèmes sociaux et la consommation de services. Elle doit assurer la représentativité et la comparabilité interrégionales. Elle doit finalement permettre de suivre les tendances de certains indicateurs qui évoluent rapidement; aucune mesure physiologique n'a toutefois été prise, et les questions portant sur les problèmes de santé des répondants n'ont pas été retenues, car ces indicateurs ne varient pas suffisamment sur une période de cinq ans.

L'Enquête sociale et de santé emprunte le modèle de l'enquête Santé Québec 1987. Celui-ci se situe dans un modèle de santé globale qui tient compte des déterminants de la santé, de la santé physique, mentale et psychosociale ainsi que de ses conséquences sur la consommation de services. Les différents thèmes traités sont présentés au tableau suivant.

Les résultats de cette enquête sont publiés en trois volumes. Le premier reprend les thèmes de l'enquête Santé Québec 1987 et en décrit l'évolution; le second se consacre plus particulièrement à l'analyse de certaines réalités sociales reliées à la santé; le troisième fait état des variations géographiques de la santé à l'aide des principaux indicateurs présents dans les deux enquêtes. De plus, des rapports régionaux sont disponibles dans chacune des Régies régionales de la santé et des services sociaux; ils sont élaborés par les chercheurs de la Régie selon les

Thèmes retenus pour
l'Enquête sociale et de santé 1992-1993

Déterminants

Caractéristiques démographiques
- Âge, sexe
- Appartenance ethnoculturelle
- État matrimonial

Conditions de vie
- Scolarité
- Statut d'activité
- Profession
- Revenu
- Situation financière

Milieux de vie
- Soutien social, réseau familial et séparations avant 12 ans
- Autonomie décisionnelle au travail
- Composition des familles et des ménages
- Aide familiale

Habitudes de vie et comportements préventifs
- Consommation d'alcool
- Usage de tabac
- Consommation de drogues
- Abus de substances psychoactives
- Pratique de l'activité physique de loisir
- Poids corporel
- Comportements de santé propres aux femmes

État de santé et de bien-être

Santé physique
- Perception de la santé
- Accidents avec blessures
- Autonomie fonctionnelle

Santé mentale et psychosociale
- Détresse psychologique
- Idées suicidaires et parasuicides
- Conflits intrafamiliaux

Conséquences
- Recours aux services sociaux et de santé
- Consommation de médicaments

besoins qui leur sont propres. Des monographies s'ajouteront graduellement en fonction de l'intérêt suscité par ces résultats. La première, portant sur la famille, a déjà été publiée; les autres thèmes déjà définis sont la résolution des conflits intrafamiliaux, les jeunes, les personnes âgées et le tabagisme.

Ce document constitue le premier volume du rapport général de l'enquête. Outre les chapitres sur la méthode et la description des caractéristiques de la population à l'étude, il comprend trois parties : la première sur les déterminants, la deuxième sur certains aspects de l'état de santé et la dernière sur les conséquences quant à l'utilisation de services ou de médicaments. L'objectif est de décrire les principaux résultats de l'enquête et de faire connaître les données, leurs possibilités et leurs limites pour que les utilisateurs puissent mener des analyses complémentaires adaptées à leurs propres besoins.

Plus de trente chercheurs du ministère de la Santé et des Services sociaux, des Régies régionales, du milieu universitaire et des secteurs connexes ont collaboré à la rédaction de ce rapport. Regroupés selon leur champ d'expertise, ils en ont rédigé les divers chapitres. Pour assurer une certaine homogénéité à l'ensemble, Santé Québec a toutefois fixé les balises de leur plan d'analyse, et le Bureau de la statistique du Québec a déterminé les modalités de l'analyse statistique et des normes de présentation des données.

Chaque chapitre comprend quatre parties. L'introduction présente d'abord le thème en précisant l'intérêt des données d'enquête dans ce champ de connaissances. Les aspects méthodologiques sont ensuite abordés pour présenter les variables d'analyse et discuter de la portée et des limites des données. Après la description des résultats, la conclusion présente une synthèse et une discussion, en plus de dégager les pistes de recherche soulevées par l'analyse; elle soumet également quelques éléments de réflexion pour la planification et la prise de décision, notamment en ce qui a trait à la Politique de la santé et du bien-être du Québec.

Une conclusion générale tente finalement d'intégrer les éléments les plus marquants de ces chapitres.

CHAPITRE

MÉTHODES

1

Carmen Bellerose, Claudette Lavallée,
Santé Québec

Robert Courtemanche, Lorraine Caouette, Marcel Godbout, France Lapointe,
Bureau de la statistique du Québec

1.0 Introduction

Ce premier chapitre traite des grandes lignes des différents aspects méthodologiques reliés à l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Sont d'abord présentées les procédures d'enquête, sous l'angle des instruments utilisés, du plan de sondage et de la méthode de collecte des données, ainsi que les caractéristiques de l'échantillon qui en résulte. On y décrit ensuite brièvement les étapes de validation et de pondération des données recueillies, de même que les méthodes d'analyse retenues pour ce rapport. Les normes de présentation des résultats sont également précisées et le chapitre se termine par un rappel de la portée et des limites inhérentes à ce type d'enquête.

1.1 Procédures d'enquête

1.1.1 Instruments de collecte des données

Les instruments de l'enquête ont été élaborés par Santé Québec avec la collaboration de nombreux experts du milieu de la santé et des services sociaux. Les trois outils principaux de l'enquête Santé Québec 1987, soit la fiche d'identification, le questionnaire rempli par l'interviewer et le questionnaire autoadministré, ont été repris et adaptés aux objectifs de l'Enquête sociale et de santé. En général, on a conservé le libellé exact des questions afin d'assurer la comparabilité des données entre les deux enquêtes. De nouvelles questions ont également été proposées à l'occasion par les groupes d'analyse; dans ce cas, les questions déjà validées ou provenant d'autres enquêtes populationnelles ont été privilégiées, sinon, Santé Québec a fait appel à des experts qui en ont élaboré de nouvelles. Les questions soumises ont ensuite été approuvées par le comité d'orientation de l'enquête.

La **fiche d'identification**, remplie par l'interviewer, contient des renseignements administratifs et permet d'établir la liste des membres du ménage et leurs caractéristiques d'âge, de sexe et de lien de parenté aux fins de l'entrevue.

Le **questionnaire du ménage rempli par l'interviewer** (QRI) vise à recueillir des renseignements portant sur chacun des membres de la maisonnée auprès d'un informateur clé. Ses principaux thèmes sont l'incapacité et la limitation des activités, le recours aux services sociaux ou de santé, la consommation de médicaments, les accidents et blessures ainsi que des renseignements démographiques et socioéconomiques. Toute la section portant sur les problèmes de santé, présente dans le questionnaire de 1987, a été retranchée parce que ce type d'indicateurs varie peu sur une courte période.

Le **questionnaire autoadministré** (QAA), destiné aux personnes de 15 ans et plus du ménage, comporte des questions sur la perception de la santé, les habitudes de vie, certains comportements de santé propres aux femmes, le milieu social, divers problèmes liés à la santé mentale, et des renseignements sociodémographiques. De nouvelles sections portant sur l'autonomie décisionnelle au travail et sur les aidants naturels ont été ajoutées.

Des questionnaires autoadministrés portant sur la résolution des conflits intrafamiliaux ont été élaborés et présentés à un sous-échantillon lors de la visite de l'interviewer. Une description détaillée de cette procédure et du contenu de ce volet est faite dans la monographie sur le sujet, publiée séparément.

Chaque questionnaire est disponible en français et en anglais, en fonction des besoins des répondants. Le présent rapport ne comporte pas d'exemplaires des questionnaires, que l'on peut toutefois se procurer en en faisant la demande à Santé Québec.

1.1.2 Plan de sondage

La population visée par l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est l'ensemble des ménages privés de toutes les régions sociosanitaires du Québec à l'exclusion des régions crie et inuite, qui ont fait l'objet d'enquêtes distinctes, et des réserves indiennes. Les personnes vivant dans des ménages collectifs tels que les centres d'accueil et les hôpitaux sont exclues de la population visée. Celle-ci représente 97,5 % de l'ensemble de la population québécoise.

L'ensemble du territoire où vit cette population a été découpé en petites aires géographiques appelées unités primaires d'échantillonnage (UPE). Elles correspondent généralement à des secteurs de dénombrement du recensement canadien de la population de 1986. L'ensemble de ces unités forme la base de sondage.

Avant la sélection de l'échantillon, les UPE ont été regroupées en strates. Chaque strate est formée du croisement d'une région sociosanitaire et d'une aire homogène. On dénombre douze aires homogènes, que l'on obtient en découpant d'abord le Québec en quatre zones distinctes, soit la région métropolitaine de Montréal (M), les capitales régionales (C), les agglomérations et villes (A), et le monde rural (R). Chaque zone est ensuite subdivisée en trois aires en fonction de conditions socioéconomiques : une aire vulnérable (1), une aire

intermédiaire (2) et une aire peu vulnérable (3). La définition des aires homogènes est similaire à celle de «La santé à la carte» (Pampalon *et al.*, 1990); les données de base sur les caractéristiques socioéconomiques ont toutefois été mises à jour à l'aide des données du recensement de 1986, et une méthode statistique de classification a été utilisée pour déterminer les seuils de vulnérabilité. Un des cahiers techniques de l'enquête précise la définition des aires homogènes[1].

La taille totale de l'échantillon et sa répartition par strate ont été obtenues à partir des critères suivants :

- des échantillons régionaux de 800 logements minimum pour permettre des analyses régionales;
- des échantillons plus considérables pour les régions plus populeuses de Montréal-Centre et de la Montérégie, pour augmenter la précision des estimations nationales;
- des échantillons infrarégionaux (au moins deux par région) permettant de détecter des différences importantes (d'environ 4 %) avec une puissance de 80 % et une erreur de premier type de 5 %;
- des échantillons totaux d'au moins 800 logements pour l'ensemble des aires vulnérables de la zone des capitales régionales, de la zone des agglomérations et villes et de celle du monde rural, qui permettent des analyses provinciales selon ces aires;
- un échantillon d'une taille minimale de 1 200 logements pour l'ensemble de l'aire vulnérable de la zone métropole, qui permet des analyses selon cette aire;
- des unités supplémentaires permettant de répondre à des objectifs définis par les régions elles-mêmes.

À l'aide de ces critères, la taille totale de l'échantillon a été déterminée à 16 010 logements. Leur répartition par strates est présentée au tableau 1.1. Le rapport entre le nombre de logements échantillonnés et le nombre de logements dans la population varie d'une région à l'autre : il passe de 0,32 % pour la région de Montréal à 3,30 % pour la Côte-Nord. Ce rapport est aussi plus important dans les aires vulnérables que dans les deux autres aires, quelle que soit la zone.

De plus, l'échantillon total a été réparti entre quatre périodes de collecte disjointes qui s'étalent sur une année. Pour chaque vague, la taille de l'échantillon par strate est similaire.

À l'intérieur de chaque strate, l'échantillon a été sélectionné en deux étapes. Premièrement, un échantillon aléatoire d'UPE a été sélectionné avec une probabilité proportionnelle au nombre de ménages recensés en 1986. Dans chaque UPE choisie, un échantillon systématique de logements a été tiré à partir d'un point de départ aléatoire. Toutes les personnes résidant dans les logements sélectionnés sont visées par l'enquête. Au total, 1 139 UPE ont été sélectionnées comportant chacune un échantillon de 10, 20 ou 30 logements, selon la zone.

[1] Le lecteur intéressé à la description des aires et aux résultats qui s'y rapportent peut également consulter le Volume 3 du présent rapport, qui analyse les données de l'enquête en fonction des aires homogènes.

L'Enquête sociale et de santé a donc un plan de sondage stratifié par région et par aires homogènes. L'échantillon des logements par strate est réparti de façon non proportionnelle, avec sélection à deux degrés. Ce plan de sondage a été élaboré par le Bureau de la statistique du Québec.

Tableau 1.1

Répartition de l'échantillon des ménages selon la région et l'aire homogène, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Régions	Aires homogènes												
	M1	M2	M3	C1	C2	C3	A1	A2	A3	R1	R2	R3	Total
Bas St-Laurent	0	0	0	0	0	0	60	360	60	140	200	0	**820**
Saguenay—Lac-St-Jean	0	0	0	260	200	0	40	140	20	100	80	0	**840**
Québec	0	0	0	360	440	200	40	140	0	40	140	0	**1360**
Mauricie—Bois-Francs	0	0	0	120	260	0	100	220	80	40	220	80	**1120**
Estrie	0	0	0	40	260	120	60	260	40	40	160	120	**1100**
Montréal-Centre	980	1100	200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**2280**
Outaouais	0	0	0	60	360	220	0	100	0	60	160	40	**1000**
Abitibi-Témiscamingue	0	0	0	0	0	0	60	360	120	90	210	30	**870**
Côte-Nord	0	0	0	0	0	0	90	420	150	180	90	60	**990**
Gaspésie—Les-Îles	0	0	0	0	0	0	150	180	30	150	240	60	**810**
Chaudière-Appalaches	0	0	0	40	220	0	40	160	40	40	200	100	**840**
Laval	40	540	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**800**
Lanaudière	0	280	60	0	0	0	40	120	40	40	240	80	**900**
Laurentides	40	260	60	0	0	0	40	160	40	60	240	60	**960**
Montérégie	140	440	140	0	0	0	100	220	100	0	80	100	**1320**
Total	**1200**	**2620**	**680**	**880**	**1740**	**540**	**820**	**2840**	**720**	**980**	**2260**	**730**	**16010**

0 Sans objet

_____ Représente des regroupements d'aires formant les échantillons infrarégionaux.

1.1.3 Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée de novembre 1992 à novembre 1993, afin de tenir compte du caractère saisonnier des problèmes de santé et de certains comportements. Une période d'énumération des logements des UPE échantillonnées précédait chaque vague de collecte. Cette tâche incombait à l'interviewer et consistait à établir une liste exhaustive des logements présents dans l'UPE au moment de l'enquête. En plus d'une vérification du travail par le Bureau de la statistique du Québec, l'énumération était systématiquement reprise par un autre énumérateur pour 10 % des UPE, afin de s'assurer de la qualité du travail effectué. À partir de cette liste validée de logements, le BSQ sélectionnait les ménages.

Dans chacun de ces ménages, une entrevue avec un répondant principal de 18 ans et plus a été effectuée par un interviewer; un montant de 15 $ était remis à chaque informateur clé des ménages répondants. Les personnes de 15 ans et plus étaient en outre invitées à répondre à un questionnaire autoadministré. Selon leur disponibilité, elles pouvaient s'acquitter de cette tâche pendant la visite de l'interviewer, sinon celui-ci retournait au domicile au cours des jours suivants pour récupérer les questionnaires remplis, ou alors ces derniers étaient retournés par la poste dans une enveloppe affranchie. Dans tous les cas, le questionnaire était placé dans une enveloppe cachetée avant d'être remise à l'interviewer, ou mise à la poste.

Lorsqu'aucun membre du ménage sélectionné n'était présent, l'interviewer devait tenter, au moins à six reprises, d'établir le contact en prenant soin de varier l'heure et le jour de ses tentatives. Les ménages pour lesquels aucun adulte ne pouvait s'exprimer en français ou en anglais étaient exclus de l'échantillon tout comme, pour le QAA, les individus de 15 ans et plus ne sachant lire aucune des deux langues[1].

La gestion de la collecte des données a été confiée au Groupe Léger & Léger Inc., par suite d'un appel d'offres; Santé Québec a toutefois été associé étroitement à chacune des étapes de réalisation de la collecte et a assuré un contrôle régulier des activités. La firme de sondage a mis en place une équipe centrale de gestion, secondée par des coordonnatrices régionales qui devaient assurer la bonne marche de l'enquête dans leurs régions respectives. Ces coordonnatrices ont participé au recrutement et à la sélection des interviewers de leur région, soit un total de 125 interviewers pour l'ensemble du Québec.

Les coordonnatrices régionales ont participé à deux séances intensives de formation, l'une sur l'énumération et l'autre sur les objectifs de l'enquête, ses modalités, les instruments utilisés, les techniques d'entrevue et leur rôle de coordination. Elles étaient ensuite chargées de la formation des interviewers de leur région; les responsables du projet pour la firme de sondages étaient aussi présents en région de même que des représenatnts de Santé Québec.

À la fin de chaque période de collecte, des réunions regroupant l'équipe de gestion du Groupe Léger & Léger Inc., Santé Québec, le Bureau de la statistique du Québec et les coordonnatrices permettaient de faire le point sur le déroulement de l'enquête et d'apporter les ajustements nécessaires.

---

[1] Au total, 52 ménages et 106 personnes de 15 ans et plus n'ont pas été interviewés pour cette raison.

Avant la collecte des données, un prétest a été effectué en juillet 1992 pour vérifier le déroulement des diverses procédures prévues et déterminer les dernières corrections devant être apportées aux instruments de l'enquête. Ce prétest a eu lieu auprès de 150 ménages, dont 50 ménages anglophones, en provenance des régions de Laval et de la Montérégie de même que de différents quartiers de la région de Montréal-Centre.

1.1.4 Taille de l'échantillon et non-réponse

Au total, 16 124 logements ont été sélectionnés, soit les 16 010 logements de départ auxquels se sont ajoutés 114 logements, que l'on a découverts au moment de la collecte lorsqu'il s'avérait y avoir plus d'un logement à l'adresse sélectionnée. Parmi les 16 124 logements de l'échantillon initial, 1 232 n'étaient pas admissibles à l'enquête, principalement parce qu'il s'agissait de logements saisonniers ou de logements vacants au moment de l'enquête (864 ménages). Des 14 892 ménages admissibles, 13 266 ont répondu au questionnaire rempli par l'interviewer (QRI) : ces ménages représentent au total 34 848 individus de tous âges. De ce nombre, 27 310 personnes de 15 ans et plus étaient admissibles au questionnaire autoadministré (QAA), et 23 564 individus y ont répondu.

Le taux de réponse est défini comme étant le rapport entre le nombre d'unités répondantes et le nombre d'unités admissibles à l'enquête. Dans la présente enquête, comme toutes les unités n'ont pas la même probabilité d'être choisies, il faut utiliser un taux de réponse établi sur la base de données pondérées par l'inverse de cette probabilité.

Pour le QRI, le taux de réponse global est établi sur la base des ménages admissibles et s'élève à 87,2 %. La principale explication de la non-réponse au QRI demeure le refus du ménage (65 % des non-répondants), tandis que 25 % est due au fait qu'il n'y avait personne à la maison, bien que plusieurs tentatives aient été faites pour joindre le ménage.

Les personnes admissibles au QAA ont répondu dans une proportion de 85 %; cependant, le taux de réponse au QAA doit tenir compte du fait que les questionnaires sont administrés en cascade et correspond plutôt au produit des taux de réponse au QRI et au QAA; le taux ainsi calculé est de 74,1 %, ce qui est légèrement supérieur au taux de 1987. Le taux de non-réponse globale est plus élevé chez les personnes de 15-24 ans et de 65 ans et plus; les hommes sont également davantage représentés parmi les non-répondants. Sur le plan régional, on enregistre à Montréal, à Québec, en Gaspésie et sur la Côte-Nord des taux de réponse au QAA plus faibles que celui de l'échantillon provincial des 15 ans et plus.

En plus de la non-réponse globale, il faut tenir compte dans les estimations de la non-réponse des répondants à des questions particulières; on parle alors de taux de non-réponse partielle, défini comme étant le rapport entre le nombre pondéré de répondants à une question donnée et le nombre pondéré de personnes devant y répondre. Les taux de non-réponse partielle sont généralement faibles au QRI, étant donné la présence de l'interviewer, sauf pour l'indice sur le niveau de revenu, où la proportion élevée (29 %) de valeurs précises manquantes a justifié un processus d'imputation[1].

[1] Voir le cahier technique de l'enquête pour plus de détails sur le processus d'imputation.

Par contre, le QAA est plus susceptible de présenter des difficultés sur le plan de la non-réponse partielle; celle-ci est généralement inférieure à 5 %, mais peut parfois atteindre des seuils critiques. Une analyse générale de la non-réponse partielle au QAA a donc été faite à l'aide d'un indice synthétique formé de 14 questions; les résultats indiquent que 85,5 % des répondants avaient répondu à chacune de ces questions, ce qui révèle que dans l'ensemble, le QAA a été bien rempli[1]. Néanmoins, certaines constances se retrouvent dans les caractéristiques des non-répondants. Ceux-ci sont en effet généralement moins scolarisés, et l'on compte une proportion plus élevée de femmes et de personnes de 45 ans et plus; le groupe d'âge des 65 ans et plus est particulièrement touché par ce phénomène, peu importe le niveau de scolarité. Les analyses subséquentes de ce rapport font état des variables pour lesquelles le taux de non-réponse partielle est supérieur à 5 %, et évaluent l'effet éventuel de cette non-réponse sur les résultats.

1.2 Traitement des données

1.2.1 Validation

Les questionnaires remplis par l'interviewer étaient révisés dans un premier temps par la coordonnatrice régionale; il ne pouvait en être de même pour les QAA, puisque ceux-ci lui étaient remis sous enveloppe scellée. Les questionnaires étaient ensuite acheminés à l'équipe centrale du Groupe Léger & Léger Inc., qui procédait à une nouvelle vérification. De plus, un minimum de 10 % des ménages de chaque interviewer faisaient l'objet d'une entrevue de contrôle, par téléphone. Santé Québec a aussi exercé de nombreux contrôles auprès de la firme et vérifié un grand nombre de questionnaires tant à leur arrivée qu'après leur codification.

La codification était assumée par la firme de sondage, qui a affecté une équipe de codeurs distincte à chaque instrument; la codification des médicaments était assurée par une pharmacienne et les problèmes de santé, par une archiviste médicale. Les cas litigieux étaient discutés et réglés avec les responsables de Santé Québec. Les questionnaires faisaient ensuite l'objet d'une double saisie informatique.

La validation de la banque de données s'est faite en plusieurs étapes. Dans un premier temps, la firme de sondages a effectué certaines vérifications lors de la codification et de la saisie concernant les codes admissibles et les filtres. Par ailleurs, Santé Québec s'est chargé des validations logiques et de la concordance entre les divers instruments, en plus de la vérification globale des validations dont la firme de sondages était responsable.

Le cahier technique de l'enquête rend compte de façon exhaustive des activités de validation et de traitement des données.

---

[1] Voir le cahier technique de l'enquête pour plus de détails sur l'analyse de la non-réponse partielle au QAA.

1.2.2 Pondération

La pondération consiste à attribuer à chaque répondant une valeur (un poids) qui correspond au nombre de personnes qu'il «représente» dans la population, pour chacun des instruments de l'enquête. Chaque répondant se voit donc attribuer des facteurs de pondération différents au QRI et au QAA.

Dans le cas de l'Enquête sociale et de santé, le calcul du poids du répondant à un questionnaire s'est déroulé en quatre étapes. Dans un premier temps, un poids initial a été établi pour tenir compte de la non-proportionnalité de l'échantillon par rapport à la population étudiée : ce poids est défini comme étant l'inverse de la probabilité de sélection du ménage. Ce poids initial a ensuite été ajusté pour tenir compte de la non-réponse globale au questionnaire; pour le QRI, cet ajustement s'est effectué au niveau de l'UPE ou d'un regroupement d'UPE selon les régions, tandis que pour le QAA, les classes d'ajustement ont été définies en tenant compte de la région, du groupe d'âge, du sexe et du fait de consommer ou non des médicaments sur avis d'un médecin. D'autre part, compte tenu de la grande variabilité des poids obtenus, la valeur de certains poids extrêmes a été réduite après l'analyse de la distribution des poids selon la région et les aires homogènes. Finalement, une poststratification a été effectuée pour s'assurer que la distribution des répondants selon l'âge, le sexe et la région était conforme à celle de la population visée par l'enquête; les données utilisées pour cet ajustement proviennent du recensement canadien de 1991 portant sur la population vivant en ménage privé, à partir desquelles le Bureau de la statistique du Québec a fait une projection pour l'année 1993, en tenant compte du sous-dénombrement au recensement[1].

1.2.3 Méthodes d'analyse

À l'instar des autres enquêtes de Santé Québec, la présente enquête a sollicité la participation de nombreux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux et des universités. Des groupes d'analyse, composés de 3 à 5 personnes choisies pour leur expertise et leur intérêt pour un sujet traité dans l'enquête, ont été mis sur pied. Ils ont participé à la conception des questionnaires, proposé des plans d'analyse des données portant sur leur thème et formulé des demandes de tableaux. Ces extrants ont été produits par Santé Québec et analysés subséquemment par les groupes d'analyse. C'est cependant le Bureau de la statistique du Québec qui a déterminé les méthodes d'analyse statistique à utiliser dans ce rapport.

L'analyse est essentiellement descriptive. Cette orientation a été retenue pour rendre les résultats accessibles le plus rapidement possible aux planificateurs, décideurs et chercheurs. Aux fins de la présente analyse, les données ne sont pas standardisées selon le sexe et l'âge; cependant, lors des comparaisons des résultats avec ceux de l'enquête Santé Québec 1987, des sous-groupes du même âge et du même sexe sont comparés, ce qui permet de contrôler, le cas échéant, l'effet confondant de ces variables.

La complexité du plan de sondage influence grandement la précision des résultats, et l'estimation de la précision de chaque proportion est nécessaire à l'inférence. L'effet de plan mesure

[1] Direction des statistiques sociodémographiques, scénario préliminaire non publié, janvier 1994.

la perte ou le gain de précision attribuable au plan de sondage par rapport à la précision qu'on aurait eue si l'on avait tiré un échantillon aléatoire simple, de même taille. Étant donné le très grand nombre de tableaux produits, la précision tenant compte de l'effet de plan ne pouvait être calculée pour chacune des estimations. Des effets de plan médians ont plutôt été produits pour six groupes de caractéristiques, dont la variance est homogène. L'effet de plan médian principal qui s'applique à la majorité des phénomènes étudiés s'élève à 2,3 pour le QRI et à 2,2 pour le QAA. Pour les mesures davantage liées aux ménages, on pouvait obtenir des effets de plan plus élevés. Ces effets de plan ont été utilisés lors de l'analyse.

Le coefficient de variation (CV) permet de mesurer la précision d'une estimation. On l'obtient en divisant l'erreur-type de la proportion estimée par la proportion elle-même. Parce qu'elles sont suffisamment précises, les proportions dont le CV est inférieur à 15 % sont présentées sans commentaire; celles dont le CV se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un astérisque (*), pour montrer que l'estimation doit être interprétée avec prudence. Les proportions dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**), pour en signaler l'imprécision, et ne sont fournies qu'à titre indicatif. Les coefficients de variation n'ont pas été calculés pour les données de 1987, mais devraient être généralement du même ordre de grandeur que ceux de 1992-1993, si l'on considère que les tailles d'échantillon sont équivalentes pour les deux enquêtes.

Toute relation entre deux variables a d'abord été mesurée par le test chi carré. Un ajustement a toutefois été effectué pour tenir compte du plan de sondage. Cela consistait à diviser la statistique par l'effet de plan médian correspondant à la variable d'analyse dans un tableau donné. Le seuil de signification statistique a été fixé à 1 % pour tous les tests. Les tableaux ont été produits par Santé Québec à l'aide du logiciel SAS. Si un test plus exact s'avérait nécessaire, il était effectué par le Bureau de la statistique du Québec, à l'aide du logiciel SUDAAN; on utilisait alors la correction de Satterthwaite pour le test chi carré (Rao et Scott, 1981).

Finalement, les tests d'égalité de deux proportions étaient d'abord effectués à partir de deux intervalles de confiance, un pour chaque paramètre concerné. La règle de décision s'articulait alors autour de l'absence de chevauchement entre ces intervalles. Lorsque des différences semblaient importantes, sans avoir été déclarées significatives par cette méthode, le BSQ établissait la comparaison en mesurant la précision associée aux proportions à l'étude.

Les intervalles de confiance ne sont toutefois pas indiqués dans ce rapport; le coefficient de variation a plutôt été choisi pour indiquer la précision des estimations. Le lecteur intéressé à calculer des intervalles de confiance pour des proportions tirées de cette enquête pourra toutefois utiliser des grilles conçues spécialement à cette fin et présentées en annexe. Il faut cependant noter que ces grilles ne s'appliquent qu'aux paramètres provinciaux.

1.3 Présentation des résultats

Les pourcentages ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale, dans les tableaux. En raison de l'arrondissement des proportions, la somme des proportions de certains tableaux peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %.

En général, seules les différences significatives au seuil de 1 % sont mentionnées dans le texte. Certaines différences non significatives peuvent à l'occasion être signalées si elles présentent un intérêt en matière de santé; elles sont alors exprimées sous le terme de «tendances». Il peut arriver que deux proportions qui semblent différentes ne le soient pas d'un point de vue statistique, à cause notamment du petit nombre d'individus sur lequel est basée l'estimation.

Quand des comparaisons sont effectuées entre les résultats de 1992-1993 et ceux de 1987 à partir d'un indice synthétique différent de celui qui a été publié dans le rapport de 1987, l'indice a été reproduit avec les données de 1987, selon les caractéristiques de l'indice de 1992-1993[1]. De plus, les données de 1987 ont été révisées à l'aide d'une poststratification qui tient compte non seulement de l'âge et du sexe, mais aussi de la région, comme cela a été fait pour la présente enquête, de sorte que les résultats publiés dans ce document peuvent différer de ceux du rapport de l'enquête Santé Québec 1987.

De nombreux tableaux précisent les effectifs de population correspondant aux résultats présentés. Ces effectifs peuvent correspondre directement au numérateur d'une proportion estimée et représenter le nombre d'individus touchés par le phénomène dans la population : l'abréviation «Pe» est alors inscrite, pour «population estimée». D'autres tableaux présentent plutôt le nombre d'individus dans la population à qui s'adresse la question (N).

1.4 Limites de l'enquête

L'Enquête sociale et de santé n'est pas à l'abri des limites propres à ce type d'enquête. Ainsi, malgré toutes les précautions prises pour assurer la qualité des données et minimiser les biais, il est impossible de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Les personnes interrogées peuvent être influencées, entre autres, par le phénomène de la désirabilité sociale, par la difficulté de se rappeler des événements passés ou d'évaluer le temps écoulé depuis un événement. Les renseignements portant sur les membres du ménage peuvent manquer de précision quand ils proviennent d'une tierce personne.

Une enquête transversale comme l'Enquête sociale et de santé permet de déceler des liens entre deux variables ainsi que des différences entre des sous-groupes de la population ou avec l'enquête Santé Québec 1987. Elle ne permet toutefois d'établir aucun lien de causalité entre les variables.

[1] Les utilisateurs de la banque de données qui voudraient comparer 1987 et 1992-1993 devraient se procurer la banque de 1987 remaniée à cet effet.

Il faut aussi interpréter avec prudence les résultats présentés dans ce rapport. Le recours à des analyses bivariées pour documenter les thèmes abordés par l'enquête ne permet pas le contrôle de facteurs exogènes qu'auraient rendu possible la standardisation ou l'analyse multivariée. Elles présentent néanmoins l'avantage de permettre une bonne description des données recueillies.

Cette enquête fait abstraction de quelque 2 % de la population vivant dans des logements collectifs, notamment des établissements de santé. Comme ces personnes présentent généralement un bilan plus lourd sur le plan sociosanitaire, il faut se garder d'appliquer les résultats de l'enquête à leur égard. Cette particularité de l'échantillon, fréquente dans ce genre d'enquêtes, peut sous-estimer légèrement la prévalence de certains problèmes de santé.

Il faut cependant souligner l'attention toute particulière qui a été prêtée aux procédures inférentielles utilisées dans l'Enquête sociale et de santé, afin que les résultats puissent être généralisés à l'ensemble de la population.

1.5 Références bibliographiques

BELLEROSE, C. (1992). *Manuel de référence à l'intention des intervieweur(e)s. Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Santé Québec, Montréal.

CAOUETTE, L.; COURTEMANCHE, R.; GODBOUT, M.; LAPOINTE, F. (1994). *Enquête sociale et de santé 1992-1993. Méthodes statistiques*, Bureau de la statistique du Québec, Québec.

CAOUETTE, L.; LAPOINTE, F. (1994). *Enquête sociale et de santé 1992-1993. Outils d'analyse*, Bureau de la statistique du Québec, Québec.

COURTEMANCHE, R.; JEAN, L. (1992). *Énumération des logements d'une unité primaire d'échantillonnage (UPE) de l'Enquête sociale et de santé. Instructions aux énumérateurs et aux coordonnateurs*, Bureau de la statistique du Québec, Québec.

PAMPALON, R.; GAUTHIER, D.; RAYMOND, G.; BEAUDRY, D. (1990). *La santé à la carte*, Les Publications du Québec, Gouvernement du Québec, Québec.

RAO, J.N.K.; SCOTT, A.J. (1981). "The analysis of categorical data from complex sample surveys : chi-squared tests for goodness of fit and independance in two-way tables", *Journal of the American Statistical Association*, vol. 76, no 374, pp 221-230.

SANTÉ QUÉBEC (1992). *Rôle et fonctions des coordonnatrices régionales. Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal.

SANTÉ QUÉBEC (1992). *Guide de formation à l'énumération à l'intention des coordonnatrices. Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal.

SHAH, B.V.; BARNWELL, B.G.; HUNT, P.N.; LAVANGE, L.M. (1992). *SUDAAN Version 6.0 : Professional Software for Survey Data Analysis for Multi-stage Sample Designs*, Research Triangle Institute, Caroline du Nord.

CHAPITRE

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

2

Serge Chevalier, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Costas Kapetanakis, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Geneviève Turcotte, Centre jeunesse de Montréal (CPEJ)

2.0 Introduction

L'importance des caractéristiques démographiques et socioéconomiques comme déterminants de l'état de santé et de bien-être n'est plus à démontrer. Leurs liens avec d'autres déterminants de la santé sont également de plus en plus mis en évidence. C'est pourquoi les analyses effectuées dans le présent rapport feront systématiquement état des relations observées entre ces caractéristiques et l'état de santé et de bien-être, ses déterminants et ses conséquences.

Le présent chapitre vise à familiariser le lecteur avec les principales caractéristiques de la population étudiée. Tour à tour, le sexe, l'âge, l'état matrimonial de fait, l'appartenance ethnoculturelle, la scolarité, le revenu des ménages, le statut d'activité et la catégorie professionnelle des personnes occupant un emploi y sont traités. La connaissance de ces caractéristiques et de leurs limites d'interprétation serviront à une meilleure compréhension des analyses présentées aux chapitres suivants.

L'accent est mis sur la définition et la description des caractéristiques mentionnées précédemment. Les éléments de définition portent surtout sur la présentation de la mesure utilisée, sa validité au regard de l'importance de la non-réponse partielle et sa comparabilité avec la mesure retenue lors de l'enquête Santé Québec 1987. Les éléments descriptifs présentent, quant à eux, la répartition de la population selon la caractéristique étudiée, et décrivent la structure par âge et sexe de la population classée dans chacune des catégories de la variable qui définit la caractéristique. Cette approche a été adoptée pour illustrer la façon dont l'âge et le sexe sont associés à chacune de ces caractéristiques, considérant que selon les objectifs de ce rapport, les analyses sont généralement bivariées et ne sont pas normalisées selon l'âge et le sexe. La description signale aussi, au besoin, les associations entre certaines caractéristiques. Les développements significatifs qui se sont produits depuis l'enquête Santé Québec 1987 sont également soulignés, le cas échéant.

2.1 Caractéristiques démographiques

2.1.1 Structure par âge et sexe

Définition

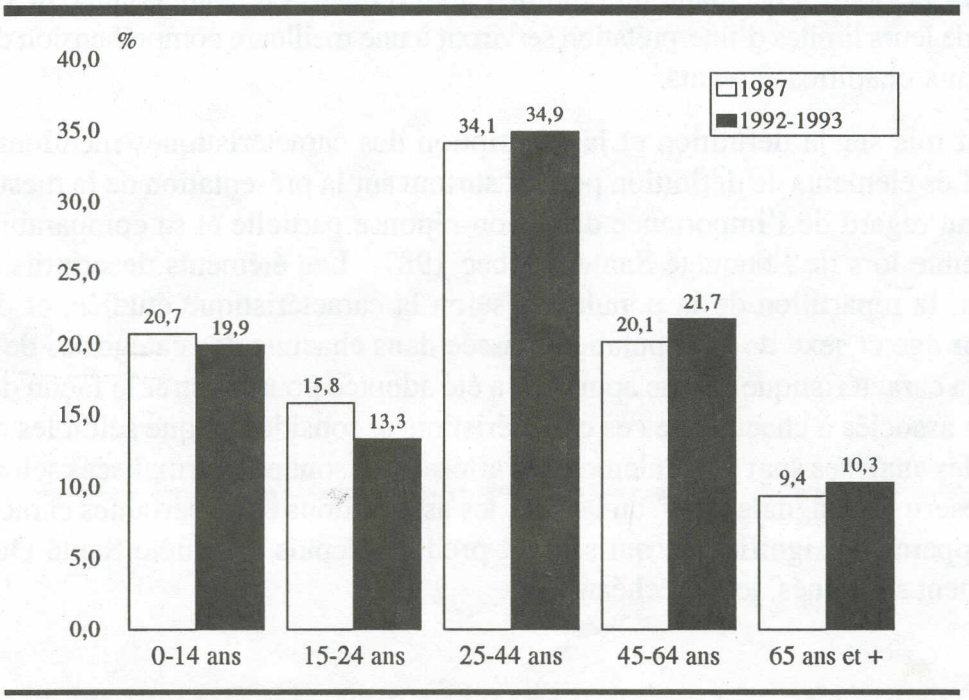
Les variables de sexe et d'âge sont tirées du questionnaire autoadministré (QAA173 et QAA174) ou de la Fiche d'identification (FI21, FI19 ou FI20), la priorité étant accordée au QAA en raison de la plus grande fiabilité de l'information autodéclarée. L'âge est déterminé à partir de la date de naissance de l'individu ou, à défaut de celle-ci, de l'âge déclaré. Afin qu'il n'y ait aucune valeur manquante, il a fallu établir un nombre marginal d'imputations (17) pour attribuer un âge à tous les répondants; la donnée sur le sexe ne présente aucune valeur manquante.

Description

La population visée par l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 représente plus de sept millions de Québécoises et de Québécois vivant en ménage privé. Le tableau 2.1 précise la distribution de cette population selon le sexe et les principaux groupes d'âge retenus pour l'analyse, et celle-ci correspond à la structure réelle de la population visée. Les personnes de 25-44 ans forment le groupe d'âge le plus nombreux, et la population se répartit à peu près également selon le sexe pour toutes les catégories d'âge, sauf celle des 65 ans et plus, où les femmes sont en plus grand nombre. Les résultats de l'enquête obtenus à partir du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) s'appliquent à l'ensemble de cette population, alors que ceux provenant du questionnaire autoadministré ne concernent que la population de 15 ans et plus.

Graphique 2.1

Population totale dans les ménages privés selon l'âge,
Québec 1987 et 1992-1993



Tout au long du rapport, des comparaisons seront effectuées avec les résultats de l'enquête Santé Québec 1987. Le graphique 2.1 montre que la population visée est légèrement plus vieille en 1992-1993 qu'en 1987. De plus, les femmes continuent de vivre plus longtemps que les hommes. Les personnes de 65 ans et plus devraient être le plus touchées par ce phénomène de vieillissement, et il se peut que certains indicateurs de santé en soient affectés.

Tableau 2.1

Effectifs de la population québécoise en ménage privé visée par l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 selon le sexe et l'âge

Sexe / Groupe d'âge	Effectifs	Population totale (QRI)	Population de 15 ans et plus (QAA)
		%	%
Hommes			
0-14 ans	720 797	20,6	---
15-24 ans	478 857	13,7	17,2
25-44 ans	1 240 611	35,4	44,6
45-64 ans	756 204	21,6	27,2
65 ans et plus	305 215	8,7	11,0
Total	**3 501 684**	**49,5**	**49,0**
Femmes			
0-14 ans	685 297	19,2	---
15-24 ans	462 555	12,9	16,0
25-44 ans	1 230 097	34,4	42,6
45-64 ans	776 179	21,7	26,9
65 ans et plus	421 355	11,8	14,6
Total	**3 575 483**	**50,5**	**51,0**
Sexes réunis			
0-14 ans	1 406 094	19,9	---
15-24 ans	941 412	13,3	16,6
25-44 ans	2 470 708	34,9	43,6
45-64 ans	1 532 383	21,7	27,0
65 ans et plus	726 570	10,3	12,8
Total	**7 077 167**	**100,0**	**100,0**

--- Ne s'applique pas.

2.1.2 État matrimonial de fait

Définition

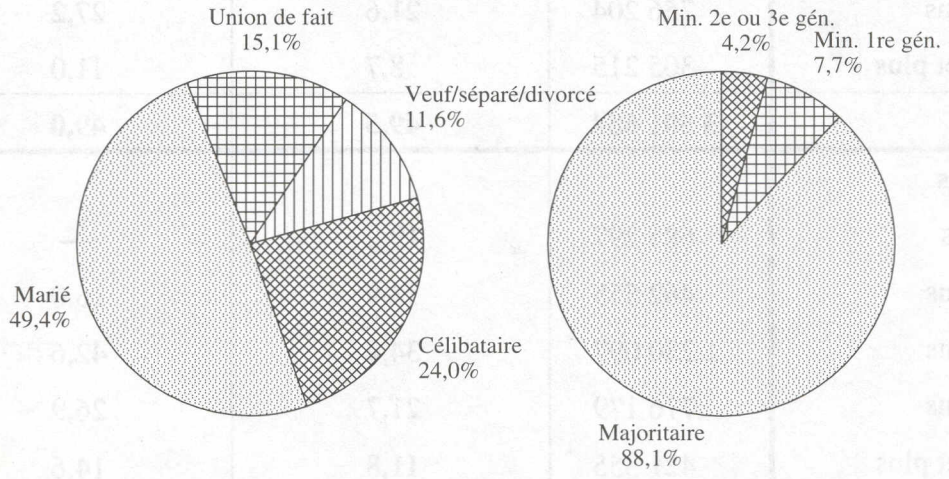
L'état matrimonial de fait est un nouvel indicateur établi expressément pour la présente enquête. Élaboré à partir des questions 106 et 180 du QAA, il rassemble les renseignements sur l'état matrimonial légal et la situation de fait. Les valeurs manquantes sont relativement peu nombreuses pour cette variable (2 %).

Description

Selon cet indicateur, près des deux tiers des Québécois de 15 ans et plus vivent avec un conjoint, soit 49 % dans le cadre d'un mariage légal et 15 % dans le cadre d'une union de fait; les personnes veuves, séparées ou divorcées, sans conjoint au moment de l'enquête, représentent 12 % de la population, et les célibataires sans conjoint, 24 % (graphique 2.2).

Graphique 2.2

Population de 15 ans et plus selon certaines caractéristiques démographiques, Québec 1992-1993



L'état matrimonial de fait est bien sûr associé à l'âge. La catégorie des célibataires est surtout composée de personnes jeunes, puisque plus de la moitié de ses effectifs (55 %) est âgée de 15-24 ans (tableau 2.2). Les personnes vivant en union de fait ont majoritairement entre 25 et 44 ans (68 %); les personnes mariées sont, dans l'ensemble, plus vieilles, car le groupe d'âge prédominant englobe non seulement les 25-44 ans (45 %), mais aussi les 45-64 ans (39 %). Près des trois quarts (73 %) des personnes veuves, séparées ou divorcées ont 45 ans et plus; en fait, les personnes séparées et divorcées ont un profil similaire à celui des personnes mariées, mais les personnes veuves sont plus âgées (données non présentées).

Alors que les personnes mariées ou vivant en union de fait se répartissent également selon le sexe, les célibataires comptent plus d'hommes que de femmes dans leur rang (55 % c. 45 %) et, à l'inverse, plus de femmes que d'hommes se retrouvent dans la catégorie des personnes veuves, séparées ou divorcées (71 % c. 29 %).

Tableau 2.2

État matrimonial de fait selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Célibataire %	Union de fait %	Marié %	Veuf, séparé ou divorcé %
Sexe				
Hommes	55,1	50,7	50,5	28,8
Femmes	44,9	49,3	49,5	71,2
Groupe d'âge				
15-24 ans	54,9	16,8	1,7	0,4**
25-44 ans	34,0	67,9	45,4	26,3
45-64 ans	7,7	13,1	38,8	36,5
65 ans et plus	3,4	2,1*	14,2	36,7
Total N	**1 327 694**	**834 692**	**2 734 229**	**641 423**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

2.1.3 Appartenance ethnoculturelle

Définition

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a recueilli de l'information permettant d'établir cinq indicateurs d'appartenance ethnoculturelle : la langue maternelle, la langue parlée à la maison, l'origine ethnique perçue, le lieu de naissance du répondant et celui de ses parents. À l'exception du lieu de naissance du répondant, tiré du QRI (QRI144), les renseignements obtenus sur l'appartenance ethnoculturelle proviennent du QAA (QAA175 à QAA179); dans l'ensemble, ces caractéristiques s'appliquent donc à la population de 15 ans et plus.

Chacun de ces indicateurs mesure une dimension particulière du concept d'ethnicité. Mais aucun d'eux ne permet à lui seul d'établir l'appartenance à une communauté culturelle, au sens où l'entend le ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles (MAIICC)[1]. Pour cette raison, on a élaboré un indice de groupe ethnoculturel qui tient compte de la langue maternelle du répondant, de son lieu de naissance et de celui de ses parents. Les répondants sont classés en trois groupes ethnoculturels distincts : «groupe majoritaire», «groupe minoritaire, deuxième ou troisième génération», et «groupe minoritaire, première génération».

Le groupe dit «majoritaire» réunit les personnes d'origine ou de descendance française, britannique ou autochtone au sens du MAIICC (c'est-à-dire, de langue maternelle française ou anglaise, nées au Canada, en France, au Royaume-Uni ou aux États-Unis, et dont au moins un des parents est né dans l'un ou l'autre de ces pays). La catégorie «minoritaire-première génération» regroupe les personnes nées à l'extérieur du pays, et dont les deux parents sont nés à l'étranger[2]. Le groupe «minoritaire-deuxième ou troisième génération» comprend l'ensemble des personnes de langue maternelle autre que le français et l'anglais, nées au Canada, ainsi que celles qui sont nées à l'étranger, mais dont au moins un des parents est né au Canada[3].

Le principal avantage de cet indice est de permettre la distinction entre les immigrants de première génération et ceux de deuxième génération ou plus. On émet l'hypothèse que cette distinction peut introduire certaines variations dans les habitudes de vie et le recours aux services; les immigrants de première génération seraient plus susceptibles de conserver les habitudes du pays d'origine, d'être isolés socialement, de méconnaître le fonctionnement du réseau des services sociaux et de santé, ou d'avoir une utilisation ou un recours différents à ces services. L'indice de groupe ethnoculturel ne trouve pas son équivalent dans l'enquête de 1987, mais un indice semblable a été utilisé dans d'autres enquêtes ou d'autres études de Santé Québec (Santé Québec, 1992).

Le taux de non-réponse partielle pour chacune de ces variables, de même que pour l'indice, ne dépasse pas 2 %. Seules les caractéristiques concernant la langue maternelle, la langue parlée et le groupe ethnoculturel sont présentées ici, puisqu'il s'agit des principales dimensions retenues.

Description

La population visée par l'enquête est en majorité de langue maternelle française (83 %) (tableau A.2.1). Toute proportion gardée, les personnes de langue maternelle anglaise sont moins nombreuses que celles de langue maternelle autre que le français ou l'anglais (8 % c. 10 %). Par ailleurs, environ huit personnes sur dix (83 %) déclarent parler le français à la maison; quant aux anglophones, ils sont proportionnellement plus nombreux que les allophones (10 % c. 7 %). Ces résultats se rapprochent sensiblement de ceux du recensement de 1991 (réponses uniques seulement), surtout quant à l'utilisation du français : il s'agit là d'un élément qui renforce la représentativité de l'échantillon choisi.

---

[1] Toute personne n'appartenant pas à l'un ou l'autre des peuples fondateurs ou à une nation autochtone fait partie d'une communauté culturelle.

[2] À l'exception des personnes de langue maternelle française ou anglaise nées en France, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

[3] Les composantes de l'indice sont décrites en détail dans le Cahier technique de l'enquête.

Globalement, environ neuf Québécois sur dix (88 %) appartiennent au groupe ethnoculturel majoritaire; les personnes formant le groupe «minoritaire-première génération» sont proportionnellement environ deux fois plus nombreuses que celles qui composent le groupe «minoritaire-deuxième ou troisième génération» (8 % c. 4 %) (graphique 2.2). Compte tenu de son importance, le groupe «majoritaire» présente une structure par âge presque identique à celle de l'ensemble de la population de 15 ans et plus visée par l'enquête (tableau 2.3). Quant à la population du groupe «minoritaire-deuxième ou troisième génération», elle est relativement plus jeune que celle du groupe «majoritaire»; à l'opposé, celle du groupe «minoritaire-première génération» est plus âgée que cette dernière. Une fois les deux groupes minoritaires réunis, comme c'est le cas aux chapitres suivants en raison des faibles effectifs en présence, la distinction selon l'âge s'estompe entre le groupe «majoritaire» et le groupe «minoritaire».

Tableau 2.3

Groupe ethnoculturel selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Groupe d'âge	Groupe ethnoculturel			
	Majoritaire	Minoritaire		
		2e ou 3e génération	1ère génération	Total
	%	%	%	%
15-24 ans	16,5	29,8	10,5	17,2
25-44 ans	43,9	36,2	45,8	42,4
45-64 ans	27,1	18,9	30,5	26,4
65 ans et plus	12,5	15,2	13,2	13,9
Total N	**4 896 081**	**230 369**	**429 654**	**660 023**

Il est intéressant de noter que l'origine ethnique perçue déclarée par les répondants confirme en quelque sorte leur classement à l'indice de groupe ethnoculturel. Ainsi, plus de neuf personnes du groupe majoritaire sur dix (93 %) se perçoivent comme étant d'origine ethnique française. Les immigrants de première génération, quant à eux, témoignent d'un attachement plus marqué à leur origine ethnique que ceux des générations subséquentes : près de deux tiers d'entre eux (65 %) s'identifient à leur origine ethnique comparativement au quart (27 %) de la population des générations suivantes (tableau A.2.2).

Au plan de la scolarité, les groupes minoritaires sont mieux classés que le groupe majoritaire, puisqu'ils sont davantage représentés dans les catégories de scolarité élevée (tableau A.2.3). Aucune différence significative n'est cependant décelée selon le niveau de revenu (données non présentées).

2.2 Caractéristiques socioéconomiques

2.2.1 Scolarité relative

Définition

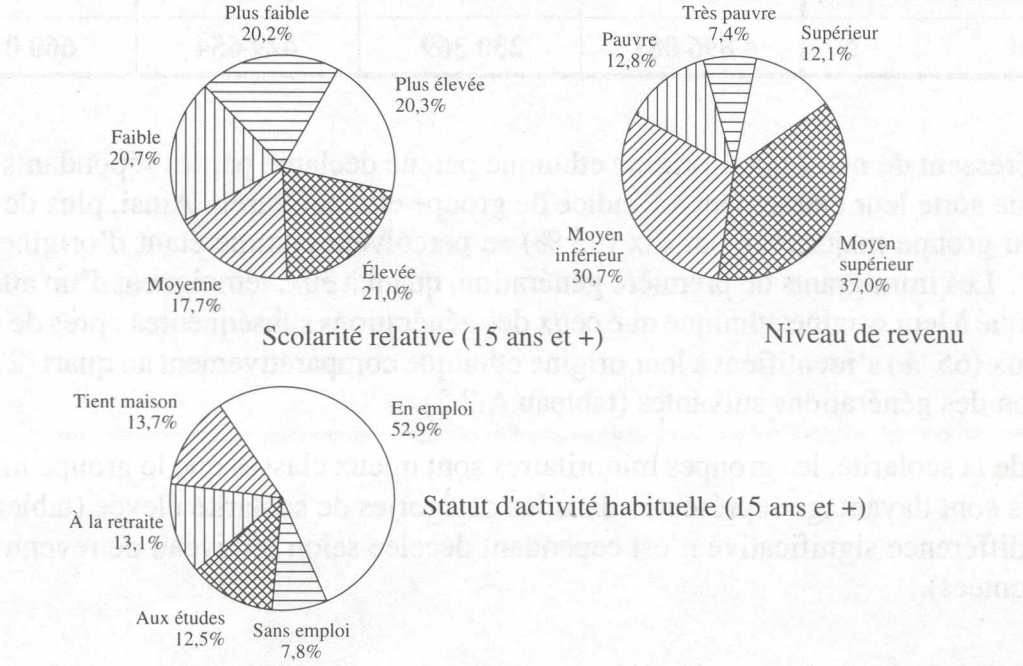
La scolarité relative est établie à partir de la question 184 du QAA portant sur le plus haut niveau de scolarité complété, et tient compte de l'âge et du sexe du répondant. Pour l'élaboration de cet indice, on classe d'abord les individus d'un même groupe d'âge et de sexe selon leur niveau de scolarité, puis on subdivise cette classification en quintiles; treize groupes d'âge sont utilisés à cette fin. Les individus appartenant au quintile inférieur de leur groupe se voient attribuer le quintile inférieur de l'indice de scolarité relative, et il en va de même pour les autres quintiles. La proportion des valeurs manquantes n'est que de 1 %. Les comparaisons avec les données de l'enquête de 1987 pour cette variable doivent tenir compte du fait que les bornes établissant les quintiles ont varié entre les deux enquêtes; celles de 1992-1993 sont, le plus souvent, supérieures à celles de 1987.

Description

Évidemment, parce que la scolarité relative est établie selon des quintiles, la population se répartit presque également entre ceux-ci, du moins dans l'ensemble (graphique 2.3). Il arrive cependant qu'il ne soit pas possible, pour certains groupes d'âge et sexe, de former des quintiles parfaits à partir de la distribution de la variable de scolarité, de sorte que les quintiles de scolarité relative en sont aussi affectés. C'est pourquoi, malgré tout, la scolarité relative varie quelque peu selon le sexe et l'âge.

Graphique 2.3

Population totale ou population de 15 ans et plus selon certaines caractéristiques socioéconomiques, Québec 1992-1993



Ainsi, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes aux niveaux de scolarité faible (53 % c. 47 %) et moyenne (55 % c. 45 %), mais elles sont moins nombreuses au niveau élevé (47 % c. 53 %) (tableau 2.4). Par ailleurs, le groupe d'âge des 25-44 ans est surreprésenté parmi les personnes dont la scolarité relative est considérée faible (46 %) ou élevée (47 %); il est en contrepartie proportionnellement sousreprésenté au niveau moyen de scolarité (39 %). À l'inverse, les personnes de 45-64 ans sont surreprésentées à ce niveau moyen de scolarité (32 %) et sousreprésentées aux niveaux faible (24 %) et élevé (25 %).

Tableau 2.4

Scolarité relative selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Scolarité relative				
	Plus faible	Faible	Moyenne	Élevée	Plus élevée
	%	%	%	%	%
Sexe					
Hommes	49,2	46,8	45,4	52,7	50,7
Femmes	50,9	53,2	54,6	47,3	49,3
Groupe d'âge					
15-24 ans	16,5	17,0	15,7	16,6	16,8
25-44 ans	43,5	45,8	38,8	46,6	43,3
45-64 ans	27,6	24,3	31,7	25,3	27,1
65 ans et plus	12,5	12,9	13,8	11,5	12,7
Total N	**1 134 627**	**1 159 206**	**994 562**	**1 177 611**	**1 139 801**

2.2.2 Niveau de revenu

Définition

Les renseignements sur le revenu sont parmi les plus difficiles à obtenir dans le cadre d'une enquête (Aday, 1989; Sudman et Bradburn, 1987), mais n'en demeurent pas moins intéressants dans la mesure où ils sont associés à la santé et au bien-être (Feinstein,1993; Paquet, 1989; Wilkins, *et al.*, 1989).

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 attribue à chaque ménage un indicateur de niveau de revenu basé sur trois éléments : le revenu total du ménage (QRI161), le nombre de personnes

composant le ménage ainsi que les seuils de faible revenu[1] fixés par Statistique Canada (1992) selon la taille des ménages. Tous les membres d'un même ménage se voient attribuer le même niveau de revenu. Les catégories de revenu sont définies à l'aide d'une matrice présentée au schéma A.2.1.

Cet indicateur diffère de celui de l'enquête Santé Québec 1987, la formulation de la question sur le revenu du ménage ayant été modifiée entre les deux enquêtes afin d'améliorer le taux de réponse. La question retenue en 1992-1993 s'inspire de celle de l'enquête Promotion de la santé Canada 1990 (Santé et Bien-être social Canada, 1993). Son avantage réside dans sa formulation graduelle, qui permet au répondant de fournir une information selon le niveau de précision de son choix. Le taux de non-réponse de cette question est effectivement bas, soit 6 %. Cependant, l'élaboration de l'indice du niveau de revenu exige de connaître de façon assez précise le revenu du ménage. Or, dans 29 % des cas, ce dernier est trop imprécis pour qu'une valeur puisse être attribuée à l'indice. Une procédure d'imputation a donc été mise au point par le Bureau de la statistique du Québec, afin que l'indice ne présente aucune valeur manquante; la procédure est décrite dans le Cahier technique de l'enquête.

Tableau 2.5

Niveau de revenu selon le sexe ou l'âge,
population totale, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Niveau de revenu				
	Très pauvre	Pauvre	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
	%	%	%	%	%
Sexe					
Hommes	42,7	46,2	49,6	51,2	51,7
Femmes	57,3	53,9	50,4	48,9	48,3
Groupe d'âge					
0-14 ans	18,5	23,6	22,3	18,2	15,7
15-24 ans	15,7	13,7	13,6	12,6	12,6
25-44 ans	28,0	29,1	33,6	39,1	36,1
45-64 ans	21,7	16,2	18,3	23,8	29,5
65 ans et plus	16,0	17,4	12,3	6,3	6,1*
Total N	**525 291**	**906 302**	**2 172 519**	**2 620 070**	**852 986**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

[1] Les seuils de faible revenu représentent les sommes d'argent nécessaires aux dépenses dites de subsistance; il est généralement admis que de tels seuils sont plutôt conservateurs (Ross et Shillington, 1989).

Description

Selon l'enquête, un Québécois sur cinq fait partie d'un ménage dont le niveau de revenu est considéré très pauvre (7 %) ou pauvre (13 %), alors que près du tiers de la population (31 %) a un niveau de revenu plutôt modeste, qualifié de moyen inférieur (graphique 2.3). Une personne sur deux (49 %) fait partie d'un ménage dont le revenu est jugé suffisant, soit de niveau moyen supérieur (37 %) ou supérieur (12 %).

Le niveau de revenu varie selon le sexe et l'âge (tableau 2.5). On retrouve une proportion plus importante de femmes que d'hommes dans les niveaux de revenu très pauvre (57 % c. 43 %) et pauvre (54 % c. 46 %), tandis que les deux niveaux supérieurs comptent davantage d'hommes que de femmes (51 % c. 49 % et 52 % c. 48 %). De plus, on dénombre une plus grande proportion de jeunes et de personnes âgées dans les trois catégories inférieures de revenu; le groupe d'âge dont il s'agit chez les jeunes est celui des 15-24 ans pour le niveau de revenu très pauvre (16 %) et des 0-14 ans pour les niveaux pauvre (24 %) et moyen inférieur (22 %).

Le niveau de revenu est associé à la scolarité relative, les personnes classées dans les niveaux supérieurs ayant une scolarité relative plus élevée. Il est quand même important de souligner que les catégories de revenu «très pauvre», «pauvre» et «moyen inférieur» comportent des proportions non négligeables de personnes ayant une scolarité élevée ou plus élevée (24 %, 26 %, 33 %) (tableau A.2.4).

2.2.3 Statut d'activité

Définition

Tout comme en 1987, la présente enquête a recueilli des renseignements sur l'activité principale des membres du ménage au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. De plus, dans le but d'éliminer les ambiguïtés relatives aux statuts temporaires (étudiants en vacances ou travailleurs en congé de maladie), l'enquête de 1992-1993 a introduit la notion d'activité habituelle, c'est-à dire l'activité principale se rapportant à la période des 12 mois ayant précédé l'enquête. Ces deux questions figurent au tout début du QRI.

Le statut d'activité habituelle classe la population selon cinq catégories. La catégorie «en emploi» regroupe les personnes ayant travaillé à plein temps ou à temps partiel, ainsi que les travailleurs saisonniers ou ceux en grève au cours de la période de référence. Les trois catégories suivantes, soit «aux études», «à la retraite» et «tient maison», figurent telles quelles dans l'énoncé de la question. Outre les chômeurs et les bénéficiaires d'aide sociale, la catégorie «sans emploi» englobe enfin les personnes qui ont déclaré être en vacances ou inactives pour cause de maladie, de maternité ou pour d'autres motifs non précisés.

La définition des statuts «en emploi» et «sans emploi» au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête est légèrement modifiée par rapport à celle utilisée pour décrire l'activité habituelle. La catégorie «en emploi» regroupe encore les personnes ayant déclaré avoir travaillé à temps complet ou à temps partiel et celles qui étaient en grève, mais inclut aussi celles qui affirment occuper un emploi mais ne pas avoir travaillé au cours de cette période pour cause de maladie, de maternité ou de vacances; ces dernières ne figurent donc plus dans la catégorie des «sans emploi».

Le taux de non-réponse partielle est quasi nul pour chacune de ces questions (0,02 % et 0,01 %). Comme les personnes de moins de 15 ans ont en principe un statut homogène, les résultats présentés ne portent que sur la population de 15 ans et plus.

Description

Plus de la moitié (53 %) des Québécois de 15 ans et plus déclarent avoir travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (graphique 2.3). Les étudiants, les personnes à la retraite ou qui tiennent maison y sont représentées dans des proportions semblables (13 %, 13 % et 14 % respectivement).

Tableau 2.6

Statut d'activité au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Statut d'activité habituelle				
	En emploi	Aux études	Tient maison	À la retraite	Sans emploi
	%	%	%	%	%
Sexe					
Hommes	57,8	49,8	1,3*	53,6	64,5
Femmes	42,2	50,2	98,7	46,5	35,5
Groupe d'âge					
15-24 ans	9,0	83,4	3,8	0,0**	11,9
25-44 ans	60,6	15,2	39,0	0,4**	53,8
45-64 ans	29,6	1,2*	40,8	23,4	32,9
65 ans et plus	0,9	0,2**	16,4	76,2	1,4**
Total N	**3 007 568**	**707 469**	**774 893**	**739 686**	**440 648**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Les personnes ayant un emploi, majoritairement des hommes (58 %), sont surtout âgées de 25 à 44 ans (61 %) et, dans une moindre mesure, de 45 à 64 ans (30 %) (tableau 2.6). Les étudiants, quant à eux, forment une population particulièrement jeune, 83 % d'entre eux étant

âgés de 15 à 24 ans, tandis que les personnes qui tiennent maison, presque exclusivement des femmes (99 %), se retrouvent en proportion presque égale chez les 25-44 ans (39 %) et les 45-64 ans (41 %). Les trois quarts (76 %) de la population à la retraite, composée d'hommes dans une proportion de 54 %, est âgée de 65 ans et plus. Enfin, la catégorie des «sans emploi», principalement des hommes (65 %), comprend surtout des personnes de 25-44 ans (54 %) et de 45-64 ans (33 %).

Les données sur le statut d'activité au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête indiquent qu'au moins une personne sur deux (52 %) occupait un emploi au cours de cette période de référence : cette proportion est à peine inférieure à celle de l'enquête Santé Québec 1987 (53 %) (tableau 2.7). Par contre, la proportion de personnes ayant déclaré tenir maison a diminué au cours de la même période, passant de 18 % à 14 % entre les deux enquêtes, tandis qu'augmentaient les proportions des «sans emploi» (8 % c. 12 %) et des personnes à la retraite (11 % c. 13 %).

Enfin, la répartition de la population selon l'occupation au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, et l'âge ou le sexe, est semblable à celle liée au statut d'activité habituelle, sauf dans le cas des sans-emploi. Ces derniers semblent[1] comprendre une proportion plus élevée de jeunes de 15-24 ans et une proportion moins importante de gens de 25-44 ans et de 45-64 ans (tableau A.2.5).

Tableau 2.7

Statut d'activité au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Statut d'activité	1987	1992-1993	
	%	%	Pe
En emploi	52,9	51,5	2 917 969
Aux études	9,9	9,6	545 703
Tient maison	17,8	13,9	787 139
À la retraite	11,0	13,1	744 793
Sans emploi	8,4	11,9	674 633

[1] Les tests statistiques adoptés pour cette enquête ne permettent pas de vérifier ce type de différence, qui consiste à comparer deux distributions non indépendantes.

2.2.4 Catégorie professionnelle

Définition

C'est le genre d'emploi occupé par un individu qui sert ici à déterminer sa catégorie professionnelle. Cette information provient de la question 150 du QRI et ne concerne que les personnes de 15 ans et plus occupant un emploi au moment de l'enquête. La «Classification canadienne des professions» (CCDP) de 1981 a été utilisée pour la codification du genre d'emploi; ces codes ont ensuite été regroupés à l'aide de la «Classification socioéconomique des occupations du recensement de 1981» de Pineo (1985). La proportion de valeurs manquantes est pour ainsi dire nulle (0,2 %).

Description

Environ le tiers (34 %) des travailleurs québécois occupent des emplois de bureau, de commerce et de service, et environ le quart de la main d'oeuvre (23 %) travaille en tant que contremaître ou ouvrier qualifié (tableau 2.8). Par rapport à l'enquête de 1987, la présente enquête indique une diminution de l'importance de la principale catégorie professionnelle, soit celle formée des employés de bureau, de commerce et de service (40 % c. 34 %), au profit des autres catégories d'emploi, en particulier celle des contremaîtres et ouvriers qualifiés, dont la part relative est passée de 20 % à 23 %.

Tableau 2.8

Catégorie professionnelle, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1987 et 1992-1993

Catégorie professionnelle	1987	1992-1993
	%	%
Professionnel et cadre supérieur	11,7	13,1
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	16,8	16,2
Employé de bureau, de commerce, de service	40,3	34,3
Contremaître et ouvrier qualifié	19,8	23,3
Ouvrier non qualifié et manoeuvre	11,4	13,1

L'appartenance à une catégorie professionnelle varie selon le sexe (tableau 2.9). Dans la catégorie «employé de bureau, de commerce et de service», regroupant surtout les emplois de secrétaires, de commis, de vendeurs et ceux du domaine de la préparation et du service des aliments ou de l'entretien ménager, les femmes sont fortement représentées (66 %). En contrepartie, elles sont nettement sousreprésentées tant dans les emplois de «contremaître et d'ouvrier qualifié» (19 %) que dans les emplois d'«ouvrier non qualifié» (22 %). On notera

que la catégorie «professionnel et cadre supérieur», qui englobe les enseignants, ainsi que celle des «cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens», comprennent une proportion plus importante d'hommes que de femmes, bien que l'écart entre les sexes soit ici moins marqué.

Tableau 2.9

Catégorie professionnelle selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Catégorie professionnelle				
	Professionnel et cadre supérieur	Cadre intermédiaire, semi-prof. et technicien	Employé de bureau, de commerce et de service	Contremaître et ouvrier qualifié	Ouvrier non qualifié et manoeuvre
	%	%	%	%	%
Sexe					
Hommes	53,9	53,1	34,1	81,3	78,3
Femmes	46,1	46,9	65,9	18,7	21,7
Groupe d'âge					
15-24 ans	4,2	7,3	16,1	9,9	19,9
25-44 ans	63,3	64,2	56,8	58,7	52,1
45-64 ans	31,3	27,7	26,1	30,8	27,3
65 ans et plus	1,2**	0,9**	1,0*	0,6**	0,7**
Total N	**396 102**	**491 813**	**1 037 848**	**706 345**	**395 329**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

La répartition des personnes occupant un emploi selon la catégorie professionnelle varie également en fonction de l'âge. Ainsi, bien que dans toutes les catégories professionnelles plus de la moitié de la population occupée soit âgée entre 25 et 44 ans, les proportions les plus élevées des personnes de ce groupe d'âge se retrouvent chez les «professionnels et cadres supérieurs» de même que chez les «cadres intermédiaires, semi-professionnels et techniciens» (63 % et 64 %). Le deuxième groupe d'âge en importance est celui de 45-64 ans, qui regroupe plus du quart de la main-d'oeuvre occupant un emploi, quelle que soit la catégorie professionnelle. Enfin, une bonne partie des employés de bureau, de commerce et de service (16 %) et d'ouvriers non spécialisés (20 %) sont âgés de 15 à 24 ans.

2.3 Conclusion

Ce chapitre a permis de décrire la population visée par l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques. En voici un bref rappel.

Aux fins d'analyse, cette population est subdivisée selon les groupes d'âge suivants : 0-14 ans (21 %), 15-24 ans (14 %), 25-44 ans (35 %), 45-64 ans (22 %), et 65 ans et plus (9 %). La population visée est de langue maternelle française dans une proportion de 83 %. Près des deux tiers de la population de 15 ans et plus vit avec un conjoint, tandis que les célibataires sans conjoint représentent 24 % des effectifs, et les personnes veuves, séparées ou divorcées, sans conjoint au moment de l'enquête, 12 %.

Selon l'enquête, un Québécois sur cinq se situe dans les catégories de revenu pauvre ou très pauvre, et près du tiers de la population a un revenu plutôt modeste. Environ une personne sur deux vit dans un ménage bénéficiant d'un revenu jugé suffisant et pour 25 % d'entre eux, ce niveau de revenu est qualifié comme supérieur. Plus de la moitié des Québécois de 15 ans et plus déclarent avoir travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Les étudiants, les personnes qui tiennent maison ou qui sont à la retraite représentent chacun un peu plus de 10 % des effectifs. La proportion de personnes sans emploi ou ayant un autre statut est inférieure à 10 %. Les Québécoises et Québécois qui occupent un emploi au moment de l'enquête ont été classés comme employés de bureau, de commerce ou de service (34 %), ouvriers qualifiés ou contremaîtres (24 %), cadres intermédiaires, semi-professionnels ou techniciens (16 %), ouvriers non qualifiés ou manoeuvres (13 %) et professionnels ou cadres supérieurs (13 %).

La scolarité est aussi un déterminant de la santé et du bien-être, mais Santé Québec utilise un indicateur de scolarité relative qui tient compte de l'âge et du sexe, et qui répartit la population en quintiles. Santé Québec tente également de tenir compte de la composition ethnoculturelle de la population. L'indice conçu à cette fin permet d'estimer à 12 % la proportion de la population visée par l'enquête dont les origines ou la langue sont autres que françaises ou anglaises.

Ces caractéristiques démographiques et socioéconomiques sont utilisées dans les chapitres suivants comme déterminants des aspects de la santé et du bien-être. Cependant, elles ne sont pas indépendantes les unes des autres; les facteurs d'âge et de sexe, entre autres, sont associés à chacune de ces variables; c'est ce qu'a tenté de présenter ce chapitre.

2.4 Références bibliographiques

ADAY, L.A. (1989). *Designing and conducting health surveys*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 398p.

FEINSTEIN, J.S. (1993). "The relationship between socioeconomic status and health : A review of the literature", *The Milbank Quarterly*, vol. 71, no 2, pp 279-322.

PAQUET, G. (1989). *Santé et inégalités sociales. Un problème de distance culturelle*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, 122p.

PINEO, P.C. (1984). *Revisions of the Pineo-Porter-MacRoberts Socioeconomic Classification of Occupations for the 1981 Census. QSEP Research Report No 125. Program for Quantitative Studies in Economics and Population*, Faculty of Social Sciences, MacMaster University, Hamilton, Ontario.

ROSS, D.P.; SHILLINGTON, R. (1989). *Données de base sur la pauvreté au Canada. 1989*, Conseil canadien de développement social, Ottawa, 118p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1993). *Enquête Promotion de la santé Canada 1990. Rapport technique*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

SANTÉ QUÉBEC (1992). *Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au SIDA et aux autres MTS : la population des 15-29 ans,* Montréal.

STATISTIQUE CANADA (1992). *Dictionnaire du recensement de 1991*, Statistique Canada, Ottawa, 386p.

SUDMAN, S.; BRADBURN, N.M. (1987). *Asking Questions. A Practical Guide to Questionnaire Design*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 397p.

WILKINS, R.; ADAMS, O.; BRANCKER, A. (1989). «Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986», *Rapports sur la santé*, vol. 1, no 2, pp 137-174.

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A.2.1

Langue maternelle et langue parlée à la maison, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993 et recensement canadien de 1991

Langue	Langue maternelle		Langue parlée à la maison	
	1991[1]	1992-1993	1991[2]	1992-1993
	%	%	%	%
Français	83,3	82,5	83,9	83,4
Anglais	9,0	7,5	10,7	9,9
Autre	7,7	10,0	5,4	6,8
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

[1] Source : Statistique Canada, Recensement 1991, Catalogue 95-325, réponses uniques.

[2] Source : Statistique Canada, Recensement 1991, Catalogue 95-326, réponses uniques.

Tableau A.2.2

Groupe ethnoculturel selon l'origine ethnique perçue, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Origine ethnique perçue	Groupe ethnoculturel		
	Majoritaire	Minoritaire	
		2e ou 3e génération	1ère génération
	%	%	%
Canadienne ou Québécoise française	93,1	40,5	15,8
Canadienne ou Québécoise anglaise	6,0	32,2	19,5
Autre	0,9	27,3	64,7
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tableau A.2.3

Groupe ethnoculturel selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Scolarité relative	Groupe ethnoculturel			
	Majoritaire	Minoritaire		
		2e ou 3e génération	1ère génération	Total
	%	%	%	%
Plus faible	20,5	12,3	19,3	16,9
Faible	21,1	20,4	15,8	17,4
Moyenne	18,1	20,0	13,5	15,8
Élevée	21,0	19,3	22,3	21,3
Plus élevée	19,3	27,9	29,2	28,8
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tableau A.2.4

Niveau de revenu selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Scolarité relative	Niveau de revenu				
	Très pauvre	Pauvre	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
	%	%	%	%	%
Plus faible	38,0	32,3	24,1	14,5	7,5
Faible	21,6	25,3	24,4	19,3	11,5
Moyenne	16,0	16,6	18,3	18,8	15,3
Élevée	12,9	16,2	18,7	25,0	23,2
Plus élevée	11,5	9,6	14,4	22,5	42,5
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Tableau A.2.5

Statut d'activité au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Statut d'activité				
	En emploi	Aux études	Tient maison	À la retraite	Sans emploi
	%	%	%	%	%
Sexe					
Hommes	57,2	51,1	1,6	53,6	62,3
Femmes	42,8	48,9	98,4	46,4	37,7
Groupe d'âge					
15-24 ans	10,3	81,6	4,0	0,0**	24,3
25-44 ans	60,0	16,5	39,3	0,4**	47,1
45-64 ans	28,9	1,8*	40,3	23,8	27,4
65 ans et plus	0,9	0,1**	16,3	75,8	1,2*
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Schéma A.2.1

Élaboration de l'indice portant sur le niveau de revenu du ménage, Enquête sociale et de santé 1992-1993

Revenu du ménage[1]	Taille du ménage		
	1-2 personnes	3-4 personnes	≥ 5 personnes
Aucun revenu	très pauvre	très pauvre	très pauvre
Rev. < 10 000 $	très pauvre	très pauvre	très pauvre
10 000 $ ≤ Rev. < 20 000 $	---	pauvre	---
10 000 $ ≤ Rev. < 15 000 $	pauvre	pauvre	très pauvre
15 000 $ ≤ Rev. < 20 000 $	moyen inférieur	pauvre	pauvre
20 000 $ ≤ Rev. < 40 000 $	---	moyen inférieur	---
20 000 $ ≤ Rev. < 30 000 $	moyen inférieur	moyen inférieur	pauvre
30 000 $ ≤ Rev. < 40 000 $	moyen supérieur	moyen inférieur	moyen inférieur
40 000 $ ≤ Rev. < 60 000 $	moyen supérieur	moyen supérieur	moyen inférieur
60 000 $ ≤ Rev. < 80 000 $	supérieur	moyen supérieur	moyen supérieur
80 000 $ ≤ Rev. < 100 000 $	supérieur	supérieur	supérieur
Rev. ≥ 100 000 $	supérieur	supérieur	supérieur

[1] Revenu global (brut) du ménage provenant de toutes sources, avant impôts et déductions, pour l'année 1992.

--- Les sujets qui se retrouvaient dans ces cases ont été reclassifiés ailleurs.

PARTIE 1

CERTAINS DÉTERMINANTS

Consommation d'alcool
Consommation de drogues
Usage de la cigarette
Poids corporel
Activité physique de loisir
Milieu social
Autonomie décisionnelle au travail
Certains comportements de santé propres aux femmes

CHAPITRE

CONSOMMATION D'ALCOOL

3

Serge Chevalier, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

3.0 Introduction

La consommation d'alcool, tant au point de vue de la quantité consommée que de la manière de consommer, figure parmi les déterminants de la santé. Elle est associée à un risque accru d'accidents et de traumatismes, plus particulièrement d'accidents routiers (Munoz-Perez et Nizard, 1991; Sales *et al.*, 1989). Consommé de façon excessive, sur une base occasionnelle ou chronique, l'alcool augmente la probabilité de développer non seulement des problèmes généraux de santé, mais aussi des problèmes plus particuliers pouvant affecter l'un ou l'autre des systèmes circulatoire, respiratoire, digestif ou nerveux central (Munoz-Perez et Nizard, 1991; Sales *et al.*, 1989). Il est également reconnu que l'usage abusif d'alcool est associé à certains problèmes sociaux tels la négligence ou la violence familiale (Landry *et al.*, 1994; Robbins, 1989; Shepherd *et al.*, 1989). Le lecteur intéressé par la consommation abusive consultera le chapitre du second volume du présent rapport consacré à ce sujet.

Les enquêtes représentent un véhicule avantageux pour évaluer la consommation d'alcool au sein de la population. Elles permettent d'obtenir des renseignements directement des individus sur leurs habitudes et comportements en la matière, ce que ne peuvent traduire évidemment les données relatives au volume des ventes, souvent utilisées comme autre source d'information. Ces dernières, en effet, n'indiquent pas si l'alcool a été consommé ou non, ni par qui ou comment; elles ne tiennent pas compte non plus des importations des particuliers ou de la contrebande.

Dans le prolongement de l'enquête Santé Québec 1987, la présente enquête permet aussi de suivre l'évolution de la consommation d'alcool au regard d'un objectif particulier de la Politique de la santé et du bien-être du Québec, qui vise à réduire de 15 % la consommation d'alcool d'ici l'an 2002 (MSSS, 1992).

3.1 Aspects méthodologiques

La consommation d'alcool est décrite selon les trois aspects habituellement utilisés dans les enquêtes auprès de la population : les types de buveurs, la quantité hebdomadaire d'alcool consommé et la fréquence de consommation élevée. À l'instar de l'enquête

Santé Québec 1987, trois types de buveurs sont examinés (QAA21 et QAA22) : les non-buveurs ou les abstinents, c'est-à-dire les personnes qui n'ont jamais consommé d'alcool; les anciens buveurs, soit ceux qui n'en ont pas consommé pendant l'année ayant précédé la collecte des données; les buveurs actuels, soit les personnes qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours de l'année ayant précédé l'enquête. La quantité hebdomadaire d'alcool consommé est étudiée, pour les buveurs actuels seulement, selon le nombre de consommations déclaré pour les sept jours ayant précédé l'entrevue (QAA31). Le questionnaire définit une consommation comme suit : une bouteille de bière de douze onces, un verre de vin de quatre ou cinq onces ou un verre de spiritueux d'une once à une once et demie; on indique au répondant que la bière titrée à 0,5 % d'alcool est à exclure du calcul des consommations. La fréquence de consommation élevée est mesurée, chez les buveurs actuels, à partir de deux indicateurs, soit le nombre de fois, durant l'année ayant précédé la collecte des données, où la consommation d'alcool en une occasion a été égale ou supérieure à cinq consommations (QAA25), et le nombre de fois, au cours de la même période, où une personne estime s'être enivrée (QAA27).

Les questions sont posées à l'aide du questionnaire autoadministré et apparaissent au début, après deux courtes sections. La plupart proviennent de l'enquête Santé Québec 1987, tandis que certaines sont tirées de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (Statistique Canada, 1988); une seule question (QAA27) provient d'une autre source (Midanik et Hines, 1991). Par rapport à l'enquête de 1987, la présente enquête comporte deux différences. La section portant sur la fréquence de consommation élevée constitue un ajout. Par ailleurs, la présentation de la question portant sur le nombre de consommations pendant la semaine ayant précédé l'enquête a été modifiée (QAA31). Couramment utilisée, cette nouvelle version est réputée donner des informations valides, bien qu'elle fournisse des estimations légèrement inférieures à celles obtenues par les méthodes dites de quantité-fréquence. Les résultats sont cependant fortement corrélés avec ceux de plusieurs autres méthodes de collecte (Giovannucci *et al.*, 1991; Russel *et al.*, 1991; Corti *et al.*, 1990; Midanik, 1989; Midanik *et al.*, 1989). Malgré les modifications apportées au questionnaire, les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 demeurent dans l'ensemble comparables à ceux de l'enquête Santé Québec 1987. La méthode de calcul de la présente enquête a été appliquée aux données de 1987.

Les questions portant sur les types de buveurs sont utilisées dans les enquêtes québécoises et canadiennes depuis l'Enquête Santé Canada 1978-1979 (Statistique Canada *et al.*, 1981). Aucun problème de validité ou de fiabilité n'a été relevé dans la documentation. Il en est de même pour les questions relatives à la fréquence de consommation élevée. Les questions servant à établir la quantité hebdomadaire d'alcool consommé semblent particulièrement fiables pour les populations en général, particulièrement pour les personnes qui consomment peu (Webb *et al.*, 1991). Par contre, la fiabilité serait moindre pour les personnes dont la consommation est très élevée (Webb *et al.*, 1991; Seppä *et al.*, 1990). Dans l'ensemble, il reste que les déclarations peuvent sous-estimer la consommation réelle, une partie de la sous-déclaration étant attribuable à la difficulté de se remémorer la fréquence d'un comportement (Burton et Blair, 1991; Presser, 1984).

D'autres limites à l'utilisation des données de consommation de ce chapitre méritent également d'être soulignées. À partir de ces données, il n'est pas possible d'établir un taux d'alcoolisme ou de consommation à risque au sein de la population. La mesure de la quantité d'alcool consommé porte sur une période d'une semaine seulement. Il est généralement reconnu qu'une partie des grands consommateurs refusent de participer soit à l'enquête comme telle, soit aux questions particulières concernant la consommation d'alcool (Chevalier *et al.*, 1994; Seppä *et al.*, 1990). Enfin, il faut rappeler que le questionnaire autoadministré ne s'adresse qu'aux personnes de 15 ans et plus, alors qu'une partie de la population commence à consommer de l'alcool avant cet âge. Malgré ces mises en garde, qui s'appliquent d'ailleurs à la plupart des enquêtes traitant de la consommation d'alcool, les résultats obtenus demeurent adéquats pour décrire la consommation d'alcool de la population québécoise de 15 ans et plus.

Le taux de non-réponse partielle aux questions reliées à la consommation d'alcool est inférieur à 5 %, sauf en ce qui concerne la question (QAA27) qui porte sur l'enivrement (5,4 %) (tableau A.3.1). Pour les deux sexes, le pourcentage de non-réponse à cette question augmente avec l'âge et atteint 8 % chez les personnes de 45-64 ans, et 15 % chez les 65 ans et plus. Par ailleurs, plus la scolarité est faible, plus le taux de non-réponse est élevé.

Le texte qui suit présente le profil de consommation d'alcool de la population québécoise de 15 ans et plus. Chacun des trois aspects retenus, soit les types de buveurs, la quantité hebdomadaire d'alcool consommé et la fréquence de consommation élevée, est étudié en fonction de l'âge, du sexe et du niveau de revenu.

3.2 Résultats

3.2.1 Types de buveurs

Quatre Québécois sur cinq (79 %) déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (tableau 3.1). La proportion de buveurs actuels varie en fonction du sexe et de l'âge. Elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (84 % c. 75 %). Les plus hauts pourcentages de buveurs s'observent parmi les personnes de 15-24 ans et de 25-44 ans (83 % et 88 %), tant chez les hommes que chez les femmes. De plus, les proportions ne présentent pas d'écarts significatifs entre les hommes et les femmes de ces groupes d'âge. Par contre, les buveurs actuels sont proportionnellement plus nombreux chez les hommes que chez les femmes, dans les groupes de 45-64 ans et de 65 ans et plus.

Environ deux fois plus de femmes (20 %) que d'hommes (10 %) n'ont jamais consommé d'alcool. Dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 15-24 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à n'avoir jamais bu. Il n'est pas surprenant de constater que les personnes de 25-44 ans présentent la plus faible proportion de non-buveurs, autant chez les hommes que chez les femmes.

La proportion d'anciens buveurs est un peu plus élevée chez les hommes (7 %) que chez les femmes (5 %). Elle augmente avec l'âge chez les hommes, passant de 2 % à 15 % entre

15-24 ans et 65 ans et plus, mais l'écart entre les 45-64 ans et les 65 ans et plus n'est pas significatif. Parmi les femmes, les données recueillies ne permettent pas d'observer de différence selon l'âge. L'enquête ne décèle pas de différence non plus entre ces résultats et ceux de l'enquête Santé Québec 1987 (graphique 3.1).

Tableau 3.1

Types de buveurs selon le sexe et l'âge,
population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Types de buveurs			
	Jamais bu	Ancien buveur	Buveur actuel	Total
	%	%	%	N
Hommes				
15-24 ans	13,1	1,8*	85,1	477 090
25-44 ans	6,1	4,6	89,3	1 232 991
45-64 ans	9,8	9,4	80,8	745 957
65 ans et plus	19,1	15,3	65,6	295 751
Total	**9,7**	**6,6**	**83,7**	**2 751 789**
Femmes				
15-24 ans	15,7	3,5	80,7	460 652
25-44 ans	10,2	4,1	85,7	1 224 607
45-64 ans	23,4	5,7	70,9	758 422
65 ans et plus	51,6	6,7	41,8	398 919
Total	**20,4**	**4,8**	**74,8**	**2 842 600**
Sexes réunis				
15-24 ans	14,4	2,7	83,0	937 742
25-44 ans	8,1	4,4	87,5	2 457 598
45-64 ans	16,6	7,6	75,8	1 504 379
65 ans et plus	37,7	10,4	51,9	694 670
Total	**15,1**	**5,7**	**79,2**	**5 594 389**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

La proportion de buveurs actuels augmente avec le niveau de revenu, passant de 64 % pour les très pauvres à 87 % pour les personnes bénéficiant d'un revenu supérieur (tableau 3.2). Les anciens buveurs ainsi que les non-buveurs sont proportionnellement plus nombreux chez les personnes pauvres et très pauvres que chez celles qui font partie d'un ménage à revenu plus élevé.

Graphique 3.1

Types de buveurs selon l'âge, population de 15 ans et plus,
Québec 1987 et 1992-1993

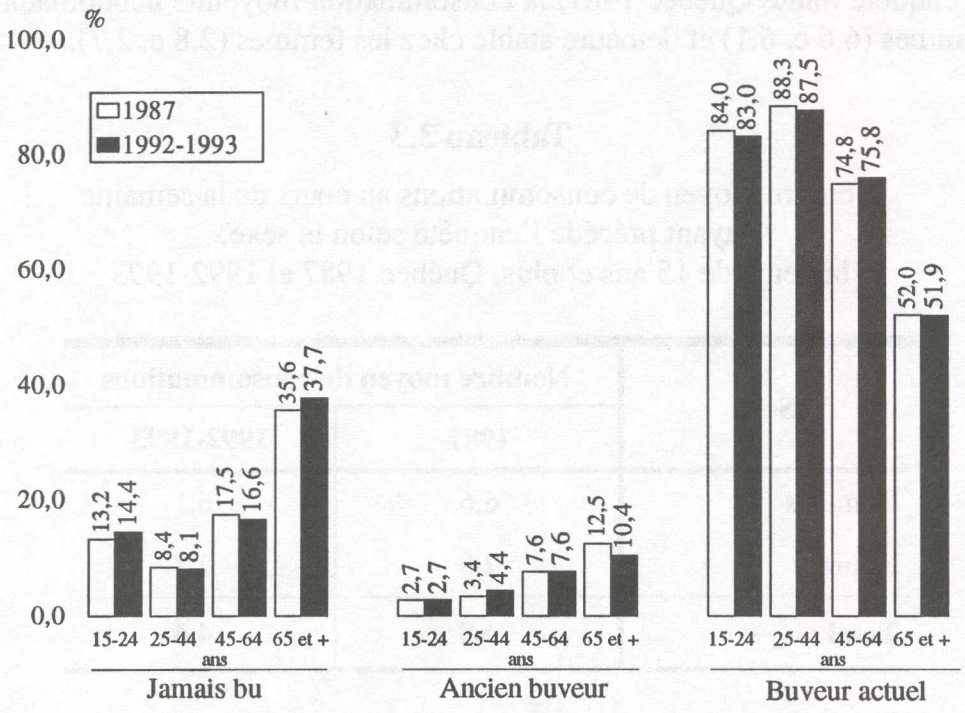


Tableau 3.2

Types de buveurs selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus,
Québec 1992-1993

Niveau de revenu	Types de buveurs			
	Jamais bu	Ancien buveur	Buveur actuel	Total
	%	%	%	N
Très pauvre	25,6	10,8	63,6	410 161
Pauvre	25,3	9,4	65,4	641 513
Moyen inférieur	17,5	5,7	76,9	1 672 837
Moyen supérieur	10,0	4,5	85,4	2 156 121
Supérieur	9,8	2,9*	87,2	713 758

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

3.2.2 Consommation hebdomadaire

Les buveurs actuels déclarent avoir pris, en moyenne, environ quatre consommations (4,4) au cours de la semaine ayant précédé l'enquête (tableau 3.3). Cette quantité est toutefois plus importante chez les hommes que chez les femmes (6,1 c. 2,7). Comparativement à l'enquête Santé Québec 1987, la consommation moyenne hebdomadaire diminue chez les hommes (6,6 c. 6,1) et demeure stable chez les femmes (2,8 c. 2,7).

Tableau 3.3

Nombre moyen de consommations au cours de la semaine ayant précédé l'enquête selon le sexe, buveurs de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe	Nombre moyen de consommations	
	1987	1992-1993
Hommes	6,6	6,1
Femmes	2,8	2,7
Total	**4,8**	**4,4**

Parmi les buveurs actuels, près de quatre personnes sur dix (39 %) affirment ne pas avoir consommé d'alcool durant les sept jours ayant précédé l'enquête, et une proportion similaire (38 %) estime avoir bu entre une et six consommations (tableau 3.4). Les proportions de buveurs qui ont consommé une plus grande quantité d'alcool sont beaucoup plus faibles : 14 % ont pris entre sept et treize consommations, et 8 %, plus de quatorze.

Dans l'ensemble, des différences entre les hommes et les femmes s'observent dans chacune des catégories de consommation hebdomadaire. Plus de femmes que d'hommes se situent parmi les personnes ayant déclaré ne pas avoir bu d'alcool (46 % c. 33 %) ou avoir pris entre une et six consommations (41 % c. 36 %). À l'inverse, la proportion de personnes ayant pris entre sept et treize consommations (18 % c. 10 %), et quatorze consommations et plus (13 % c. 3 %) est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Comparativement aux personnes de 25-44 ans et de 45-64 ans, celles de 15-24 ans et de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas avoir pris d'alcool au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, et moins nombreuses à avoir consommé entre un et six verres. Chez les hommes cependant, la proportion de ceux qui déclarent avoir pris entre une et six consommations ne diffère qu'entre les 15-24 ans et les 25-44 ans. Les données ne permettent pas de déceler de différence selon l'âge tant chez les hommes que chez les femmes qui déclarent avoir pris entre sept et treize consommations, et quatorze consommations et plus.

Tableau 3.4

Consommation d'alcool au cours de la semaine ayant précédé l'enquête selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Nombre de consommations				
	Aucune consommation	1-6 consommations	7-13 consommations	14 et plus consommations	Total
	%	%	%	%	N
Hommes					
15-24 ans	40,8	29,6	17,2	12,4	394 470
25-44 ans	29,1	38,8	18,2	13,9	1 069 384
45-64 ans	29,6	35,9	20,4	14,2	574 874
65 ans et plus	45,8	33,5	12,0	8,7*	175 933
Total	**32,6**	**36,0**	**18,1**	**13,3**	**2 214 661**
Femmes					
15-24 ans	53,3	32,2	10,9	3,7*	362 975
25-44 ans	43,2	43,5	10,3	2,9	1 021 317
45-64 ans	42,5	45,0	10,1	2,4*	511 989
65 ans et plus	56,4	33,1	8,5*	2,0**	156 833
Total	**45,8**	**41,1**	**10,3**	**2,8**	**2 053 114**
Sexes réunis					
15-24 ans	46,8	30,9	14,2	8,2	757 445
25-44 ans	36,0	41,1	14,4	8,6	2 090 701
45-64 ans	35,7	40,2	15,6	8,6	1 086 863
65 ans et plus	50,8	33,3	10,4	5,6*	332 766
Total	**39,0**	**38,4**	**14,3**	**8,3**	**4 267 775**

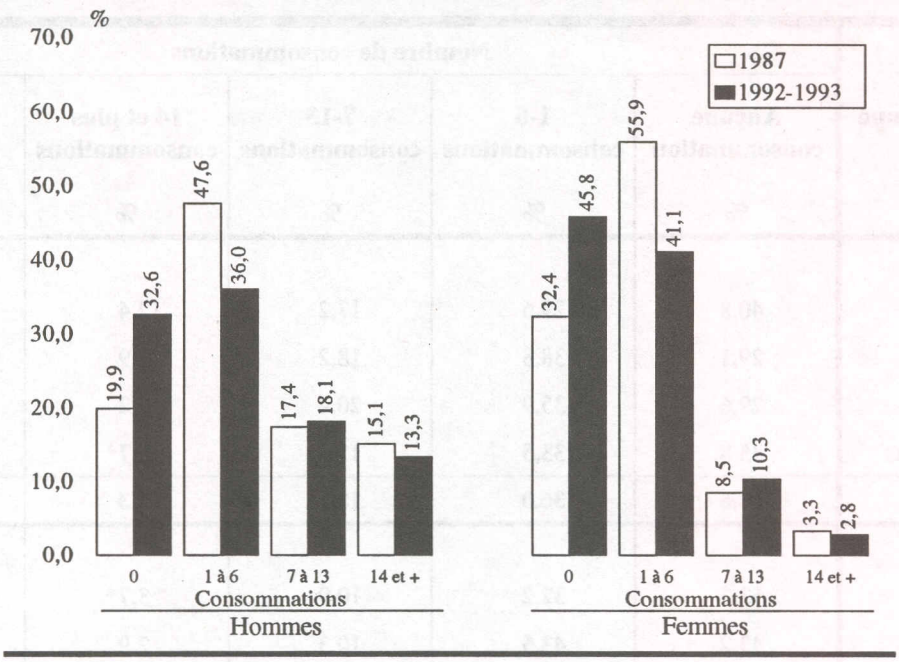
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Par rapport à l'enquête Santé Québec 1987, les données de 1992-1993 révèlent une diminution importante de la consommation hebdomadaire qui serait attribuable à la baisse de la proportion de buveurs qui prennent entre une et six consommations (52 % c. 38 %), et à la hausse de la proportion de ceux qui n'en ont pas consommé (26 % c. 39 %) (tableau A.3.2). Cela s'observe chez les hommes et chez les femmes ainsi que dans chacun des groupes d'âge (graphique 3.2). Aucun changement n'est décelé chez les buveurs dont la consommation hebdomadaire déclarée est de sept verres d'alcool et plus.

Graphique 3.2

Consommation d'alcool au cours de la semaine ayant précédé l'enquête selon le sexe, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993



La consommation hebdomadaire d'alcool varie en fonction du niveau de revenu. Plus de la moitié (56 %) des personnes faisant partie des ménages les plus pauvres n'ont pas consommé d'alcool, alors que seulement le quart (27 %) de celles qui vivent dans les ménages les plus riches présentent le même comportement (tableau 3.5). La proportion de buveurs dont la

Tableau 3.5

Consommation d'alcool au cours de la semaine ayant précédé l'enquête selon le niveau de revenu, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Niveau de revenu	Nombre de consommations				
	Aucune consommation	1-6 consommations	7-13 consommations	14 et plus consommations	Total
	%	%	%	%	N
Très pauvre	56,4	26,3	9,3	8,0	249 511
Pauvre	49,3	32,1	11,1	7,5	402 215
Moyen inférieur	43,0	36,6	12,2	8,2	1 234 498
Moyen supérieur	35,4	41,2	15,4	8,0*	1 776 853
Supérieur	27,1	43,3	19,7	10,0	604 701

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

consommation se situe entre un et six, ou entre sept et treize verres par semaine augmente avec le niveau de revenu. Par contre, l'enquête ne détecte pas de différence pour les buveurs de quatorze consommations et plus.

Une analyse plus détaillée de la consommation d'alcool chez les jeunes de 15 à 24 ans révèle qu'ils ne forment pas un groupe homogène. En effet, les 15-17 ans se distinguent par une plus faible proportion de buveurs actuels (75 %) comparativement aux jeunes de 18-19 ans (85 %) et à ceux de 20-24 ans (87 %) (tableau 3.6). Par ailleurs, des différences selon le sexe ne s'observent que chez les 20-24 ans, les jeunes hommes étant plus nombreux que les jeunes femmes à avoir consommé de l'alcool au cours de l'année ayant précédé l'enquête (91 % c. 84 %). Par comparaison avec les résultats de Santé Québec 1987, la proportion de buveurs actuels selon l'âge et le sexe des jeunes ne présente pas de différence significative.

Tableau 3.6

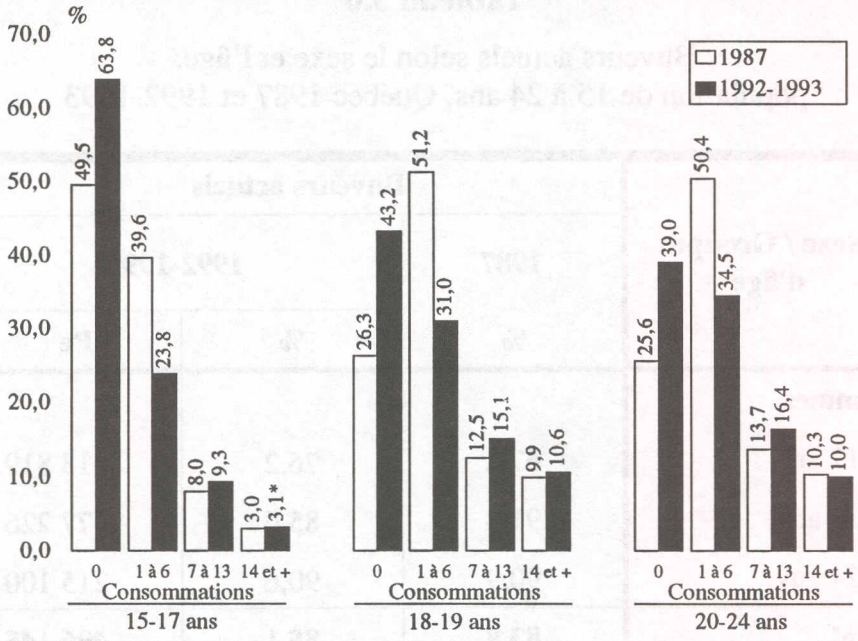
Buveurs actuels selon le sexe et l'âge,
population de 15 à 24 ans, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Buveurs actuels		
	1987	1992-1993	
	%	%	Pe
Hommes			
15-17 ans	67,2	76,2	113 819
18-19 ans	91,4	85,6	77 226
20-24 ans	90,9	90,6	215 100
Total	**83,8**	**85,1**	**406 145**
Femmes			
15-17 ans	69,8	73,3	103 695
18-19 ans	89,7	84,2	74 107
20-24 ans	90,4	83,9	194 037
Total	**84,3**	**80,7**	**371 839**
Sexes réunis			
15-17 ans	68,5	74,8	217 514
18-19 ans	90,6	84,9	151 333
20-24 ans	90,6	87,3	409 137
Total	**84,0**	**83,0**	**777 984**

Les jeunes de 15-17 ans se distinguent également des plus âgés par la consommation d'une quantité moindre d'alcool au cours des sept jours ayant précédé l'enquête (graphique 3.3). Près des deux tiers (64 %) déclarent ne pas avoir bu d'alcool comparativement à 43 % pour les 18-19 ans et à 39 % pour les 20-24 ans. Par ailleurs, ils sont environ deux fois moins nombreux à déclarer avoir pris sept consommations ou plus au cours de la semaine (12 % c. 26 %). Bref, les jeunes de 18-19 ans et de 20-24 ans ont un comportement similaire, lequel se distingue de celui des 15-17 ans.

Graphique 3.3

Consommation d'alcool au cours de la semaine ayant précédé l'enquête selon l'âge, buveurs actuels de 15 à 24 ans, Québec 1987 et 1992-1993



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

La consommation hebdomadaire des jeunes semble évoluer dans le même sens que celle des personnes de 25 ans et plus. Quel que soit leur groupe d'âge, les jeunes qui déclarent ne pas avoir consommé d'alcool au cours des sept jours ayant précédé l'enquête sont proportionnellement plus nombreux en 1992-1993 qu'en 1987, et la proportion de ceux qui affirment avoir pris entre une et six consommations est moindre. En ce qui concerne la proportion de jeunes qui ont consommé une plus grande quantité d'alcool, les données disponibles ne permettent pas de déceler de différence entre les deux enquêtes.

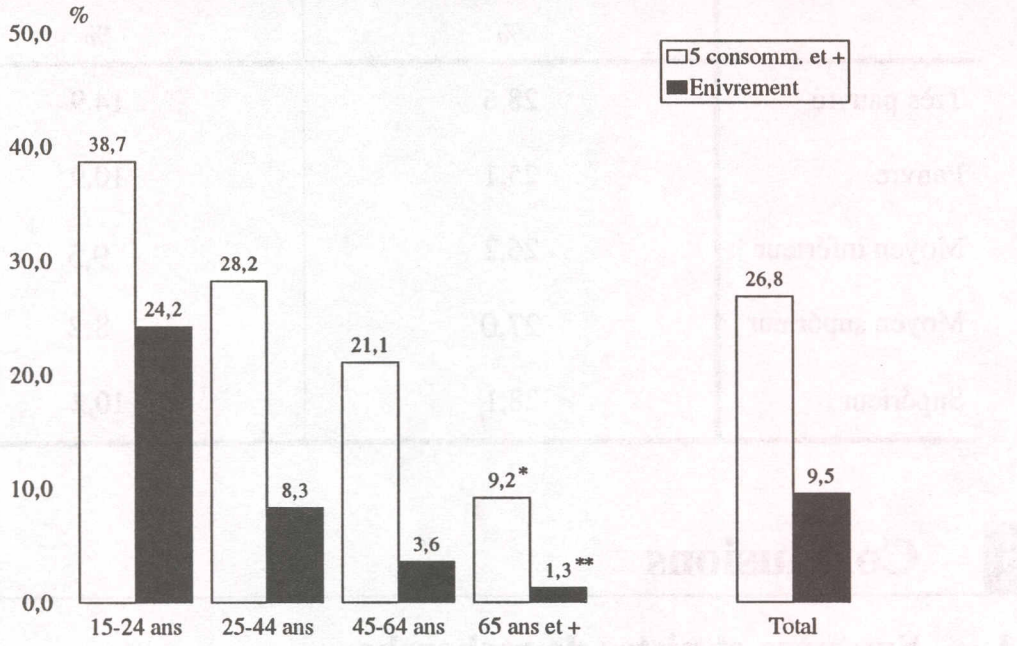
3.2.3 Fréquence de consommation élevée

Au cours de l'année ayant précédé l'enquête, plus de la moitié des buveurs actuels (55 %) ont bu, au moins une fois, cinq consommations ou plus en une même occasion; plus du quart (27 %) déclarent avoir présenté ce comportement à cinq reprises et plus (tableau A.3.3 et

graphique 3.4). Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à déclarer une telle consommation d'alcool au moins cinq fois durant l'année (38 % c. 15 %). Ce type de comportements se manifeste chez 39 % des jeunes de 15-24 ans, mais s'atténue avec l'âge, et ne représente que 9 % des buveurs de 65 ans et plus.

Graphique 3.4

Consommation élevée d'alcool, 5 fois ou plus au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon l'âge, buveurs de 15 ans et plus, Québec 1992-1993



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

L'enivrement est un comportement moins fréquent que le fait de boire cinq consommations ou plus en une même occasion; il n'en demeure pas moins que le tiers (34 %) des buveurs ont affirmé s'être enivrés au moins une fois au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Pour une personne sur dix (10 %), l'événement a eu lieu cinq fois et plus au cours de l'année. Ici encore, les hommes sont plus nombreux que les femmes à présenter ce comportement (14 % c. 5 %), et les jeunes de 15-24 ans (24 %), plus nombreux que les buveurs plus âgés (de 8 % à 1 %) (tableau A.3.4 et graphique 3.4).

Selon les données de l'enquête, la proportion de buveurs ayant pris cinq consommations ou plus en une même occasion, cinq fois et plus au cours de l'année ayant précédé l'enquête, ne diffère pas selon le niveau de revenu (tableau 3.7). Il y a toutefois une relation entre le revenu et l'enivrement. Les buveurs dont le revenu du ménage est classé moyen supérieur ou supérieur seraient moins nombreux à s'être enivrés cinq fois ou plus (8 % et 10 % respectivement) que les personnes très pauvres (15 %).

Tableau 3.7

Consommation élevée d'alcool 5 fois ou plus au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon le niveau de revenu, buveurs de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Niveau de revenu	Consommation élevée (5 fois ou plus)	
	5 consommations et plus en une même occasion	Enivrement
	%	%
Très pauvre	28,6	14,9
Pauvre	25,1	10,9
Moyen inférieur	26,2	9,5
Moyen supérieur	27,0	8,2
Supérieur	28,1	10,2

3.3 Conclusions

3.3.1 Synthèse et pistes de recherche

Le profil de consommation d'alcool selon les types de buveurs, soit les buveurs actuels (79 %), les anciens buveurs (6 %) et les abstinents (15 %), est semblable à celui de l'enquête Santé Québec 1987. Par contre, la consommation hebdomadaire s'est quelque peu modifiée. Les buveurs actuels sont moins nombreux à prendre entre une et six consommations, et plus nombreux à n'en avoir consommé aucune au cours de la semaine ayant précédé l'enquête. Le phénomène s'observe dans tous les groupes d'âge et pour les deux sexes. Par contre, aucun changement n'est décelé chez les buveurs dont la consommation hebdomadaire est plus importante.

Dans l'ensemble, les hommes continuent d'être plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool, et leur consommation moyenne hebdomadaire demeure plus élevée. Les plus fortes proportions de buveurs s'observent chez les personnes des deux sexes entre 18 et 44 ans. Parmi les jeunes, les 15-17 ans se distinguent des 18 à 24 ans : ils sont moins nombreux à consommer, et leur consommation hebdomadaire est plus faible. Au cours de l'année ayant précédé l'enquête, plus de la moitié des buveurs ont pris cinq consommations ou plus en une même occasion, et environ le tiers se sont enivrés au moins une fois. La fréquence de consommation élevée se rencontre le plus souvent chez les hommes et les jeunes de 15-24 ans.

Il y a moins de buveurs actuels chez les pauvres que chez les riches. Parmi les buveurs, la consommation hedomadaire est plus faible chez les pauvres, mais la proportion de buveurs de quatorze consommations et plus ne présente pas de différence selon le niveau de revenu. Il faut également souligner que l'enivrement est plus fréquent chez les personnes qui sont les plus pauvres. Ces résultats concordent avec ceux d'enquêtes québécoises et canadiennes précédentes (tableau 3.8).

Tableau 3.8

Consommation d'alcool selon certaines enquêtes québécoises et canadiennes, population de 15 ans et plus, données pour le Québec

Enquêtes	Buveur actuel	Buveur de 14 consommations et plus	Nombre moyen de consommations hebdomadaires	Buveur de 5 consommations ou plus, au moins 5 fois durant l'année
	%	%	Nombre	%
ENAD 1989				
Hommes	84	9	5,7	34
Femmes	69	1	1,2	10
Total	**76**	**6**	**3,9**	**23**
EPS 1990				
Hommes	83	14	6,8	--
Femmes	75	3	2,6	--
Total	**79**	**10**	**4,8**	**--**
SSC 1991				
Hommes	87	12	--	--
Femmes	75	2	--	--
Total	**80**	**7**	**--**	**--**
ESS 1992-1993				
Hommes	84	13	6,1	38
Femmes	75	3	2,7	15
Total	**79**	**8**	**4,4**	**27**

ENAD 1989	Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, SEBSC, 1990, (Données relatives aux occurences de consommation à risque, calculées par l'auteur à partir de la banque de données originales).
EPS 1990	Enquête promotion de la santé Canada 1990, SEBSC, 1993.
SSC 1991	Sondage Santé Canada, Enquête #6, CHM, Nov. 1991.
ESS 1992-1993	Enquête sociale et de santé 1992-1993, Santé Québec.
--	Non disponible

Les données de la présente enquête permettent d'analyser la consommation d'alcool de façon plus approfondie que ne le fait ce chapitre, en utilisant un plus grand nombre de caractéristiques sociodémographiques. L'enquête comporte aussi un certain nombre de données qui n'ont pu être analysées dans le cadre du présent rapport; l'âge auquel les répondants ont commencé à consommer de l'alcool constitue, par exemple, un objet d'étude intéressant.

Les données peuvent aussi fournir des éléments de réponse à certaines hypothèses qui méritent d'être examinées de plus près. Ainsi, une période économique difficile pourrait favoriser simultanément la diminution de la consommation occasionnelle d'alcool et l'augmentation de certains types de consommation à risque. Les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 sont compatibles avec la diminution de la consommation des buveurs occasionnels, mais sont moins conciliables avec l'augmentation des grands buveurs, l'enquête n'ayant pas décelé de changement à leur égard. Les mêmes résultats concordent avec une seconde hypothèse selon laquelle la consommation d'alcool diminue, lentement mais continuellement, depuis le milieu des années soixante-dix. La consommation d'alcool des Québécois va-t-elle continuer à diminuer indépendamment du contexte sociopolitique? Une éventuelle reprise économique, une baisse des taxes sur l'alcool ou l'augmentation de la disponibilité d'alcool de contrebande favoriseront-ils une hausse de la consommation?

3.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

Les données présentées montrent que depuis 1987, la proportion de buveurs est demeurée relativement stable et que globalement, les buveurs actuels consomment moins d'alcool. À première vue, il s'agit de résultats encourageants au regard de l'objectif énoncé dans la Politique de la santé et du bien-être. Or, à l'analyse, il apparaît que ces gains sont surtout attribuables à la diminution des buveurs qui consomment peu, la proportion des buveurs dont la consommation est élevée n'ayant pratiquement pas varié depuis 1987. S'il faut espérer, d'ici l'an 2002, une diminution de la consommation d'alcool par habitant de l'ordre de 15 %, il faut viser prioritairement les personnes qui consomment le plus d'alcool. La politique propose aussi de cibler tout particulièrement les jeunes. Or chez bon nombre d'entre eux, c'est la manière de consommer de l'alcool qui semble le plus problématique. C'est chez les jeunes que se trouve la proportion la plus élevée de personnes qui consomment cinq verres et plus en une même occasion ou qui s'enivrent, au moins cinq fois par année. Les données de la présente enquête suggèrent qu'il faut mettre l'accent sur la façon de boire, dans les messages de prévention et de promotion à l'intention des jeunes.

3.4 Références bibliographiques

BURTON, S.; BLAIR, E. (1991). "Task conditions, response formulation processes, and response accuracy for behavioral frequency questions in surveys", *Public Opinion Quarterly*, vol. 55, no 1, pp 50-79.

CANADA HEALTH MONITOR; BERGER, E. (1991). *Sondage Santé Canada*, Enquête no 6, novembre 1991.

CHEVALIER, S.; CHOINIÈRE, R.; FERLAND, M.; PAGEAU, M.; SAUVAGEAU, Y. (1994). *Indicateurs sociosanitaires. Définitions et interprétations*, Conseil national d'information sur la santé, Ottawa, à paraître.

CORTI, B.; BINNS, C.W.; HOWAT, P.A.; BLAZE-TEMPLE, D.; SING, K.L. (1990). "Comparison of 7-day retrospective and prospective alcohol consumption diaries in a female population in Perth, Western Australia - methodological issues", *British Journal of Addiction*, vol. 85, pp 379-388.

ENQUÊTE SANTÉ CANADA; SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA; STATISTIQUE CANADA (1981). *La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 237p.

GIOVANNUCCI, E.; COLDITZ, G.; STAMPFER, M.J.; RIMM, E.B.; LITIN, L.; SAMPSON, L.; WILLETT, W.C. (1991). "The assessment of alcohol consumption by a simple self-administered questionnaire", *American Journal of Epidemiology*, vol. 133, no 8, pp 810-817.

LANDRY, M.; LAMARCHE, P.; BOISLARD, J.; NADEAU, L. (1994). «Alcoolisme et autres toxicomanies», dans : Dumont, F.; Langlois, S.; Martin, Y., *Traité des problèmes sociaux*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, pp 179-195.

MIDANIK, L.T. (1989). "Perspectives on validity of self-reported alcohol use", *British Journal of Addiction*, vol. 84, no 12, pp 1419-1423.

MIDANIK, L.T.; HINES, A.M. (1991). "'Unstandard' ways of answering standard questions : protocol analysis in alcohol survey research", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 27, no 3, pp 245-252.

MIDANIK, L.T.; KLATSKY, A.L.; ARMSTRONG, M.A. (1989). "A comparison of 7-day recall with two summary measures of alcohol use", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 24, no 2, pp 127-134.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192p.

MUNOZ-PEREZ, F.; NIZARD, A. (1991). «Alcool, tabac, mortalité», *Population et Sociétés*, no 254, non paginé.

PRESSER, S. (1984). "Is inaccuracy on factual survey items item-specific or respondent-specific?", *Public Opinion Quarterly*, vol. 48, no 1b, pp 344-355.

ROBBINS, C. (1989). "Sex differences in psychosocial consequences of alcohol and drug abuse", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, no 1, pp 117-130.

RUSSEL, M.; WELTE, J.W.; BARNES, G.M. (1991). "Quantity-frequency measures of alcohol consumption : beverage-specific vs global questions", *British Journal of Addiction*, vol. 86, no 4, pp 409-417.

SALES, J.; DUFFY, J.; PLANT, M.; PECK, D. (1989). "Alcohol consumption, cigarette sales and mortality in the United Kingdom : an analysis of the period 1970-1985", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 24, no 2, pp 155-160.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1990). *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues. Points saillants*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 43p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1993). *Enquête Promotion de la Santé Canada. Canada 1990. Rapport technique*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 360p.

SEPPÄ, K.; SILLANAUKEE, P.; KOIVULA, T. (1990). "The efficiency of a questionnaire in detecting heavy drinkers", *British Journal of Addiction*, vol. 85, no 12, pp 1639-1645.

SHEPHERD, J.; IRISH, M.; SCULLY, C.; LESLIE, I. (1989). "Alcohol consumption among victims of violence and among comparable U.K. populations", *British Journal of Addiction*, vol. 84, no 9, pp 1045-1051.

STATISTIQUE CANADA (1988). *Enquête nationale sur la consommation d'alcool et de drogue. ENCAD 02 (questionnaire)*, Statistique Canada, Ottawa, 14p.

WEBB, G.R.; REDMAN, S.; GIBBERD, R.W.; SANSON-FISHER, R.W. (1991). "The reliability and stability of a quantity-frequency method and a diary method of measuring alcohol consumption", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 27, no 3, pp 223-231.

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A.3.1

Taux de non-réponse partielle à la question sur l'enivrement selon le sexe, l'âge et la scolarité relative, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Non-réponse partielle %
Sexe	
Hommes	5,1
Femmes	5,7
Groupe d'âge	
15-24 ans	2,4
25-44 ans	3,4
45-64 ans	8,1
65 ans et plus	15,2
Scolarité relative	
Plus faible	7,4
Faible	6,4
Moyenne	4,7
Élevée	4,4
Plus élevée	3,9
Total	**5,4**

Tableau A.3.2

Consommation d'alcool au cours de la semaine ayant précédé l'enquête selon le sexe ou l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Nombre de consommations							
	Aucune consommation		1-6 consommations		7-13 consommations		14 et plus consommations	
	1987 %	1992-1993 %	1987 %	1992-1993 %	1987 %	1992-1993 %	1987 %	1992-1993 %
Sexe								
Hommes	19,9	32,6	47,6	36,0	17,4	18,1	15,1	13,3
Femmes	32,4	45,8	55,9	41,1	8,5	10,3	3,3	2,8
Groupe d'âge								
15-24 ans	31,4	46,8	48,0	30,9	12,1	14,2	8,5	8,2
25-44 ans	24,3	36,0	52,7	41,1	13,4	14,4	9,7	8,6
45-64 ans	23,4	35,7	53,3	40,2	13,7	15,6	9,6	8,6
65 ans et plus	29,5	50,8	49,8	33,3	11,6	10,4	9,2	5,6 *
Total	**25,9**	**39,0**	**51,6**	**38,4**	**13,1**	**14,3**	**9,4**	**8,3**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour les résultats de 1987.

Tableau A.3.3

Fréquence de consommation, au cours de l'année ayant précédé l'enquête, de cinq consommations d'alcool ou plus en une même occasion, selon le sexe ou l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Cinq consommations ou plus en une même occasion			
	0 fois	1-4 fois	5 fois et plus	Total
	%	%	%	N
Sexe				
Hommes	33,5	28,9	37,6	2 190 070
Femmes	57,6	27,2	15,2	2 020 405
Groupe d'âge				
15-24 ans	26,1	35,2	38,7	751 208
25-44 ans	41,0	30,8	28,2	2 073 928
45-64 ans	57,1	21,9	21,1	1 064 307
65 ans et plus	76,2	14,6	9,2 *	321 032
Total	**45,1**	**28,1**	**26,8**	**4 210 475**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Tableau A.3.4

Fréquence d'enivrement, au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon le sexe ou l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Enivrement			
	0 fois	1-4 fois	5 fois et plus	Total
	%	%	%	N
Sexe				
Hommes	57,9	28,5	13,6	2 186 037
Femmes	73,9	21,1	5,0	2 004 386
Groupe d'âge				
15-24 ans	35,8	40,0	24,2	759 174
25-44 ans	63,7	27,9	8,3	2 076 547
45-64 ans	82,3	14,1	3,6	1 048 754
65 ans et plus	94,2	4,5	1,3	305 948
Total	**65,6**	**25,0**	**9,5**	**4 190 423**

CHAPITRE

CONSOMMATION DE DROGUES

4

Serge Chevalier, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

4.0 Introduction

Au même titre que l'alcool, la consommation de drogues est reliée à une série de problèmes sociaux et de santé. Ces derniers diffèrent selon le type et la quantité de substances psychoactives absorbées. Par exemple, l'usage faible ou modéré de marijuana peut parfois entraîner de légers problèmes physiques tels que la diminution de la salivation, l'œdème oculaire, la diminution de la coordination motrice, etc.. L'usage régulier et prolongé ou l'abus de cette substance peut également favoriser le développement de problèmes des voies respiratoires et accroître le risque de décès dû à l'absorption de goudron ou de divers carcinogènes compris dans les substances ou nécessaires à leur consommation (Giroux, 1988). Consommés même à faible dose, l'héroïne et les autres opiacés, les barbituriques, les sédatifs, la cocaïne et les autres stimulants peuvent occasionner une dépendance physique ou psychologique (Giroux, 1988); de plus, les issues de grossesse malheureuses sont plus fréquentes chez les consommatrices de cocaïne (Handler *et al.*, 1991). Pour contrer les répercussions de la consommation de drogues sur le plan humain et social, un des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être du Québec est d'augmenter, d'ici l'an 2002, «le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales» (MSSS, 1992).

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 est l'une des rares sources d'information qui recueille, sur une grande échelle et de façon systématique, des données auprès de la population québécoise de 15 ans et plus sur sa consommation de drogues illégales. Ces données contribuent au suivi de l'objectif de la politique et renseignent sur les caractéristiques des consommateurs.

Le présent chapitre vise à décrire, pour la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé, la consommation déclarée de drogues selon le type de consommateurs et le type de drogues utilisées.

4.1 Aspects méthodologiques

La consommation de drogues est définie comme étant le fait d'avoir fait usage, au cours de sa vie, d'une substance illicite ou d'une drogue médicamenteuse obtenue sans ordonnance, que cette consommation ait été régulière, occasionnelle ou passagère. Elle est établie à partir d'une liste de catégories de drogues figurant au questionnaire autoadministré de l'enquête (QAA47 à QAA67).

L'analyse distingue trois types de consommateurs : les abstinents, c'est-à-dire les personnes qui déclarent n'avoir jamais consommé de drogues, les anciens consommateurs, soit les personnes qui en ont déjà consommé mais ne l'ont pas fait au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, et les consommateurs actuels, soit les personnes qui indiquent en avoir consommé durant cette période, peu importe la quantité ou la fréquence. Les consommateurs actuels se divisent en deux groupes, à savoir ceux qui déclarent n'avoir consommé que de la marijuana (cannabis ou ses dérivés) et ceux qui ont utilisé aussi, ou uniquement, d'autres substances. De plus, pour chacune des catégories de drogues mentionnées dans l'enquête, on présente la proportion de la population en ayant déjà fait usage.

Les questions sur la consommation de drogues s'inspirent de celles de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (ENAD) (SBESC, 1990; Statistique Canada, 1988), qui sont couramment utilisées dans les enquêtes canadiennes depuis cinq ou six ans (SBESC, 1993 et 1988). Par souci de comparabilité avec ces diverses enquêtes, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a donc privilégié ces questions, plutôt que celles de l'enquête Santé Québec 1987.

Le taux de non-réponse partielle pour la variable concernant le type de consommateur de drogues est de 6 %. Ce taux est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (7 % c. 5 %) et il augmente avec l'âge, passant de 3 % chez les 15-24 ans à 17 % pour les personnes de 65 ans et plus. Par ailleurs, il décroît lorsque la scolarité relative s'améliore (tableau A.4.1).

Ces données d'enquête ne permettent, en aucune façon, d'établir une prévalence des toxicomanes (Wickens,1993; Trinkoff *et al.*, 1990). Il est en effet généralement reconnu qu'une portion des grands consommateurs refusent de participer à de telles enquêtes ou de répondre aux questions portant sur la consommation de drogues (Chevalier *et al.*, 1994; Hser, 1993). Elles ne peuvent non plus servir à établir la prévalence de la consommation au sein de la population, puisqu'un biais de désirabilité sociale est associé à la déclaration des comportements illégaux et illicites, ce qui entraîne une sous-déclaration du comportement (Westermeyer, 1990). Par ailleurs, la présente enquête ne s'intéresse qu'à la consommation de drogues chez les personnes de 15 ans et plus, alors qu'une partie des utilisateurs commencent à consommer avant cet âge. L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 ne laisse donc entrevoir que la pointe de l'iceberg. Les résultats demeurent toutefois intéressants comme indicateurs témoins d'un phénomène social difficile à cerner.

La prochaine section présente la distribution de la population selon les types de consommateurs de drogues et décrit sommairement pour chacun les caractéristiques d'âge, de sexe, de scolarité relative et de niveau de revenu. Quelques résultats sur le type de drogues consommées sont ensuite présentés.

4.2 Résultats

4.2.1 Types de consommateurs

Parmi la population québécoise de 15 ans et plus, sept personnes sur dix (69 %) affirment n'avoir jamais consommé de drogues de leur vie; une personne sur cinq (19 %) aurait déjà pris de la drogue mais n'en aurait pas consommé depuis au moins un an, alors que 13 % de la population déclare en avoir fait usage au cours de l'année ayant précédé l'enquête (tableau 4.1).

Tableau 4.1

Types de consommateurs de drogues selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Types de consommateurs			
	N'a jamais consommé	Ancien consommateur	Consommateur actuel	Total
	%	%	%	N
Hommes				
15-24 ans	56,8	13,5	29,7	464 609
25-44 ans	52,9	31,3	15,8	1 203 132
45-64 ans	84,9	9,8	5,3	717 533
65 ans et plus	94,9	1,8**	3,3*	261 331
Total	**66,4**	**19,4**	**14,2**	**2 646 605**
Femmes				
15-24 ans	58,0	17,8	24,3	452 425
25-44 ans	61,9	27,9	10,2	1 191 820
45-64 ans	86,1	7,2	6,8	703 582
65 ans et plus	92,5	2,6**	4,8*	340 541
Total	**71,5**	**17,6**	**11,0**	**2 688 368**
Sexes réunis				
15-24 ans	57,4	15,6	27,0	917 034
25-44 ans	57,4	29,6	13,1	2 394 952
45-64 ans	85,5	8,5	6,1	1 421 115
65 ans et plus	93,6	2,3*	4,2	601 872
Total	**68,9**	**18,5**	**12,6**	**5 334 973**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Abstinents

Toutes proportions gardées, plus de femmes (72 %) que d'hommes (66 %) n'ont jamais consommé de drogues. Les abstinents sont proportionnellement beaucoup plus nombreux chez les personnes de 45 et plus (86 % et 94 %) que chez les plus jeunes (57 %). Les proportions d'abstinents sont similaires pour les hommes et les femmes dans chaque groupe d'âge, à l'exception de celui des 25-44 ans, où plus de femmes que d'hommes déclarent n'avoir jamais consommé de drogues (62 % c. 53 %). Une ventilation par groupes d'âge plus étroits pour les 15-24 ans permet d'estimer à 68 % la proportion de jeunes qui se déclarent abstinents parmi les 15-17 ans, alors que cette proportion n'est plus que de 50 % chez les 20-24 ans (tableau 4.2).

Tableau 4.2

Types de consommateurs de drogues selon l'âge, population de 15 à 24 ans, Québec 1992-1993

Groupe d'âge	Types de consommateurs			
	N'a jamais consommé	Ancien consommateur	Consommateur actuel	Total
	%	%	%	N
15-17 ans	67,6	6,2	26,2	283 743
18-19 ans	60,8	10,3	28,9	174 343
20-24 ans	49,8	23,5	26,8	458 949
Total	**57,4**	**15,6**	**27,0**	**917 035**

La proportion d'abstinents varie selon la scolarité relative et le niveau de revenu (tableau 4.3). Ainsi, les personnes les moins scolarisées sont proportionnellement plus nombreuses (74 %) que les personnes du niveau de scolarité le plus élevé (65 %) à n'avoir jamais consommé. On observe également que les proportions d'abstinents sont plus élevées pour les niveaux de revenu pauvre et moyen inférieur (74 % et 72 %) que pour les niveaux supérieurs (67 % et 65 %).

Anciens consommateurs

La proportion d'anciens consommateurs varie peu selon le sexe, mais des différences importantes apparaissent selon l'âge. Les tableaux 4.1 et 4.2 indiquent que la proportion d'anciens consommateurs croît avec l'âge, parmi les 15 à 44 ans. Estimée à 6 % pour les jeunes de 15-17 ans, cette proportion atteint 30 % chez les personnes de 25-44 ans. Peu de personnes de 45-64 ans, et surtout de 65 ans et plus, sont d'anciens consommateurs (9 % et 2 %); il pourrait difficilement en être autrement, puisque la grande majorité des personnes de ces groupes d'âge n'a jamais consommé.

La proportion d'anciens consommateurs augmente avec la scolarité relative, passant de 14 % au niveau le plus faible à 22 % au niveau le plus élevé (tableau 4.3). Une relation similaire

existe entre le fait d'avoir déjà consommé et le niveau de revenu, alors que la proportion d'anciens consommateurs est aussi estimée à 14 % pour les personnes dont le niveau de revenu est très faible et à 22 % parmi celles qui se situent aux niveaux supérieurs.

Consommateurs actuels

Une consommation actuelle de drogues est déclarée par 27 % des jeunes de 15-24 ans, 13 % des gens de 25-44 ans et environ 5 % des personnes de 45 ans et plus, ce qui constitue un gradient marqué (tableau 4.1). Dans l'ensemble, les hommes déclarent un peu plus souvent que les femmes (14 % c. 11 %) avoir fait usage de drogues au cours de l'année ayant précédé

Tableau 4.3

Types de consommateurs de drogues selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Types de consommateurs			
	N'a jamais consommé	Ancien consommateur	Consommateur actuel	Total
	%	%	%	N
Scolarité relative				
Plus faible	73,5	14,2	12,3	1 034 943
Faible	70,0	18,6	11,4	1 088 584
Moyenne	70,2	17,1	12,8	947 354
Élevée	66,6	20,4	13,0	1 127 450
Plus élevée	64,5	22,2	13,4	1 093 190
Niveau de revenu				
Très pauvre	68,3	13,5	18,2	379 415
Pauvre	73,5	13,4	13,1	595 759
Moyen inférieur	71,7	16,2	12,1	1 586 135
Moyen supérieur	66,9	21,5	11,6	2 085 153
Supérieur	65,2	21,9	13,0	688 510

l'enquête. Cette différence est principalement attribuable aux écarts observés parmi les 15-24 ans (30 % c. 24 %) et les 25-44 ans (16 % c. 10 %), puisque l'enquête ne détecte pas de différence entre les sexes pour les groupes plus âgés. Une analyse plus détaillée des 15-24 ans ne révèle pas d'écarts notables selon l'âge ou le sexe, sauf chez les 20-24 ans, où les hommes consomment en plus grand nombre que les femmes (31 % c. 23 %) (tableau A.4.2).

La consommation actuelle n'est pas associée à la scolarité relative. L'analyse indique par contre des écarts selon le niveau de revenu : la proportion la plus élevée de consommateurs actuels s'observe chez les personnes très pauvres (18 %), alors que les proportions pour les autres niveaux de revenu gravitent autour de 12 % et 13 % (tableau 4.3).

4.2.2 Types de drogues consommées

La proportion de Québécois de 15 ans et plus qui déclarent avoir consommé uniquement de la marijuana au cours de l'année ayant précédé l'enquête est similaire à celle des personnes ayant consommé de la marijuana et/ou d'autres substances (6 % et 7 %) (tableau 4.4). Aucune différence significative n'est relevée à cet égard selon le sexe ou le groupe d'âge chez les moins de 45 ans, bien que la consommation exclusive de marijuana ait tendance à être un peu plus répandue chez les 15-24 ans. La consommation de marijuana et/ou d'autres drogues est cependant prédominante chez les consommateurs de 45 ans et plus. Par ailleurs, on ne relève aucune relation entre le type de drogues consommées et le niveau de revenu ou la scolarité relative (tableau A.4.3).

Tableau 4.4

Consommateurs actuels de drogues selon le type de drogues, le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Types de drogues		
	Marijuana seulement %	Marijuana et/ou autres drogues %	Tous types de drogues %
Sexe			
Hommes	6,9	7,3	14,2
Femmes	4,4	6,6	11,0
Groupe d'âge			
15-24 ans	15,0	12,0	27,0
25-44 ans	6,4	6,7	13,1
45-64 ans	0,7 *	5,4	6,1
65 ans et plus	0,0 **	4,2	4,2
Total	**5,6**	**7,0**	**12,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

La marijuana reste le type de drogues le plus populaire puisque le quart de la population (25 %) affirme en avoir consommé au moins une fois durant sa vie; près d'un Québécois sur dix (8 %) en aurait consommé au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Durant cette dernière période, aucun autre type de drogues n'a été consommé par plus de 2 % de la population (tableau 4.5).

Tableau 4.5

Consommateurs par catégories de drogues selon la période de consommation, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Catégories de drogues	Période de consommation			
	À vie		Année ayant précédé l'enquête	
	%	Pe	%	Pe
Marijuana	25,1	1 392 067	8,2	456 401
Cocaïne	6,2	345 127	1,9	103 422
Psychédéliques	5,9	329 195	1,2	68 190
Tranquillisants	4,3	239 430	1,7	95 400
Amphétamines	3,8	210 424	0,6	33 725
Barbituriques	4,6	257 826	1,8	99 991
Opium	1,0	53 690	0,3*	15 390
Héroïne	0,3	18 888	0,0**	1 168
Autres drogues	2,0	112 533	1,1	61 317
Au moins une drogue	31,1	1 656 933	12,6	670 406

* Coefficient de variation entre 15% et 25%; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25%; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

4.3 Conclusions

4.3.1 Synthèse et pistes de recherche

Plus des deux tiers des Québécois de 15 ans et plus vivant dans les ménages privés déclarent n'avoir jamais consommé de drogues. Au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 13 % de la population indique en avoir consommé et cette proportion dépasse 25 % pour les personnes de 15-24 ans.

Les personnes de 15 à 44 ans sont les plus nombreuses à avoir déjà consommé de la drogue au cours de leur vie; les 15-24 ans se distinguent par une plus grande proportion de consommateurs actuels, et les 25-44 ans, par une proportion plus élevée d'anciens consommateurs.

Une comparaison globale avec des enquêtes canadiennes antérieures semble indiquer qu'il y aurait eu, entre 1985 et 1992-1993, une augmentation de la proportion de consommateurs au

sein de la population et, comme corollaire, une diminution de celle des abstinents (tableau 4.6). Cette hypothèse est vraisemblable, du fait que les personnes plus âgées, présentant de plus fortes proportions d'abstinents, sont remplacées, sur le plan démographique, par une nouvelle génération, chez qui l'on dénombre une plus grande proportion de consommateurs. Ces résultats laissent même présager que la tendance à la hausse pourrait se maintenir.

Tableau 4.6

Consommateurs de marijuana ou de cocaïne selon certaines enquêtes québécoises et canadiennes, population de 15 ans et plus, données pour le Québec

Période de consommation	EPS 1985	ENAD 1989	EPS 1990	ESS 1992-1993
	%	%	%	%
À vie				
Marijuana	--	21,3	18	25,1
Cocaïne	--	4,1	4	6,2
Année ayant précédé l'enquête				
Marijuana	3,3	6,5	6	8,2
Cocaïne	--	2,0	1	1,9

-- Données non disponibles.

EPS 1985 Enquête Promotion Santé Canada (SBESC, 1988, p. 60).
ENAD 1989 Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (SEBSC, 1990, p. 35).
EPS 1990 Enquête Promotion de la santé Canada 1990 (SEBSC, 1993, p. 131).
ESS 1992-1993 Enquête sociale et de santé 1992-1993.

Les résultats ont montré un lien entre la consommation de drogues et les caractéristiques socioéconomiques de la population. En effet, la proportion de Québécois ayant déjà consommé de la drogue augmente avec les niveaux de scolarité relative et de revenu. On retrouve toutefois une plus forte proportion d'anciens consommateurs chez les mieux nantis et les plus scolarisés, alors que les consommateurs actuels se révèlent proportionnellement plus nombreux au niveau de revenu le plus bas.

Les données présentées n'ont pas traité de l'association possible entre la consommation de drogues et les déterminants sociaux tels que le soutien social, ou certains aspects de la santé mentale comme la présence de symptômes de détresse psychologique ou de pensées suicidaires. Ces avenues pourraient s'avérer intéressantes comme sujets d'analyses complémentaires.

4.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

Ce chapitre fait clairement ressortir deux éléments d'importance au regard de la Politique de la santé et du bien-être. D'une part, un nombre substantiel de personnes de moins de 45 ans ont déjà consommé de la drogue, ne serait-ce qu'à titre d'essai; d'autre part, la majorité des gens en abandonne l'usage entre 25 et 44 ans, parfois plus tôt. La politique stipule qu'il faut, d'ici l'an 2002, augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales. Indépendamment des tendances de la prévalence de consommation chez les jeunes, les résultats de la présente enquête suggèrent plutôt que la proportion d'abstinents ne saurait diminuer avant un demi-siècle, puisque les personnes de moins de 45 ans sont plus nombreuses que leurs aînées à avoir déjà consommé de la drogue. Dans un tel contexte, il semblerait plus réaliste que l'objectif visé par la Politique de la santé et du bien-être soit d'augmenter la proportion des abstinents chez les personnes de moins de 20 ans.

Qui plus est, à défaut d'accroître le taux d'abstinents, n'est-il pas tout aussi urgent de tenter de limiter la fréquence de consommation et la gamme de produits utilisés ou de chercher à restreindre la durée de la période d'expérimentation des drogues, afin de réduire les conséquences néfastes reliées à la consommation de substances psychoactives?

4.4 Références bibliographiques

CHEVALIER, S.; CHOINIÈRE, R.; FERLAND, M.; PAGEAU, M.; SAUVAGEAU, Y. (1994). *Indicateurs sociosanitaires. Définitions et interprétations*, Conseil national d'information sur la santé, Ottawa, à paraître.

GIROUX, C. (1988). «Les substances psychoactives : repères pharmacologiques et physiologiques», dans Brisson, P. (Éd.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, pp 37-62.

HANDLER, A.; KISTIN, N.; DAVIS, F.; FERRÉ, C. (1991). "Cocaine use during pregnancy : perinatal outcomes", *American Journal of Epidemiology*, vol. 133, no 8, pp 818-825.

HSER, Y.I. (1993). "Data sources : Problems and issues", *The Journal of Drug Issues*, vol. 23, no 2, pp 217-228.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1990). *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues. Points saillants*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 43p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Enquête Promotion Santé Canada. Rapport technique*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 249p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1993). *Enquête Promotion de la santé Canada 1990. Rapport technique*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 360p.

STATISTIQUE CANADA (1988). *Enquête nationale sur la consommation d'alcool et de drogues. ENCAD 02 (questionnaire)*, Statistique Canada, Ottawa, 14p.

TRINKOFF, A.M.; RITTER, C.; ANTHONY, J.C. (1990). "The prevalence and self-reported consequences of cocaine use : an exploratory and descriptive analysis", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 26, no 3, pp 217-225.

WESTERMEYER, J. (1990). "Methodological issues in the epidemiological study of alcohol-drug problems : sources of confusion and misunderstanding", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 16, nos. 1 & 2, pp 47-55.

WICKENS, T.D. (1993). "Quantitative methods for estimating the size of a drug-using population", *The Journal of Drug Issues*, vol. 23, no 2, pp 185-216.

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A.4.1

Taux de non-réponse partielle pour le type de consommateur de drogues selon le sexe, l'âge et la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Non-réponse partielle %
Sexe	
Hommes	4,8
Femmes	7,0
Groupe d'âge	
15-24 ans	2,6
25-44 ans	3,1
45-64 ans	7,3
65 ans et plus	17,2
Scolarité relative	
Plus faible	8,8
Faible	6,1
Moyenne	4,7
Élevée	4,3
Plus élevée	4,1
Total	**5,9**

Tableau A.4.2

Types de consommateurs de drogues selon le sexe et l'âge, population de 15 à 24 ans, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Types de consommateurs			
	N'a jamais consommé	Ancien consommateur	Consommateur actuel	Total
	%	%	%	N
Hommes				
15-17 ans	68,3	4,4*	27,4	145 792
18-19 ans	59,8	9,7*	30,4	87 376
20-24 ans	48,4	20,7	30,9	231 440
Total	**56,8**	**13,5**	**29,7**	**464 608**
Femmes				
15-17 ans	66,8	8,1*	25,0	137 952
18-19 ans	61,7	10,8*	27,4	86 968
20-24 ans	51,2	26,3	22,6	227 508
Total	**58,0**	**17,8**	**24,2**	**452 428**
Sexes réunis				
15-17 ans	67,6	6,2	26,2	283 744
18-19 ans	60,8	10,3	28,9	174 344
20-24 ans	49,8	23,5	26,8	458 948
Total	**57,4**	**15,6**	**27,0**	**917 036**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Tableau A.4.3

Consommateurs actuels de drogues selon le type de drogues et certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Types de drogues		
	Marijuana seulement	Marijuana et / ou autres drogues	Tous types de drogues
	%	%	%
Scolarité relative			
Plus faible	4,6	7,7	12,3
Faible	4,8	6,6	11,4
Moyenne	6,0	6,8	12,8
Élevée	6,4	6,6	13,0
Plus élevée	6,3	7,1	13,4
Niveau de revenu			
Très pauvre	7,7	10,5	18,2
Pauvre	5,5	7,6	13,1
Moyen inférieur	5,2	6,9	12,1
Moyen supérieur	5,6	6,0	11,6
Supérieur	5,5	7,5	12,9

CHAPITRE

USAGE DE LA CIGARETTE

5

Sylvie Bernier, Direction de la santé publique de la Mauricie–Bois-Francs

5.0 Introduction

Les effets du tabac sur la santé des fumeurs ont été largement étudiés, de même que les dangers du tabagisme passif (USDHHS, 1986). Le cancer du poumon est la conséquence la plus directe de l'usage du tabac, mais d'autres cancers le sont également : le cancer de la bouche, de l'oesophage, du larynx et de la vessie, le cancer du pancréas, du rein et du col de l'utérus (USDHHS, 1989a et 1989b; USDHHS, 1982). Le tabagisme est également relié aux maladies cardiovasculaires et aux maladies du système respiratoire (USDHHS, 1989a et 1989b; USDHHS, 1984). Un fumeur court un risque dix fois plus grand de développer un cancer du poumon qu'un non-fumeur, deux fois plus grand de subir un infarctus du myocarde et six fois plus grand d'acquérir une maladie pulmonaire obstructive chronique (USDHHS, 1979).

Des effets sur le foetus ont également été démontrés. La fréquence des bébés de petit poids est deux fois plus élevée chez les mères fumeuses (Meyer *et al.*, 1976).

Au Québec, 32 % de tous les décès survenus en 1989 chez les hommes de 35 ans et plus étaient attribuables au tabac. Chez les femmes, cette proportion était de 15 % (Morin *et al.*, 1992).

Le tabagisme étant un facteur de risque de plusieurs problèmes de santé très graves, il est l'objet de quatre objectifs de la Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992). Ainsi, par la lutte au tabagisme, on veut : diminuer la proportion de naissances de bébés de poids insuffisant, réduire la mortalité par maladie cardiovasculaire, stabiliser la mortalité par cancer du poumon et diminuer la mortalité par maladie du système respiratoire. À cette fin, la première stratégie «pour favoriser le renforcement du potentiel des personnes» a comme objectif de réduire la consommation de tabac et d'augmenter la proportion de non-fumeurs à 80 % d'ici l'an 2002.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 peut contribuer à mesurer l'atteinte de ce dernier objectif. Elle permet d'établir les types de fumeurs dans la population de 15 ans et plus et d'estimer la proportion des non-fumeurs; elle donne également la description des fumeurs à cibler pour l'intervention.

5.1 Aspects méthodologiques

La prévalence de l'usage de la cigarette est mesurée en répartissant la population québécoise de 15 ans et plus selon le type de fumeur. Le nombre de cigarettes fumées chaque jour permet d'évaluer le degré d'exposition des fumeurs. Enfin, l'âge auquel les fumeurs réguliers ont commencé à fumer tous les jours est utilisé pour mieux cibler les interventions auprès des jeunes et donner un aperçu de leur efficacité.

L'usage de la cigarette est défini selon quatre catégories : les fumeurs réguliers sont des personnes qui fument tous les jours, indépendamment de la quantité de cigarettes consommées; les fumeurs occasionnels sont ceux qui fument la cigarette moins souvent que chaque jour; les anciens fumeurs sont ceux qui déclarent avoir déjà fumé par le passé, mais qui ont cessé; et enfin, la dernière catégorie représente ceux qui n'ont jamais fumé. La quantité de cigarettes quotidiennes, mesurée seulement chez les fumeurs réguliers, est indiquée selon les plages couramment utilisées de 1 à 10, 11 à 25 et 26 et plus.

Les renseignements sur la consommation de cigarettes proviennent des questions 15 à 20 du questionnaire autoadministré. Afin d'assurer la comparabilité des données, les questions posées en 1992-1993 sont les mêmes que celles de l'enquête Santé Québec 1987, à l'exception des choix de réponse portant sur la sorte de tabac (pipe, cigare, tabac à priser ou à chiquer). Ces choix ont été éliminés en raison de la faible prévalence de ces habitudes en 1987. De plus, les études récentes montrent peu de changement dans l'usage de ces types de tabac dans le temps, si ce n'est une diminution (Kaiserman, 1992; Kaiserman et Collishaw, 1991; Kaiserman et Allen, 1990).

Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que ce sont les répondants eux-mêmes qui déclarent leur consommation. Ceux-ci ont peut-être tendance à sous-estimer le nombre de cigarettes fumées car, par désirabilité sociale, il peut être culpabilisant d'avouer être fumeur dans une enquête de santé (Mills *et al.*, 1994; SBSC, 1993). On observe cependant un faible taux de non-réponse partielle. En effet, il est inférieur à 4 % pour la variable d'analyse «type de fumeur», et se situe autour de 1 % pour les variables «quantité de cigarettes» et «âge où les fumeurs réguliers ont commencé à fumer».

La section qui suit présente les résultats en fonction de l'usage du tabac au sein de la population québécoise de 15 ans et plus selon l'âge, le sexe et certaines variables démographiques et socioéconomiques. Les fumeurs réguliers sont plus spécifiquement examinés à partir de groupes d'âge plus étroits chez les jeunes. La quantité de cigarettes fumées quotidiennement ainsi que l'âge où les fumeurs réguliers ont commencé à fumer tous les jours sont également décrits. Les non-fumeurs font l'objet de la dernière partie.

5.2 Résultats

5.2.1 Types de fumeurs

En 1992-1993, 30 % des Québécois de 15 ans et plus déclarent fumer la cigarette tous les jours, 4 % sont des fumeurs occasionnels, 32 % n'ont jamais fumé et 34 % affirment avoir cessé de fumer au moment de l'enquête (tableau 5.1). Les hommes sont plus nombreux

Tableau 5.1

Types de fumeurs selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

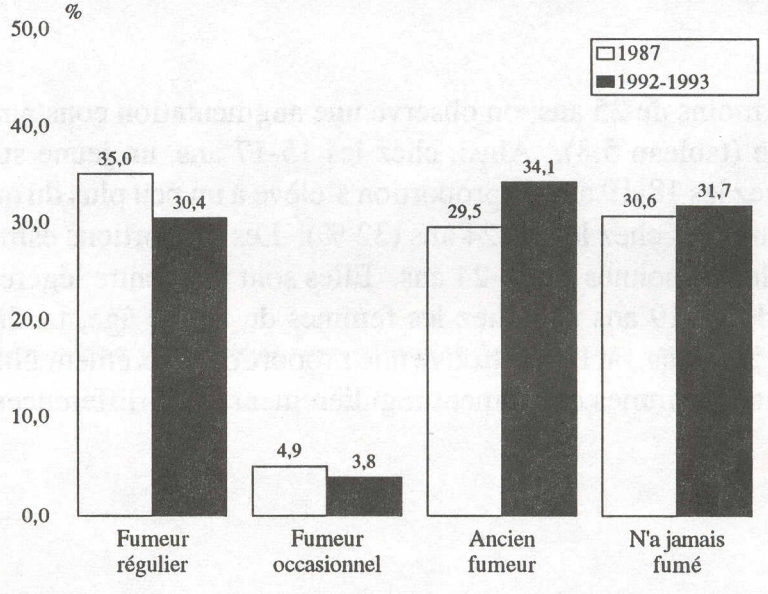
Sexe / Groupe d'âge	Types de fumeurs				
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
	%	%	%	%	N
Sexe					
Hommes	27,8	36,5	3,6	32,1	2 686 507
Femmes	35,5	31,7	4,0	28,8	2 794 760
Groupe d'âge					
15-24 ans	44,6	20,8	7,2	27,4	918 254
25-44 ans	28,3	31,7	4,0	36,1	2 414 424
45-64 ans	26,3	42,5	2,4	28,9	1 472 200
65 ans et plus	38,6	42,2	1,6*	17,7	676 389
Total	**31,7**	**34,1**	**3,8**	**30,4**	**5 481 267**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

que les femmes à fumer régulièrement (32 % c. 29 %) et ils sont plus souvent d'anciens fumeurs (37 % c. 32 %), tandis que les femmes sont plus nombreuses à n'avoir jamais fumé (36 % c. 28 %). La plus grande proportion de fumeurs réguliers se retrouve parmi les personnes de 25-44 ans (36 %), alors que celles de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses à déclarer cette habitude (18 %).

Graphique 5.1

Types de fumeurs, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993



Par comparaison avec les résultats de l'enquête Santé Québec 1987, la proportion de non-fumeurs s'est accrue, passant de 60 % à 66 % et la proportion de fumeurs réguliers a diminué d'autant (35 % c. 30 %). La proportion d'ex-fumeurs est par ailleurs plus élevée en 1992-1993 (34 %) que lors de la précédente enquête (30 %) (graphique 5.1).

5.2.2 Fumeurs réguliers

La proportion de fumeurs réguliers est significativement plus élevée chez les hommes (32 %) que chez les femmes (29 %). Cette différence est due aux personnes de 45 ans et plus. L'usage quotidien de la cigarette varie aussi selon l'âge. Tant chez les hommes que chez les femmes, la proportion la plus élevée de fumeurs réguliers se retrouve chez les personnes de 25-44 ans, et elle diminue par la suite avec l'âge (tableau 5.2).

Tableau 5.2

Fumeurs réguliers selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe	Groupe d'âge			
	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
	%	%	%	%
Hommes	27,4	36,8	31,3	21,7
Femmes	27,4	35,4	26,5	14,7
Total	**27,4**	**36,1**	**28,9**	**17,7**

Chez les jeunes de moins de 25 ans, on observe une augmentation constante de l'usage de la cigarette avec l'âge (tableau 5.3). Ainsi, chez les 15-17 ans, un jeune sur cinq (21 %) est fumeur régulier; chez les 18-19 ans, la proportion s'élève à un peu plus du quart (27 %), et elle atteint près de un sur trois chez les 20-24 ans (32 %). Les proportions estimées diffèrent peu selon le sexe chez les personnes de 20-24 ans. Elles sont par contre légèrement plus élevées chez les hommes de 18-19 ans que chez les femmes du même âge, tandis que la tendance s'inverse chez les 15-17 ans, où l'on retrouve une proportion légèrement plus élevée de jeunes femmes que de jeunes hommes qui fument régulièrement. Ces différences ne sont toutefois pas significatives.

Tableau 5.3

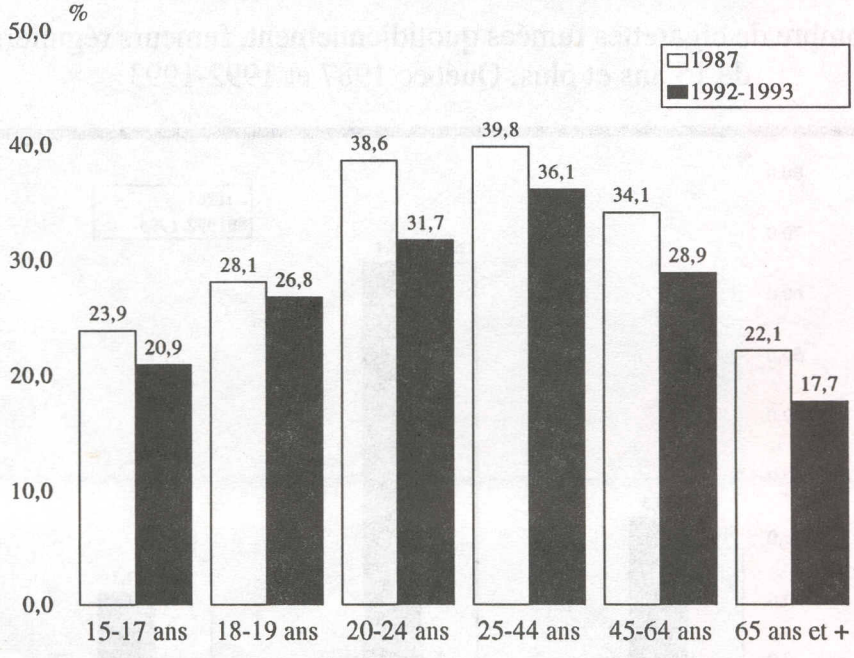
Fumeurs réguliers selon le sexe et l'âge, population de 15 à 24 ans, Québec 1992-1993

Sexe	Groupe d'âge		
	15-17 ans	18-19 ans	20-24 ans
	%	%	%
Hommes	19,5	28,1	32,1
Femmes	22,3	25,5	31,3
Total	**20,9**	**26,8**	**31,7**

La comparaison des résultats de 1992-1993 avec les données de l'enquête Santé Québec 1987 montre une diminution significative de l'usage régulier de la cigarette entre les deux enquêtes, chez les personnes de 20 à 64 ans (graphique 5.2). On observe une tendance à la baisse dans presque tous les groupes d'âge, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau A.5.1); cette diminution n'est cependant significative que chez les hommes de 25 à 64 ans et les femmes de 20-24 ans.

Graphique 5.2

Fumeurs réguliers selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993



On a également étudié l'association entre des variables démographiques et socioéconomiques et l'usage régulier de la cigarette. Ainsi, l'usage diminue à mesure que la scolarité relative augmente, les proportions passant graduellement de 43 % parmi les personnes les moins scolarisées à 16 % parmi les plus instruites (tableau A.5.2).

De plus, l'usage régulier de la cigarette diminue à mesure que le niveau de revenu augmente, passant de 45 % chez les très pauvres à 21 % chez les mieux nantis (tableau A.5.3). En tenant compte simultanément de l'âge et du sexe, les hommes de 25-44 ans pauvres ou très pauvres forment les groupes où les proportions de fumeurs réguliers sont les plus élevées; celles-ci atteignent respectivement 49 % et 65 %, alors qu'elle se situe à 37 % parmi l'ensemble des hommes de cet âge.

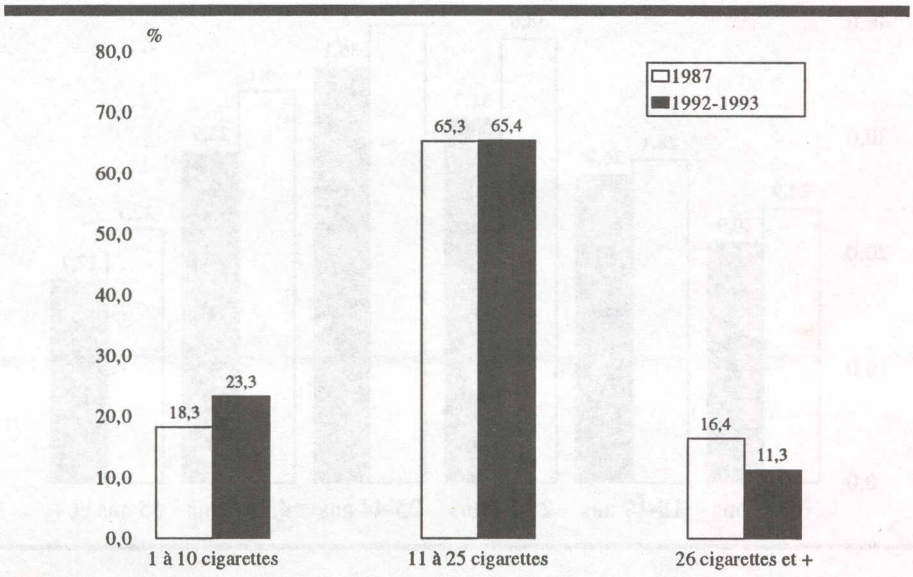
Enfin, un examen des données selon le groupe ethnoculturel montre que le groupe minoritaire compte une proportion beaucoup plus élevée de personnes n'ayant jamais fumé, soit 44 %, comparativement à 30 % pour le groupe majoritaire. La proportion de fumeurs réguliers y est de même beaucoup plus faible, soit 21 %, comparativement à 32 % chez le groupe majoritaire (tableau A.5.4). Ces tendances valent autant pour les hommes que pour les femmes, quel que soit le groupe d'âge.

Nombre de cigarettes fumées

Le nombre de cigarettes fumées par les fumeurs réguliers est aussi une variable importante, puisque le risque pour la santé augmente avec la quantité de tabac consommé. L'examen des données de la présente enquête montre que les deux tiers des fumeurs réguliers (65 %) consomment de 11 à 25 cigarettes par jour (graphique 5.3). Les gros fumeurs (26 cigarettes et plus par jour) sont plus nombreux chez les hommes (14 %) que chez les femmes (8 %), et cette différence est significative parmi tous les groupes d'âge sauf parmi les jeunes de 15-24 ans (tableau A.5.5).

Graphique 5.3

Nombre de cigarettes fumées quotidiennement, fumeurs réguliers de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993



Par comparaison avec les données de l'enquête Santé Québec 1987, il semble que la quantité de cigarettes consommées ait diminué, puisque l'on observe une plus faible proportion de gros fumeurs en 1992-1993 (11 %) qu'en 1987 (16 %) et une plus forte proportion de personnes qui fument de une à dix cigarettes (23 % c. 18 %) (graphique 5.3). La majorité (95 %) des fumeurs réguliers font usage de cigarettes avec filtre.

Âge d'initiation à la cigarette

L'habitude de fumer tous les jours s'acquiert généralement jeune. Ainsi, chez les fumeurs réguliers, 85 % des hommes et 77 % des femmes rapportent avoir commencé à fumer quotidiennement avant l'âge de 20 ans (tableau A.5.6) . Chez les fumeurs réguliers de 15 à 24 ans, 13 % ont acquis l'habitude de fumer tous les jours à 12 ans ou moins, et 50 % l'ont acquise entre 13 et 15 ans (tableau 5.4). L'enquête ne permet pas de détecter d'évolution significative entre 1987 et 1992-1993, au niveau de l'âge d'initiation à la cigarette.

Tableau 5.4

Âge où la personne a commencé à fumer tous les jours,
fumeurs réguliers de 15 à 24 ans, Québec 1987 et 1992-1993

Année d'enquête	Âge d'initiation			
	12 ans et moins	13-15 ans	16-19 ans	20-24 ans
	%	%	%	%
1987	11,3	46,1	38,4	4,2
1992-1993	12,6	50,4	33,6	3,4

5.2.3 Non-fumeurs

Deux Québécois sur trois âgés de 15 ans et plus se déclarent non-fumeurs, soit 32 % de personnes qui n'ont jamais fumé et 34 % d'anciens fumeurs.

Chez les hommes, 73 % des anciens fumeurs déclarent avoir déjà été fumeurs réguliers avant l'abandon de la cigarette (tableau A.5.7). Chez les femmes, cette proportion est de 57 %. Cependant, les jeunes de 15-24 ans se démarquent nettement des autres, puisque la proportion d'ex-fumeurs réguliers est de 22 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes. Cette différence de comportement entre les jeunes et les moins jeunes était présente lors de l'enquête Santé Québec 1987. Par contre, on observe un changement marqué chez les jeunes femmes de 15-24 ans, entre les deux enquêtes; en 1992-1993 les anciennes fumeuses comptent davantage de fumeuses occasionnelles (77 % c. 63 %) et moins de fumeuses régulières (23 % c. 37 %).

5.3 Conclusions

5.3.1 Synthèse et pistes de recherche

La proportion de fumeurs réguliers a diminué depuis l'enquête Santé Québec 1987, passant de 35 % à 30 % en 1992-1993, alors que la proportion de fumeurs occasionnels est demeurée stable à environ 4 %. On a toutefois observé cette diminution seulement chez les personnes de 20 ans et plus. Par ailleurs, il semble que le nombre de cigarettes fumées quotidiennement ait diminué entre les deux enquêtes. Tous âges confondus, l'usage quotidien de la cigarette demeure plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. L'usage de la cigarette varie également en fonction de la scolarité et du revenu.

La plupart des résultats obtenus ici se comparent avec ceux de l'Enquête Promotion de la santé Canada 1990, qui estime à 34 % la proportion de fumeurs réguliers et occasionnels au sein de la population québécoise.

La Politique de la santé et du bien-être vise à augmenter jusqu'à 80 % la proportion de non-fumeurs. Les données de la présente enquête situent cette proportion à 66 %.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a été menée au moment où la contrebande de cigarettes était florissante et où l'imposition de taxes élevées sur les produits du tabac était remise en question. Les groupes en faveur du maintien des taxes n'ont pas fait le poids face au lobby des groupes d'intérêt et, le 9 février 1994, les gouvernements fédéral et provincial ont décidé de diminuer les taxes sur le tabac. Cela a occasionné une diminution de prix et une accessibilité accrue au produit. Il sera intéressant, dans quelques années, de mesurer l'effet de cette décision à moyen et à long terme. La proportion de fumeurs et la quantité quotidienne de cigarettes fumées auront-elles augmenté, et qu'en sera-t-il des jeunes, particulièrement influencés par le prix des cigarettes ?

Les résultats présentés ne font qu'un bref survol des données sur le tabagisme en 1992-1993. D'autres croisements de variables ou types d'analyse sont également possibles à partir des données disponibles.

Étant donné que les renseignements sur l'usage de la cigarette fournis par l'enquête proviennent du QAA, ils ne touchent que les personnes de 15 ans et plus. À l'avenir, il serait important d'étudier le tabagisme chez les jeunes Québécois de moins de 15 ans. L'habitude de fumer, comme le démontre la présente enquête, s'acquiert très jeune. Il y aurait donc lieu de mieux comprendre l'usage de la cigarette chez les jeunes et son importance comme phénomène de socialisation pour intervenir plus efficacement auprès de cette population cible.

Enfin, étant de plus en plus sensibilisés à l'importance de saines habitudes de vie, les gens sont nombreux à tenter d'arrêter de fumer. Beaucoup cessent pendant de courtes périodes sans pour autant délaisser définitivement l'usage de la cigarette. Par conséquent, il faudrait repenser la définition d'ex-fumeur pour y intégrer la notion de durée.

5.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats, bien qu'ils soient encourageants si on les compare à ceux de 1987, montrent que le tabagisme est toujours répandu au sein de la population : plus d'un Québécois sur trois âgé de 15 ans et plus est un fumeur régulier ou occasionnel.

Les jeunes demeurent le groupe le plus vulnérable. L'analyse des résultats montre d'une part que l'habitude de fumer s'acquiert avant l'âge de 16 ans pour une bonne proportion de fumeurs réguliers et que d'autre part, la proportion de fumeurs ne semble pas avoir diminué depuis 1987 parmi les jeunes de moins de 20 ans, contrairement aux autres groupes d'âge. Récemment, des recherches ont signalé que l'usage du tabac à l'adolescence gênerait la croissance des poumons et inhiberait le développement optimal de la fonction pulmonaire de façon permanente (CDC, 1994a). On reconnaît également que plus l'habitude de fumer est acquise jeune, plus la probabilité d'être un fumeur à l'âge adulte est grande, et que plus la durée d'exposition est longue, plus le risque d'avoir des problèmes sérieux de santé augmente (CDC, 1994b). Il faudrait donc s'interroger sur la façon d'intervenir efficacement auprès des jeunes dès l'école primaire, pour éviter qu'ils ne commencent à fumer.

Par ailleurs, l'intervention doit viser également ceux qui fument déjà, en particulier les groupes à risque que l'enquête a signalés : les hommes et les personnes très pauvres ou peu scolarisées.

5.4 Références bibliographiques

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1994a). "Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 43, nº RR-2, p. 1-18.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1994b). "Preventing tobacco use among young people" (A report of the Surgeon General : Executive summary), *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 43, nº RR-4, p. 1-10.

ENQUÊTE SANTÉ CANADA; SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA; STATISTIQUE CANADA (1981). *La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*, ministère des Approvisionnements et Services, Ottawa.

KAISERMAN, M.J.; ALLEN, T.A. (1990). «Tendances relatives à la consommation de tabac au Canada, 1980-1989», *Maladies chroniques au Canada*, vol. 11, nº 4, p. 59-60.

KAISERMAN, M.J.; COLLISHAW, N.E. (1991). «Tendances de la consommation de tabac, 1980-1990», *Maladies chroniques au Canada*, vol. 12, nº 4, p. 53-55.

KAISERMAN, M.J. (1992). «Production, ventes et consommation de tabac au Canada, 1991», *Maladies chroniques au Canada*, vol. 13, nº 3, p. 76-79.

MEYER, M.B.; JONAS, B.S.; TONASCIA, J.A. (1976). "Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy", *American Journal of Epidemiology*, nº 103, p. 464-476.

MILLS, C.; STEPHENS, T.; WILKINS, K. (1994). «Rapport sommaire de l'Atelier sur la surveillance de l'usage du tabac», *Maladies chroniques au Canada*, vol. 15, nº 3, p. 120-125.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec.

MORIN, M.; KAISERMAN, M.J.; LEAHY, K. (1992). «Mortalité régionale attribuable au tabagisme au Canada, 1989», *Maladies chroniques au Canada*, vol. 13, nº 4, p. 71-75.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1993). *Enquête Promotion de la santé Canada 1990*, rapport technique, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va?*, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tomes 1 et 2, Les Publications du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

US DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE (1979). *Smoking and Health* (A Report of the Surgeon General), DHEW (PHS) 79-50066.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1982). *The Health Consequences of Smoking : Cancer* (A Report of the Surgeon General), DHHS (PHS) 82-50179.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1983). *The Health Consequences of Smoking : Cardiovascular Disease* (A Report of the Surgeon General), DHHS (PHS) 84-50204.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1984). *The Health Consequences of Smoking : Chronic Obstructive Lung Disease* (A Report of the Surgeon General), DHHS (PHS) 84-50205.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1986). *The Health Consequences of Involuntary Smoking* (A Report of the Surgeon General), DHHS (CDC) 87-8398.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1989a). *Reducing the Health Consequences of Smoking : 25 Years of Progress* (A Report of the Surgeon General), DHHS (CDC) 89-8411.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1989b). "Advance report of final mortality statistics, 1987", *Monthly Vital Statistics Report 38*, (nº 5, suppl.), 1989, National Center for Health Statistics.

WONG, T. *ET AL.* (1992). «Mortalité attribuable au tabagisme et années potentielles de vie perdues au Canada, 1986», *Maladies chroniques au Canada*, vol. 13, nº 4, p. 71-75.

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A.5.1

Types de fumeurs selon l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge / Année		Types de fumeurs				
		Jamais fumé	Ancien fumeur	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
		%	%	%	%	N
Hommes						
15-17 ans	1987	60,1	12,4	6,5	21,0	--
	1992-1993	54,5	19,3	6,7*	19,5	145 159
18-19 ans	1987	52,5	15,5	5,8	26,2	--
	1992-1993	49,7	15,8	6,4*	28,1	87 640
20-24 ans	1987	42,1	16,8	5,7	35,4	--
	1992-1993	44,0	19,1	4,8*	32,1	231 952
25-44 ans	1987	22,1	32,2	4,4	41,3	--
	1992-1993	28,2	30,9	4,1	36,8	1 206 553
45-64 ans	1987	14,6	43,6	3,8	38,0	--
	1992-1993	17,8	48,8	2,1*	31,3	727 398
65 ans et plus	1987	17,5	52,5	3,0	26,9	--
	1992-1993	18,1	58,2	2,0**	21,7	287 805
Total	1987	**25,5**	**33,4**	**4,4**	**36,6**	**--**
	1992-1993	**27,8**	**36,5**	**3,6**	**32,1**	**2 686 507**
Femmes						
15-17 ans	1987	45,8	17,1	10,1	27,1	--
	1992-1993	43,4	24,4	9,9*	22,3	140 305
18-19 ans	1987	41,7	17,3	11,0	30,0	--
	1992-1993	44,7	17,9	11,9*	25,5	86 810
20-24 ans	1987	29,9	21,4	6,8	41,9	--
	1992-1993	37,6	24,3	6,9	31,3	226 388
25-44 ans	1987	28,0	28,2	5,6	38,2	--
	1992-1993	28,3	32,5	3,8	35,4	1 207 872
45-64 ans	1987	37,8	27,8	4,0	30,4	--
	1992-1993	34,6	36,3	2,7	26,5	744 801
65 ans et plus	1987	56,2	23,2	2,3	18,3	--
	1992-1993	53,8	30,3	1,3**	14,7	388 584
Total	1987	**35,4**	**25,8**	**5,4**	**33,4**	**--**
	1992-1993	**35,5**	**31,7**	**4,0**	**28,8**	**2 794 760**
Sexes réunis	1987	**30,6**	**29,5**	**4,9**	**35,0**	**--**
	1992-1993	**31,7**	**34,1**	**3,8**	**30,4**	**5 481 267**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour les résultats de 1987.

-- Non disponible pour les résultats de 1987.

Tableau A.5.2

Fumeurs réguliers selon la scolarité relative et l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Scolarité relative				
	Plus faible	Faible	Moyenne	Élevée	Plus élevée
	%	%	%	%	%
Hommes					
15-24 ans	42,6	31,8	25,5	23,9	15,9*
25-44 ans	52,5	42,4	39,8	34,9	15,8
45-64 ans	44,5	37,0	33,8	26,8	15,2*
65 ans et plus	22,8	22,1	27,3	23,5	13,6*
Total	**45,6**	**37,2**	**33,4**	**30,0**	**15,4**
Femmes					
15-24 ans	38,1	32,5	31,3	18,7	14,2*
25-44 ans	50,9	40,2	35,3	30,3	20,0
45-64 ans	36,0	30,5	25,7	24,5	15,7
65 ans et plus	17,2	13,7*	16,3*	15,0*	10,7**
Total	**40,0**	**33,0**	**29,2**	**24,8**	**16,6**
Sexes réunis	**42,7**	**34,9**	**31,1**	**27,6**	**16,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.5.3

Fumeurs réguliers selon le niveau de revenu et l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Niveau de revenu				
	Très pauvre	Pauvre	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
	%	%	%	%	%
Hommes					
15-24 ans	48,0	25,1	28,8	25,6	19,4**
25-44 ans	64,6	49,0	36,8	34,5	23,2
45-64 ans	51,9	39,9	34,7	27,7	24,4
65 ans et plus	26,4	22,7	24,0	20,8	10,7**
Total	**53,5**	**37,1**	**33,0**	**30,2**	**22,1**
Femmes					
15-24 ans	41,7	39,0	26,2	22,6	19,9**
25-44 ans	54,1	48,9	34,7	33,3	23,7
45-64 ans	42,0	28,6	29,1	23,9	18,6*
65 ans et plus	14,0**	16,8*	15,5*	14,0**	4,8**
Total	**39,0**	**34,5**	**28,8**	**27,5**	**20,2**
Sexes réunis	**44,9**	**35,6**	**30,8**	**28,9**	**21,2**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.5.4

Fumeurs réguliers selon le groupe ethnoculturel et l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Groupe ethnoculturel	
	Groupe majoritaire	Groupe minoritaire
	%	%
Hommes		
15-24 ans	28,2	21,0
25-44 ans	37,8	27,5
45-64 ans	32,0	26,4
65 ans et plus	23,7	11,9
Total	**33,1**	**24,0**
Femmes		
15-24 ans	28,0	20,5
25-44 ans	37,6	18,4
45-64 ans	27,5	16,0
65 ans et plus	14,7	16,7
Total	**30,2**	**17,9**
Sexes réunis	**31,6**	**21,2**

Tableau A.5.5

Nombre de cigarettes fumées quotidiennement selon l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus fumant régulièrement, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Nombre de cigarettes fumées quotidiennement					
	1-10		11-25		26 et plus	
	1987 %	1992-93 %	1987 %	1992-93 %	1987 %	1992-93 %
Hommes						
15-24 ans	24,5	41,4	68,5	55,1	6,9	3,6**
25-44 ans	12,5	15,3	65,1	69,5	22,4	15,2
45-64 ans	13,7	15,4	59,3	64,9	27,0	19,7
65 ans et plus	24,0	26,4	69,0	63,2	7,0	10,4**
Total	**15,6**	**20,0**	**64,4**	**65,7**	**19,9**	**14,3**
Femmes						
15-24 ans	32,9	44,6	62,3	53,8	4,9	1,6**
25-44 ans	15,0	20,6	69,3	70,6	15,7	8,8
45-64 ans	20,4	24,7	64,6	63,4	15,0	11,9
65 ans et plus	33,3	41,1	59,7	54,4	7,0	4,5**
Total	**21,1**	**26,7**	**66,2**	**65,1**	**12,7**	**8,2**
Sexes réunis	**18,3**	**23,3**	**65,3**	**65,4**	**16,4**	**11,3**

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour les résultats de 1987.

Tableau A.5.6

Âge où la personne a commencé à fumer tous les jours selon l'âge actuel, hommes et femmes de 15 ans et plus fumant régulièrement, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge actuel	Âge d'initiation									
	12 ans et moins		13-15 ans		16-19 ans		20-24 ans		25 ans et plus	
	1987 %	1992-93 %	1987 %	1992-93 %	1987 %	1992-93 %	1987 %	1992-93 %	1987 %	1992-93 %
Hommes										
15-24 ans	10,6	11,3	42,6	45,5	42,2	38,6	4,5	4,6*	---	---
25-44 ans	6,8	7,4	32,5	32,3	48,9	46,2	9,0	10,5	2,9	3,6
45-64 ans	5,4	5,7*	27,9	31,2	45,3	43,1	16,6	14,6	4,8	5,4*
65 ans et plus	9,7	8,3**	18,3	32,3	37,9	37,6	22,3	17,4*	11,8	4,4**
Total	**7,3**	**7,6**	**32,0**	**34,0**	**46,1**	**43,6**	**11,1**	**11,2**	**3,5**	**3,6**
Femmes										
15-24 ans	11,9	13,9	49,0	55,5	35,1	28,5	4,0	2,1**	---	---
25-44 ans	4,2	7,4	28,6	35,8	50,4	43,7	13,4	9,6	3,3	3,6
45-64 ans	1,2	3,3**	12,5	16,8	39,0	36,7	22,7	23,1	24,5	20,1
65 ans et plus	1,5	2,5**	4,0	1,8**	23,6	26,9*	21,1	30,5	49,8	38,4
Total	**5,0**	**7,0**	**27,7**	**31,8**	**43,0**	**38,4**	**14,0**	**13,2**	**10,3**	**9,5**
Sexes réunis	**6,2**	**7,3**	**30,0**	**33,0**	**44,6**	**41,1**	**12,5**	**12,2**	**6,8**	**6,5**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour les résultats de 1987.

--- Sans objet

Tableau A.5.7

Types d'anciens fumeurs selon l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Types d'anciens fumeurs			
	Occasionnel		Régulier	
	1987 %	1992-1993 %	1987 %	1992-1993 %
Hommes				
15-24 ans	77,0	78,4	23,0	21,7
25-44 ans	24,5	28,2	75,5	71,8
45-64 ans	10,8	17,3	89,2	82,7
65 ans et plus	10,2	16,4	89,8	83,6
Total	**22,9**	**26,7**	**77,1**	**73,3**
Femmes				
15-24 ans	63,4	76,8	36,6	23,2
25-44 ans	34,2	37,2	65,8	62,8
45-64 ans	40,3	42,1	59,7	57,9
65 ans et plus	42,0	38,3	58,1	61,7
Total	**40,9**	**43,5**	**59,1**	**56,5**
Sexes réunis	**31,0**	**34,7**	**69,0**	**65,4**

CHAPITRE

ACTIVITÉ PHYSIQUE DE LOISIR

6

Bertrand Nolin, *conseiller Kino-Québec, Centre de santé publique de Québec*

6.0 Introduction

L'activité physique est une partie intégrante de notre vie quotidienne tout au long de notre existence. Comme l'alimentation, l'activité physique est un besoin fondamental du corps humain et elle contribue au maintien et à l'amélioration de la santé dans son ensemble (Bouchard *et al.*, 1994).

Jusqu'au début du vingtième siècle, le travail comportait des exigences physiques importantes pour une bonne majorité de la population. Dans les pays industrialisés cependant, l'activité physique reliée au travail a passablement diminué pour faire place à une mécanisation croissante des industries et à une économie de services, ce qui a entraîné un travail de plus en plus sédentaire pour une portion importante de la population.

L'activité physique de loisir devient alors une avenue intéressante pour combattre le problème d'hypokinétisme relié au mode de vie actuel. Divers programmes ont été mis sur pied dans les pays industrialisés afin de promouvoir la pratique de l'activité physique durant les temps libres. Sur le continent européen, certaines formules d'incitation à la pratique de diverses activités physiques remontent même au début du siècle (Landry, 1975). Chez nous, Kino-Québec s'est donné, à la fin des années soixante-dix, la mission de promouvoir l'activité physique et de contribuer à réduire le problème de la sédentarité au Québec.

La Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992) a confirmé l'importance que les autorités gouvernementales entendent accorder à la pratique de l'activité physique. Cette dernière peut grandement contribuer, de façon directe et indirecte, à l'atteinte de plusieurs des dix-neuf objectifs définis dans cette politique (prévention des maladies cardiovasculaires, santé mentale, intégration sociale des personnes de 65 ans et plus), ce qui justifie amplement ce choix. La stratégie retenue consiste à promouvoir la «régularité» plutôt que «l'intensité» des séances d'exercice.

Cinq éléments servent plus particulièrement à l'analyse détaillée de l'activité physique de loisir : la nature de l'activité, la forme d'entraînement, l'intensité de pratique de l'activité, la durée des séances et la fréquence de pratique de l'activité (Bouchard, 1974). Cette dernière

est une composante majeure des «bénéfices-santé», et plus particulièrement de la santé physique (Haskell, 1994a et 1994b). De plus, la fréquence est le premier élément qui mène à «l'habitude» de l'activité physique (Godin et Shephard, 1990). Les données de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 jettent une lumière intéressante sur la fréquence des activités physiques durant les temps libres chez les personnes de 15 ans et plus. En outre, l'enquête identifie les activités les plus populaires que pratiquent les Québécoises et Québécois.

6.1 Aspects méthodologiques

L'activité physique de loisir a été examinée à l'aide du questionnaire autoadministré. La question touchant la fréquence (QAA136) permet d'obtenir une estimation du pourcentage de la population pouvant être considérée comme «active» durant ses loisirs (Gionet et Godin, 1989; Godin *et al.*, 1986; Godin et Shephard, 1985), ainsi qu'un éventail détaillé d'autres catégories de fréquence d'activités. L'indicateur retenu est la fréquence d'activités d'une durée de 20 à 30 minutes, au cours des trois mois ayant précédé l'enquête. Finalement, les questions QAA141 et QAA142 donnent un aperçu général des activités les plus populaires chez les personnes de 15 ans et plus. Le pourcentage de non-réponse partielle est de 2,1 % à la question 136, et à peu près nul pour les questions 141 et 142, ce qui présente un bon portrait de la situation.

La fréquence des activités a été subdivisée en cinq catégories distinctes : 3 fois/sem. ou plus (actifs), 2 fois/sem. (moyennement actifs), 1 fois/sem. (un peu actifs), 2-3 fois/mois (très peu actifs) et 1 fois/mois ou moins (sédentaires). Cette subdivision donne un portrait plus exact de la situation que celle d'autres enquêtes qui regroupent les catégories centrales sous la seule expression «moyennement actifs». Elle permet un meilleur suivi des objectifs de modification graduelle du comportement et des effets de l'activité physique sur la santé, lesquels semblent être progressifs et apparaître assez tôt sur le continuum de l'exercice physique (Pate *et al.*, 1995; Powell et Blair, 1994; Blair *et al.*, 1992).

Il est important de souligner que les résultats sont représentatifs de l'ensemble de l'année, car la collecte de données était répartie sur quatre vagues successives de trois mois (individus différents à chacune des vagues). Cependant, les données ne permettent pas d'analyser la fréquence des activités selon les saisons, car l'information recueillie peut chevaucher deux saisons, la période de rappel de la question étant «durant les trois derniers mois».

La section suivante présente les principaux résultats concernant la fréquence des activités physiques de loisir parmi la population de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques et un survol des dix activités les plus populaires. La comparaison des fréquences avec les résultats de l'enquête Santé Québec 1987 n'est pas possible, car l'approche retenue en 1992-1993 est différente. Néanmoins, deux autres études québécoises (MLCP, 1987; CECPQ, 1974) permettront de dégager la tendance générale dans la proportion des personnes physiquement «actives» durant leurs loisirs. La comparaison des quatre autres catégories de fréquence n'est cependant pas possible.

Tableau 6.1

Fréquence des activités physiques de loisir, 20 à 30 minutes par séance, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Fréquence des activités					
	3 fois/sem. et plus	2 fois/sem.	1 fois/sem.	2-3 fois/mois	1 fois/mois et moins	Total
	%	%	%	%	%	N
Hommes						
15-24 ans	43,2	16,8	12,8	10,0	17,2	472 379
25-44 ans	21,6	14,2	15,8	12,1	36,4	1 224 783
45-64 ans	25,7	12,2	13,2	7,3	41,6	742 315
65 ans et plus	37,6	9,1	8,9	4,6*	39,8	283 695
Total	**28,1**	**13,6**	**13,9**	**9,6**	**34,8**	**2 723 172**
Femmes						
15-24 ans	25,4	16,4	18,0	12,9	27,4	459 281
25-44 ans	17,8	12,8	16,3	10,7	42,4	1 217 548
45-64 ans	26,7	11,6	14,7	6,6	40,4	761 217
65 ans et plus	26,5	9,4	12,5	3,9*	47,7	389 977
Total	**22,6**	**12,6**	**15,6**	**9,0**	**40,2**	**2 828 023**
Sexes réunis						
15-24 ans	34,4	16,6	15,3	11,4	22,2	931 660
25-44 ans	19,7	13,5	16,1	11,4	39,4	2 442 331
45-64 ans	26,2	11,9	14,0	7,0	41,0	1 503 532
65 ans et plus	31,2	9,3	11,0	4,2	44,4	673 672
Total	**25,3**	**13,1**	**14,8**	**9,3**	**37,5**	**5 551 195**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

L'examen de la fréquence des activités physiques selon le groupe d'âge chez les hommes et chez les femmes montre que les hommes de 15-24 ans et de 65 ans et plus présentent les pourcentages d'actifs les plus élevés (43 % et 38 %). Le pourcentage de femmes actives diminue entre 15-24 ans (25 %) et 25-44 ans (18 %), mais il se retrouve au même niveau que les plus jeunes parmi les 45 ans et plus (27 %). La proportion de sédentaires est différente entre les hommes et les femmes seulement chez les personnes de 15-24 ans et chez les 25-44 ans, où les femmes se retrouvent en plus grande proportion (27 % c. 17 % et 42 % c. 36 %). En ce qui concerne les autres fréquences (2 fois/sem., 1 fois/sem. et 2 à 3 fois/mois), il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes.

Bien qu'on ne puisse comparer ces résultats avec ceux de l'enquête Santé Québec 1987, les résultats de deux autres enquêtes montrent une augmentation notable de la proportion des

personnes actives depuis vingt ans. La première enquête, réalisée en 1973-1974, indiquait que 18 % de la population de 10 ans et plus pratiquait des activités plusieurs fois par semaine tout au long de l'année (CECPQ, 1974). On peut donc conclure que la proportion des 15 ans et plus pouvant être considérés comme actifs était un peu plus faible. La seconde enquête, réalisée en 1986-1987, montrait une augmentation sensible de cette proportion, puisque près du quart (23 %) de la population était alors active (MLCP, 1987). Depuis, cette proportion semble s'être stabilisée autour de 25 %.

La pratique d'activités physiques de loisir est influencée par de nombreux facteurs intrinsèques et extrinsèques (Godin et Shephard, 1990). Les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, même si elles ne sont pas une composante majeure des déterminants de la pratique d'activités, semblent être associées à l'activité physique de loisir, comme le montre l'analyse de la fréquence des activités selon la scolarité relative, le niveau de revenu et la langue maternelle.

Tableau 6.2

Fréquence des activités physiques de loisir, 20 à 30 minutes par séance, selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Fréquence des activités					
	3 fois/sem. et plus	2 fois/sem.	1 fois/sem.	2-3 fois/mois	1 fois/mois et moins	Total
	%	%	%	%	%	N
Scolarité relative						
Plus faible	21,6	9,7	13,2	7,9	47,6	1 104 056
Faible	23,1	11,4	14,1	9,1	42,4	1 133 063
Moyenne	24,4	13,3	15,7	9,9	36,6	981 696
Élevée	25,5	15,2	14,9	9,8	34,6	1 168 057
Plus élevée	31,5	15,7	16,1	10,1	26,6	1 129 963
Niveau de revenu						
Très pauvre	25,8	10,2	11,9	6,8	45,2	402 639
Pauvre	24,1	10,6	12,8	8,5	44,0	629 053
Moyen inférieur	23,7	11,7	15,1	9,0	40,5	1 662 292
Moyen supérieur	25,7	14,2	15,1	9,5	35,5	2 147 122
Supérieur	28,7	16,6	16,4	11,6	26,9	710 090
Langue maternelle						
Français	24,8	13,2	14,9	9,5	37,6	4 559 369
Anglais	31,3	15,3	15,2	8,2	30,0	413 969
Autre langue	24,8	10,5	13,4	9,0	42,3	550 501

Les données indiquent un lien avec la scolarité relative, qui semble plus évident et graduel dans la catégorie «sédentaires» (tableau 6.2). La proportion de personnes sédentaires est plus élevée parmi les personnes les moins scolarisées (48 %) et diminue parmi celles qui déclarent une scolarité moyenne (37 %) ou plus élevée (27 %). Par ailleurs, on observe une proportion nettement plus élevée de personnes actives (32 %) parmi les personnes ayant la scolarité la plus élevée, comparativement aux personnes moins scolarisées (22 % à 26 %).

On observe également un lien avec le niveau de revenu. Cette relation n'apparaît pas dans la catégorie des personnes actives, mais la proportion des personnes sédentaires diminue à mesure que le revenu augmente, variant de 45 % parmi les très pauvres à 27 % chez les personnes ayant un revenu supérieur. Ces différences ne sont toutefois significatives qu'entre les niveaux moyen inférieur (41 %), moyen supérieur (36 %) et supérieur (27 %).

Les résultats selon la langue maternelle font ressortir une différence significative chez les actifs entre les francophones (25 %) et les anglophones (31 %), mais non entre les allophones et les anglophones (marge d'erreur plus grande pour ces deux derniers). La proportion d'anglophones sédentaires (30 %), quant à elle, est moins élevée que celle des francophones (38 %) et des allophones (42 %).

6.2.2 Activités les plus populaires

Le recensement des activités qui ont la faveur populaire termine cette brève description des résultats. Le tableau 6.3 présente les dix activités le plus souvent rapportées comme ayant été pratiquées au moins une fois au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

Tableau 6.3

Les dix activités les plus populaires[1], population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Rang	Activité	%
1	Marche aux fins d'exercice	77,3
2	Baignade	44,5
3	Danse (disco, sociale ou autre)	42,7
4	Randonnée à vélo	39,8
5	Jardinage	35,9
6	Patinage libre sur glace	26,2
7	Bicyclette stationnaire	24,2
8	Quilles	20,6
9	Natation (cours ou entraînement)	16,7
10	Ski alpin	16,5

[1] Activités pratiquées au moins une fois durant les 12 mois ayant précédé l'enquête.

Comme c'est le cas de plusieurs enquêtes précédentes (Stephens et Craig, 1990; MLCP, 1987; Roy, 1985), la marche demeure l'activité la plus populaire (77 %).

Un coup d'oeil sur les dix activités les plus populaires au Québec parmi les personnes de 15 ans et plus depuis le début des années 80 (MLCP, 1987) fait ressortir plusieurs variations. Il faut toutefois se rappeler que la méthode de collecte ayant légèrement changé, l'information est présentée à titre indicatif seulement. Premièrement, le tennis, le golf et le hockey sur glace figurent dans cette liste en 1981, mais non en 1987 et en 1992-1993. Deuxièmement, le ski de randonnée, les exercices à domicile et le jogging sont parmi les dix premières en 1981 et en 1987, mais non en 1992-1993. En 1987, la danse apparaît dans cette liste et elle y demeure en 1992-1993.

Seulement quatre activités ont résisté à «l'usure» du temps et des modes, et demeurent présentes parmi les dix premières en 1981, en 1987 et en 1992-1993 soit : la marche, le vélo, le patinage libre sur glace et la natation. Bon nombre d'autres activités sont également pratiquées par les Québécoises et Québécois et, si l'on retient comme critère qu'elles touchent au moins 5 % des personnes de 15 ans et plus, dix-sept activités s'ajoutent à la liste du tableau 6.3.

Les dix activités les plus populaires, selon le sexe (tableau 6.4), sont majoritairement les mêmes, mise à part la marche pratiquée par 82 % des femmes et 73 % des hommes, mais elles se présentent dans un ordre différent pour les hommes et pour les femmes. Les seules activités différentes sont le golf et le hockey, qu'on retrouve chez les hommes, et les cours de conditionnement physique chez les femmes.

Tableau 6.4

Les dix activités les plus populaires[1] selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

	Hommes		Femmes	
Rang	**Activité**	**%**	**Activité**	**%**
1	Marche aux fins d'exercice	72,8	Marche aux fins d'exercice	81,7
2	Baignade	45,5	Danse (disco, sociale ou autre)	47,9
3	Randonnée à vélo	44,3	Baignade	43,5
4	Danse (disco, sociale ou autre)	37,3	Jardinage	37,5
5	Jardinage	34,1	Randonnée à vélo	35,3
6	Patinage libre sur glace	28,4	Bicyclette stationnaire	24,3
7	Bicyclette stationnaire	24,0	Patinage libre sur glace	24,2
8	Quilles	22,8	Quilles	18,5
9	Golf	22,4	Cours de conditionnement physique	17,4
10	Hockey	22,0	Natation (cours ou entraînement)	16,6

[1] Activités pratiquées au moins une fois durant les 12 mois ayant précédé l'enquête.

Finalement, un coup d'oeil rapide par groupe d'âge et par sexe (données non présentées) révèle que la marche demeure au premier rang pour tous les sous-groupes, à l'exception des hommes de 15-24 ans, où la randonnée à vélo occupe la première place.

6.3 Conclusions

6.3.1 Synthèse et pistes de recherche

Les résultats sur la fréquence des activités physiques de loisir permettent d'observer que le quart de la population de 15 ans et plus peut être considéré comme «actif», et près de 40 % comme «sédentaire» durant ses loisirs puisque ce groupe rapporte pratiquer des activités physiques de loisir une fois par mois ou moins (26 % n'en pratique jamais). Cette concentration de la population aux deux extrêmes («actifs» et «sédentaires») est un phénomène que l'on observe également dans les dernières enquêtes canadiennes qui ont abordé ce sujet (Millar, 1994; Stephens, 1993; Stephens et Craig, 1990) bien que les pourcentages varient sensiblement selon les définitions des catégories «actifs» et «sédentaires» de chacune des enquêtes. Quant à l'évolution du pourcentage d'«actifs» au Québec depuis vingt ans, lequel a augmenté jusqu'au milieu des années 80, avant de plafonner, on observe la même tendance dans d'autres études canadiennes (Stephens et Caspersen, 1994). Il y a toutefois lieu d'interpréter ces résultats avec prudence, car seule l'activité physique de loisir a été mesurée, et partiellement seulement, puisque la nature, l'intensité, la durée et la fréquence des activités n'ont pas été étudiées. L'ajout du niveau d'activité physique au travail et dans la vie quotidienne permettrait d'établir la proportion de personnes effectivement «actives» et «sédentaires». L'Enquête sociale et de santé a montré aussi que les hommes sont plus nombreux que les femmes à être «actifs» durant leurs moments de loisir. Ces différences entre les sexes se retrouvent dans la majorité des enquêtes récentes (Stephens et Caspersen, 1994), bien que les femmes aient augmenté leur niveau d'activité durant les dernières décennies (Millar, 1994; Stephens et Craig, 1990).

Quel que soit le sexe, ce sont les personnes les plus jeunes (15-24 ans) et les plus âgées qui se sont révélées les plus nombreuses à présenter une fréquence élevée d'activités physiques durant leurs loisirs. La variation des pourcentages d'«actifs» et de «sédentaires» selon le groupe d'âge, mentionnée dans l'Enquête sociale et de santé, suit les tendances relevées par la plupart des études (Stephens et Caspersen, 1994; Stephens, 1993), sauf dans un cas en ce qui concerne les «actifs» (Millar, 1994).

La différence entre les sexes est observée pour tous les groupes d'âge, à l'exception des 25-44 ans, où les hommes et les femmes pratiquent des activités physiques de loisir à la même fréquence. Millar (1994) et Stephens et Craig (1990) ont fait les mêmes observations, alors que les résultats de Stephens (1993) diffèrent sur certains points.

Enfin, ce sont les Québécoises et Québécois les moins scolarisés, ceux dont la langue maternelle n'est pas l'anglais et les pauvres qui apparaissent les plus «sédentaires» durant leur temps de loisir. Ce type de relation entre certaines composantes socioéconomiques et les

activités physiques de loisir est aussi rapportée dans la majorité des études (Millar, 1994; Stephens et Caspersen, 1994; Stephens, 1993; McPherson et Curtis, 1986).

Des renseignements supplémentaires sur les déterminants de la pratique d'activités ont été recueillis dans le cadre de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, et leur analyse fera l'objet d'un rapport distinct. Une étude plus détaillée de l'activité physique dans son ensemble (loisir, travail et domestique) a également été effectuée à l'aide d'un sous-échantillon, et ces résultats permettront, entre autres, de faire des comparaisons avec l'enquête réalisée en 1987 par le ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche (MLCP, 1987). De plus, la variété des données recueillies par l'Enquête sociale et de santé ouvre la porte à plusieurs autres analyses par rapport à l'activité physique.

Finalement, en ce qui concerne les dix activités les plus populaires, la marche demeure le premier choix tant chez les hommes que chez les femmes. Activité accessible comme nulle autre, la marche possède un bon potentiel de «bénéfices-santé», et peut être pratiquée seule ou en groupe, dans des endroits très variés, en toutes saisons, selon un horaire très flexible, et n'occasionne pas ou très peu de frais. De plus, nombre de ces avantages s'appliquent à plusieurs activités parmi les dix premiers choix des Québécoises et Québécois.

6.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

Il ressort des résultats de l'enquête qu'une proportion importante (25 %) des personnes de 15 ans et plus peuvent être considérées comme «actives» durant leurs loisirs si l'on s'appuie principalement sur le critère de la fréquence des activités. En ajoutant à cela les «moyennement actifs», on obtient un total de 38 % de personnes pour lesquelles l'activité physique de loisir semble être ancrée assez solidement dans leur mode de vie. Les personnes qui pratiquent des activités physiques de loisir quelques fois par mois ou une fois par semaine sont, elles aussi, engagées sur le continuum de l'exercice physique, lequel permet de bénéficier assez tôt des avantages sur la santé que procure ce mode de vie. Cependant, pour près de quatre personnes sur dix (38 %), l'activité physique de loisir est absente ou presque absente. Cette constatation, compte tenu des effets de l'activité physique sur l'amélioration de la santé de la population (Bouchard *et al.*, 1994; Powell et Blair, 1994), incite à maintenir sinon à augmenter les efforts de promotion. De plus, ce type d'action s'inscrit parfaitement dans le virage promotion-prévention mentionné dans la Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992).

La sédentarité durant les loisirs est plus fréquente chez les personnes de 25 ans et plus. On peut supposer qu'une partie d'entre elles dispose de moins de temps pour la pratique d'activités physiques de loisir. Par ailleurs, les données d'autres études (Stephens & Craig, 1990; ECPC, 1983) montrent un abandon progressif de la pratique d'activités avant cet âge. Il est donc important d'agir en fonction de chacun de ces groupes.

Il faut poursuivre les efforts afin de diminuer la sédentarité durant les loisirs chez les femmes, et plus particulièrement chez les 15-24 ans et les 25-44 ans. Un meilleur partage des responsabilités familiales serait probablement un pas dans la bonne direction, afin de donner aux

femmes le temps disponible pour faire de l'exercice (Stephens & Craig, 1990). Cependant, beaucoup d'autres facteurs intrinsèques et extrinsèques (Godin et Shephard, 1990) influencent la décision d'une personne de faire ou de ne pas faire d'activités physiques durant ses loisirs.

Finalement, en ce qui concerne le type d'activité à promouvoir, la majorité des dix activités les plus populaires possèdent certaines caractéristiques communes qui peuvent aider à orienter, en partie, les programmes de promotion de l'activité physique. Ces activités se pratiquent aussi bien seul qu'en groupe, à tout âge, selon un horaire flexible et à un coût abordable.

6.4 Références bibliographiques

BLAIR. S.N.; KOHL, H.W.; PAFFENBARGER, R.S. Jr. (1992). "How much physical activity is good for health", *Annual Review of Public Health*, nº 13, p. 99-126.

BOUCHARD, C.; LANDRY, F.; BRUNELLE, J.; GODBOUT, P. (1974). *La condition physique et le bien-être*, Québec, éd. du Pélican, 317 p.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T. (1994). *Physical Activity, Fitness and Health : International Proceedings and Consensus Statement*, Champaign, Human Kinetics, 1 055 p.

COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA CONDITION PHYSIQUE DES QUÉBÉCOIS (1974). *Le rapport et les recommandations*, Québec, Haut-Commissariat à la jeunesse, aux loisirs et aux sports, 303 p.

ENQUÊTE CONDITION PHYSIQUE CANADA (1983). *Condition physique et mode de vie au Canada*, Ottawa, Condition physique et Sport amateur, Gouvernement du Canada, 75 p.

GIONET, N.J.; GODIN, G. (1989). "Self-reported exercise behavior of employees : A validity study", *Journal of Occupational Medicine*, nº 31, p. 969-973.

GODIN, G.; SHEPHARD, R.J. (1990). "Use of attitude-behavior models in exercise promotion", *Sport Medicine*, vol. 10, nº 2, p. 103-121.

GODIN, G.; JOBIN, J.; BOUILLON, J. (1986). "Assessment of leisure time exercise behaviour by self-report : A concurrent validity study", *Canadian Journal of Public Health*, nº 77, p. 359-362.

GODIN, G.; SHEPHARD, R.J. (1985). "A simple method to assess exercise behaviour in the community", *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, vol. 10, p. 141-146.

HASKELL, W.L. (1994a). "Dose-response issues from a biological perspective", dans Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T., *Physical Activity, Fitness and Health : International Proceedings and Consensus Statement*, Champaign, Human Kinetics, p. 1030-1039.

HASKELL, W.L. (1994b). "Health consequences of physical activity : Understanding and challenges regarding dose-responses", *Medicine & Science in Sports & Exercise*, vol. 26, nº 6, p. 649-660.

LANDRY, F. (1975). *Activités physiques et sport pour tous : un bilan des pratiques courantes et de la variété des formules d'incitation proposées en divers pays du monde*, Montréal, Revue Mouvement, monographie nº 1, 46 p.

McPHERSON, B.D.; CURTIS, J.E. (1986). *Différences entre les habitudes d'activité physique des Canadiens adultes selon les régions et les types de collectivité*, Ottawa, Enquête condition physique Canada, 51 p.

MILLAR, W. (1994). "Activité physique durant les loisirs", dans *Enquête sociale générale 1991, série analytique : l'état de santé des Canadiens*, Ottawa, Statistique Canada, p. 159-170 (nº de catalogue 11-612F, nº 8).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

MINISTÈRE DU LOISIR, DE LA CHASSE ET DE LA PÊCHE (1987). *La pratique de l'activité physique par les Québécois et les Québécoises*, (vol. 1 et 2), Québec, Service de l'analyse et de la recherche socioéconomique, vol. 1, 135 p., vol. 2, 220 p.

PATE, R.R.; PRATT, M.; BLAIR, S.N.; HASKELL, W.L.; MACERA, C.A. *ET AL.* (1995). "Physical activity and public health : A recommendation from the Centres for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine", *Journal of the American Medical Association*, vol. 273, nº 5, p. 402-407.

POWELL, K.E.; BLAIR, S.N. (1994). "The public health burdens of sedentary living habits : Theoretical but realistic estimates", *Medicine & Science in Sports & Exercise*, vol. 26, nº 7, p. 851-856.

ROY, L. (1985). *Le point sur les habitudes de vie : l'activité physique*, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 121 p.

STEPHENS, T.; CASPERSEN, C.J. (1994). "The demography of physical activity", dans Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T., *Physical Activity, Fitness and Health : International Proceedings and Consensus Statement*, Champaign, Human Kinetics, p. 204-213.

STEPHENS, T. (1993). «L'activité physique de loisir», dans : Stephens, T.; Fowler Graham, D., *Enquête Promotion de la santé Canada 1990 : Rapport technique* (Santé et Bien-être social Canada), Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, p. 147-159 (nº de catalogue : H39-263/2-1990F).

STEPHENS, T.; CRAIG, C.L. (1990). *Le mieux-être des Canadiens et des Canadiennes : faits saillants de l'enquête Campbell de 1988*, Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et de mode de vie, 123 p.

CHAPITRE

POIDS CORPOREL

7

Louise Therrien, *Centre de santé publique, Régie régionale de Québec*

7.0 Introduction

Des études mettent en évidence une forte corrélation entre l'excès de poids et l'incidence de maladies cardiovasculaires, d'hypertension, de diabète non insulinodépendant et de cancers du sein, de l'endomètre, du côlon et de la prostate (Kissebah *et al.*, 1989; Santé et Bien-être social Canada, 1988a). Le risque de développer un de ces problèmes de santé est environ deux fois plus élevé lorsqu'il y a excès de poids, et il triple lorsqu'il s'agit d'obésité. Par ailleurs, chez certaines personnes, un poids insuffisant ou encore un début d'excès de poids peut être associé à un risque de développer certains problèmes de santé. Cependant, les risques de morbidité chez les personnes ayant un poids insuffisant diffèrent de ceux des personnes ayant un excès de poids. Un poids insuffisant peut être causé par une maladie (cancer, anorexie, etc.) ou être à l'origine de cette dernière (Santé et Bien-être social Canada, 1991, 1988a, 1988b).

Les deux éléments retenus pour l'analyse des données relatives au poids corporel sont l'indice de masse corporelle (IMC) et le désir de changer de poids. L'analyse des données portant sur l'indice de masse corporelle vise à décrire la répartition de la population en fonction du poids-santé ainsi que de discerner les groupes susceptibles de développer des problèmes de santé en raison de leur poids. Cet indice permet de déterminer la présence d'une insuffisance ou d'un excès de poids, souvent associée aux habitudes alimentaires et à la dépense énergétique. C'est d'ailleurs en raison de son lien avec les habitudes alimentaires et l'activité physique que l'IMC est présenté dans la section sur les déterminants de la santé. Quant au désir de changer de poids, il permet d'examiner l'attitude de la population québécoise face à son poids corporel et de cibler les groupes les plus à risque parmi ceux qui ont un problème d'excès de poids ou de poids insuffisant.

L'indice de masse corporelle s'inscrit parmi les indicateurs à considérer pour documenter l'atteinte de certains objectifs de la Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992) visant à réduire les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer. C'est une mesure qui permet également de cibler des groupes susceptibles d'avoir une alimentation insuffisante ou déficiente, notamment les populations défavorisées et celles qui ont des troubles du comportement alimentaire telles les personnes anorexiques ou boulimiques (Santé Québec, 1994a).

7.1 Aspects méthodologiques

L'indice de masse corporelle est une mesure couramment utilisée en santé publique pour évaluer l'ensemble du poids corporel, y compris le tissus adipeux[1]. Cet indice est basé sur le rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'une personne (en mètres) et a été conçu principalement pour les adultes âgés de 20 à 65 ans[2] dont la taille et la condition physique sont assez stables. De ce fait, il ne s'applique pas aux femmes enceintes ou qui allaitent. La validité épidémiologique de la relation entre le poids et la santé a été démontrée seulement pour les personnes du groupe d'âge de 20 à 65 ans (Santé et Bien-être social Canada, 1988a, 1988b). Les données des autres groupes d'âge demeurent intéressantes pour établir à tout le moins des tendances. La pertinence d'associer l'obésité ou la maigreur à un risque de morbidité et de mortalité chez ces derniers reste à démontrer.

C'est à partir du poids (QAA4.1) et de la grandeur (QAA5) déclarés par les répondants au questionnaire autoadministré que l'IMC a été calculé. L'échelle de l'IMC présentée ci-dessous est constituée d'intervalles de poids semblables pour les hommes et pour les femmes, mais différents pour les groupes d'âge de 15 à 19 ans, de 20 à 64 ans, de 65 à 80 ans et de 81 ans et plus (Ledoux, M., 1994; Comité des diététistes en évaluation nutritionnelle gériatrique, 1993; Santé et Bien-être social Canada, 1988a; Condition physique et Sport amateur Canada, 1986).

Schéma 7.1

Seuils retenus pour l'indice de masse corporelle (IMC)
selon l'âge, population de 15 ans et plus

IMC	Groupe d'âge			
	15-19 ans	**20-64 ans**	**65-80 ans**	**81 ans et plus**
Poids insuffisant	< 19	< 20	< 20	< 20
Poids acceptable	**19-24**	**20-26**	**20-26**	**20-28**
Poids-santé	19-24	20-24	20-26	20-28
Début d'excès de poids	---	25-26	---	---
Excès de poids	**25 et +**	**27 et +**	**27 et +**	**29 et +**
Embonpoint	---	27-29	---	---
Obésité	---	30 et +	---	---

--- Non défini

[1] Cette mesure ne permet pas d'avoir une idée précise de la masse graisseuse et de la répartition du tissus adipeux. Il faut se référer au rapport tour de taille/tour de hanches afin de déterminer la répartition de la masse adipeuse excédentaire (Santé et Bien-être social Canada, 1988a). La présente enquête ne dispose pas des données nécessaires pour ce genre d'analyse. Par ailleurs, l'interprétation de l'IMC, lorsqu'il est utilisé sur une base individuelle, doit tenir compte de facteurs tels que l'âge et la durée d'un excès ou d'une insuffisance de poids.

[2] La limite d'âge de 65 ans est celle utilisée par Santé et Bien-être social Canada dans le cadre de ses travaux.

Comme c'était le cas dans l'enquête Santé Québec 1987, l'IMC calculé dans la présente enquête ne permet pas de départager les personnes à forte musculature et les athlètes qui pratiquent des sports d'endurance de ceux qui font de l'embonpoint; l'écart réel entre les hommes et les femmes à cet égard pourrait être moindre que ne l'indiquent les résultats observés.

L'indice du désir de changer de poids est établi en calculant le rapport entre le poids déclaré par la personne (QAA4.1) et le poids qu'elle désire avoir (QAA4.2). On le calcule pour l'ensemble des répondants au questionnaire autoadministré, à l'exclusion des femmes enceintes. Si ce rapport est égal à 1, la personne désire maintenir son poids corporel; s'il dépasse 1, c'est qu'elle désire le diminuer, et s'il est inférieur à 1, c'est qu'elle désire l'augmenter. Par ailleurs, lorsque le rapport atteint 1,1, la diminution nécessaire pour obtenir le poids désiré est considérée comme importante; s'il se situe entre 1,0 et 1,1, une légère diminution est alors nécessaire pour atteindre le poids désiré. De la même façon, lorsque le rapport est inférieur ou égal à 0,9, il est question d'une forte augmentation pour obtenir le poids désiré; s'il est plus petit que 1 et plus grand que 0,9, une légère augmentation est alors requise pour atteindre le poids désiré.

Les résultats de l'indice de masse corporelle et du désir de changer de poids de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 peuvent être comparés à ceux de l'enquête Santé Québec 1987. Les mêmes questions ont servi au calcul de l'indice de masse corporelle et du désir de changer de poids, et les réponses sont rapportées par les participants dans les deux cas. Cependant, pour l'indice de masse corporelle, les seuils ont changé, et il ne se fait plus de distinction selon le sexe. Afin d'établir une comparaison avec les données de 1987, celles-ci ont été recalculées de la même manière que celles de 1992-1993.

La proportion de valeurs manquantes pour l'IMC est inférieure à 5 % et elle est de l'ordre de 7,3 % pour le désir de changer de poids. Une analyse de la non-réponse partielle pour l'indice du désir de changer de poids permet de constater qu'il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes (8 % c. 7 %) (tableau A.7.1). Cependant, la proportion de non-répondants varie en fonction de l'âge, les personnes de 65 ans et plus étant moins disposées à répondre que les personnes de moins de 65 ans (17 % c. 6 %).

L'indice de masse corporelle est d'abord analysé pour l'ensemble de la population de 15 ans et plus. Suit une comparaison de la proportion de la population présentant un excès de poids entre l'enquête de 1987 et celle de 1992-1993. Pour la population de 20 à 64 ans, l'indice de masse corporelle fait par la suite l'objet d'une analyse plus détaillée selon le sexe et l'âge, et selon certaines caractéristiques socioéconomiques. Le désir de changer de poids est finalement examiné chez la population québécoise de 15 ans et plus, puis analysé en fonction de l'indice de masse corporelle pour les personnes de 20 à 64 ans.

7.2 Résultats

7.2.1 Indice de masse corporelle

Population de 15 ans et plus

En 1992-1993, près des deux tiers (64 %) des hommes et des femmes de 15 ans et plus affichent un poids acceptable (tableau 7.1). Les hommes présentent des risques accrus sur le plan de la santé en raison d'un excès de poids en plus grande proportion que les femmes (29 % c.

21 %). Par ailleurs, une proportion plus élevée de femmes (16 %) que d'hommes (6 %) risquent d'avoir des problèmes de santé liés à un déficit pondéral. La proportion de femmes qui risquent de présenter des problèmes de santé reliés à un excès de poids augmente de façon significative entre 15-44 ans (15 %) et 45 ans et plus (29 %). Chez les hommes, les 45-64 ans sont proportionnellement plus nombreux que les hommes plus jeunes ou plus vieux à présenter un excès de poids (38 % c. 20 %, 26 % et 28 %).

Tableau 7.1

Indice de masse corporelle selon l'âge,
hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

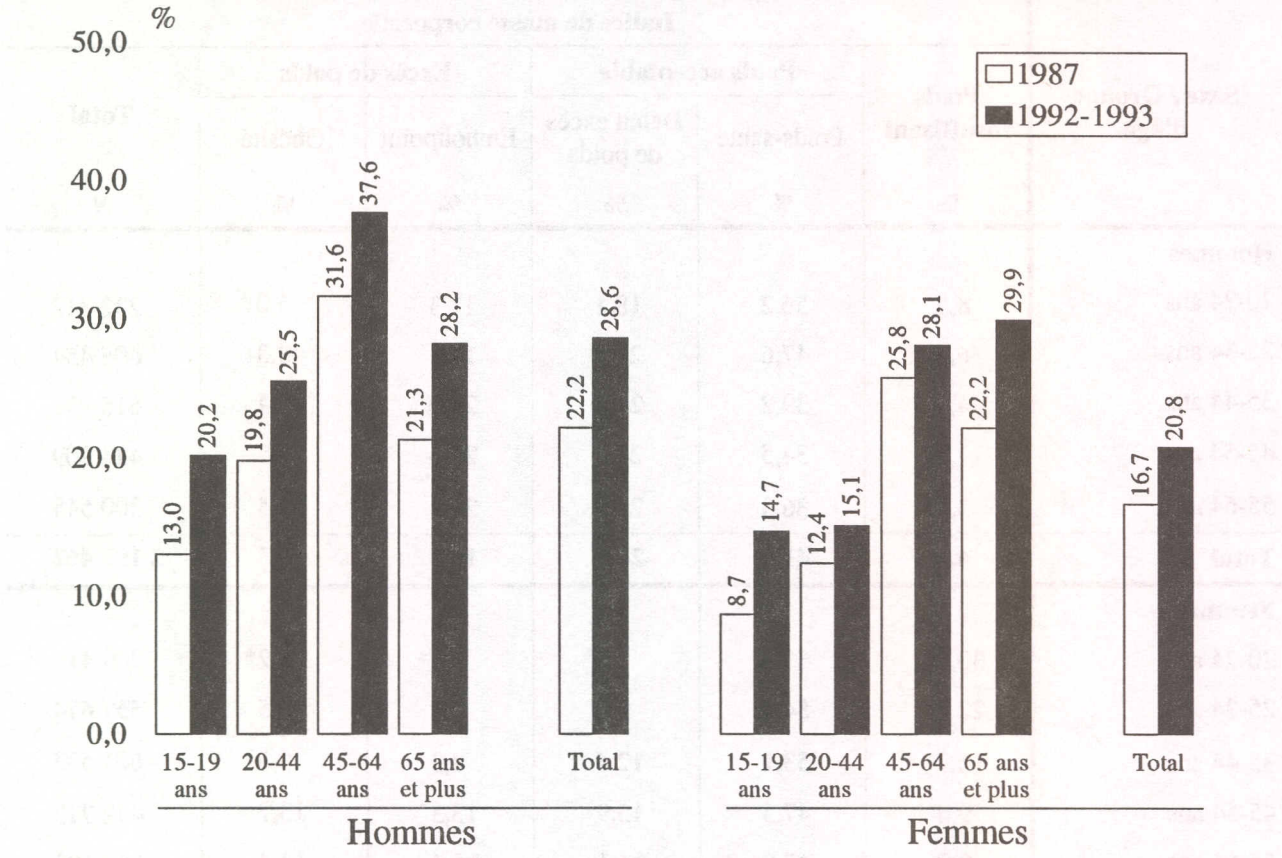
Sexe / Groupe d'âge	Indice de masse corporelle			
	Poids insuffisant %	Poids acceptable %	Excès de poids %	Total N
Hommes				
15-19 ans	14,3	65,5	20,2	233 955
20-44 ans	5,9	68,6	25,5	1 453 705
45-64 ans	2,4*	60,0	37,6	744 757
65 ans et plus	6,8	65,0	28,2	291 660
Total	**5,8**	**65,6**	**28,6**	**2 724 077**
Femmes				
15-19 ans	20,3	65,0	14,7	215 164
20-44 ans	21,0	63,9	15,1	1 368 644
45-64 ans	9,0	62,9	28,1	756 407
65 ans et plus	11,4	58,8	29,9	402 248
Total	**16,2**	**63,0**	**20,8**	**2 742 463**
Sexes réunis	**11,0**	**64,3**	**24,7**	**5 466 540**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

La comparaison des résultats entre 1987 et 1992-1993 permet d'observer que la proportion de personnes présentant un excès de poids est plus élevée en 1992-1993 qu'en 1987, tant chez les hommes (29 % c. 22 %) que chez les femmes (21 % c. 17 %) (graphique 7.1). Chez les hommes, les différences observées entre les deux enquêtes sont significatives pour tous les groupes d'âge, sauf chez les hommes de 65 ans et plus. Chez les femmes, les différences observées sont significatives seulement chez les 20-44 ans et chez les 65 ans et plus.

Graphique 7.1

Excès de poids selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993



Population de 20 à 64 ans

Une analyse plus détaillée pour les personnes âgées entre 20 et 64 ans permet de constater qu'en 1992-1993, une proportion plus élevée de femmes (17 %) que d'hommes (5 %) risquent d'avoir des problèmes de santé attribuables à un déficit pondéral (tableau 7.2). Ce sont surtout les femmes plus jeunes, de 20 à 34 ans, et principalement celles de 20-24 ans (30 %), qui ont un poids insuffisant. Les proportions diffèrent entre les groupes d'âge, sauf entre les femmes de 45-54 ans et de 55-64 ans. Par contre, les hommes (30 %) sont plus nombreux que les femmes (20 %) à courir des risques accrus sur le plan de la santé, en raison d'un excès de poids. L'excès de poids se manifeste surtout par une proportion plus élevée d'hommes que de femmes qui présentent de l'embonpoint (19 % c. 10 %). Environ une personne sur dix présente un problème d'obésité, sans que l'enquête ne décèle de différence entre les hommes et les femmes.

Il y a également beaucoup plus d'hommes (24 %) que de femmes (12 %) qui affichent un début d'excès de poids. Il n'existe cependant pas de différence significative entre les groupes d'âge, chez les hommes. Quant aux femmes, des différences significatives sont notées entre les femmes de 25-34 ans, et celles de 45-54 ans et de 55-64 ans (9 % c. 16 %).

Tableau 7.2

Indice de masse corporelle selon l'âge,
hommes et femmes de 20 à 64 ans, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Indice de masse corporelle					
	Poids insuffisant	Poids acceptable		Excès de poids		Total
		Poids-santé	Début excès de poids	Embonpoint	Obésité	
	%	%	%	%	%	N
Hommes						
20-24 ans	8,5	56,2	18,1	11,3	6,0*	232 312
25-34 ans	6,2	47,6	23,5	14,4	8,3	605 454
35-44 ans	4,6	39,2	24,8	21,0	10,4	615 939
45-54 ans	1,8*	34,5	25,7	24,4	13,7	444 209
55-64 ans	3,4*	36,3	23,6	24,4	12,4	300 548
Total	**4,7**	**41,9**	**23,7**	**19,3**	**10,3**	**2 198 462**
Femmes						
20-24 ans	30,0	53,5	7,0*	3,3*	6,2*	209 416
25-34 ans	22,3	54,4	9,0	7,8	6,5	557 674
35-44 ans	16,7	53,1	12,4	8,3	9,5	601 553
45-54 ans	9,6	47,5	15,9	13,3	13,7	442 713
55-64 ans	8,2	45,9	16,1	15,4	14,4	313 693
Total	**16,7**	**51,3**	**12,3**	**9,7**	**10,0**	**2 125 049**
Sexes réunis	**10,7**	**46,5**	**18,1**	**14,6**	**10,1**	**4 323 511**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

La proportion de personnes de 20 à 64 ans affichant un excès de poids diminue à mesure que le niveau de scolarité relative augmente. En effet, cette proportion passe de 30 % chez celles qui ont le plus bas niveau de scolarité à 20 % chez celles qui sont les plus instruites (tableau 7.3). Il y a également une plus grande proportion de personnes ayant un poids-santé parmi les plus scolarisées que chez celles qui sont les moins scolarisées (51 % c. 43 %). Par ailleurs, il n'y a pas de relation significative entre le niveau de revenu et l'indice de masse corporelle.

Tableau 7.3

Indice de masse corporelle selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 20 à 64 ans, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Indice de masse corporelle				
	Poids insuffisant	Poids acceptable		Excès de poids	Total
		Poids-santé	Début excès de poids		
	%	%	%	%	N
Scolarité relative					
Plus faible	9,3	42,7	17,9	30,1	854 046
Faible	10,4	45,2	17,4	27,0	878 898
Moyenne	10,7	47,0	18,9	23,4	776 344
Élevée	11,1	47,3	18,5	23,1	917 738
Plus élevée	11,3	50,6	18,0	20,2	861 181
Niveau de revenu					
Très pauvre	12,5	48,4	14,3	24,9	290 505
Pauvre	11,6	45,7	16,6	26,1	417 578
Moyen inférieur	10,7	46,9	17,8	24,6	1 237 249
Moyen supérieur	10,5	45,7	19,1	24,7	1 786 087
Supérieur	9,3	47,9	18,5	24,2	592 095

7.2.2 Désir de changer de poids

Population de 15 ans et plus

Au sein de la population de 15 ans et plus, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à désirer perdre du poids : 75 % des femmes et 56 % des hommes aimeraient avoir un poids inférieur à celui qu'ils ont déclaré (tableau 7.4). La proportion de femmes désirant maigrir est moins élevée parmi les femmes de 65 ans et plus que parmi celles qui ont entre 20 et 64 ans (64 % c. 77 %).

Tableau 7.4

Désir de changer de poids selon l'âge,
hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Désir de changer de poids			
	Maintien	Diminution	Augmentation	Total
	%	%	%	N
Hommes				
15-19 ans	25,8	26,4	47,7	229 089
20-24 ans	23,3	39,9	36,8	221 774
25-34 ans	26,9	48,9	24,3	579 011
35-44 ans	21,1	64,7	14,3	592 398
45-54 ans	22,1	70,2	7,7	418 387
55-64 ans	24,8	65,1	10,2	275 103
65 ans et plus	29,9	56,1	14,0	249 626
Total	**24,4**	**55,7**	**19,9**	**2 565 388**
Femmes				
15-19 ans	14,4	73,7	11,9	217 830
20-24 ans	16,2	75,6	8,2	207 498
25-34 ans	17,5	74,2	8,3	546 188
35-44 ans	17,1	75,3	7,6	586 046
45-54 ans	12,7	80,6	6,7	422 300
55-64 ans	13,7	81,0	5,3*	289 864
65 ans et plus	25,2	63,9	10,9	356 007
Total	**16,9**	**74,9**	**8,2**	**2 625 733**
Sexes réunis	**20,6**	**65,4**	**14,0**	**5 191 121**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Population de 20 à 64 ans

La majorité (81 %) des femmes affichant un poids-santé et près du quart (23 %) de celles ayant un poids insuffisant souhaitent peser moins (tableau 7.5). De plus, parmi les femmes de 20 à 64 ans ayant un poids insuffisant, deux personnes sur cinq (42 %) ne veulent pas changer de poids. Cependant, la presque totalité des hommes (93 %) et des femmes (99 %) de 20 à 64 ans présentant un excès de poids espèrent diminuer leur poids actuel. Il est intéressant de noter que près du tiers des hommes (31 %) ayant un poids-santé veulent augmenter leur poids comparativement à seulement 3 % des femmes.

Tableau 7.5

Désir de changer de poids selon l'indice de masse corporelle, hommes et femmes de 20 à 64 ans, Québec 1992-1993

Sexe / Indice de masse corporelle	Désir de changer de poids			
	Maintien %	Diminution %	Augmentation %	Total N
Hommes				
Poids insuffisant	20,4	1,7**	77,9	97 509
Poids-santé	39,8	29,4	30,8	857 405
Début excès de poids	18,8	77,4	3,9	496 610
Excès de poids	5,8	93,4	0,8**	626 062
Total	**23,6**	**58,8**	**17,5**	**2 077 586**
Femmes				
Poids insuffisant	41,5	22,7	35,9	337 101
Poids-santé	16,6	80,7	2,7	1 040 797
Début excès de poids	2,1*	97,8	0,1**	252 247
Excès de poids	0,8**	99,0	0,2**	410 724
Total	**15,8**	**76,9**	**7,4**	**2 040 869**
Sexes réunis	**19,7**	**67,8**	**12,5**	**4 118 455**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Parmi les hommes de 20 à 64 ans qui désirent maigrir, ce sont surtout ceux affichant un excès de poids qui désirent une forte diminution de leur poids (67 %) (tableau 7.6). Chez les femmes de 20 à 64 ans qui souhaitent peser moins, ce sont à la fois les femmes qui présentent un

début d'excès de poids ou un excès de poids qui désirent en plus grande proportion une forte diminution de leur poids (77 % et 94 %).

Tableau 7.6

Degré de diminution du poids désiré selon l'indice de masse corporelle, hommes et femmes de 20 à 64 ans désirant une diminution de poids, Québec 1992-1993

Sexe / Indice de masse corporelle	Degré de diminution		
	Légère diminution	Forte diminution	Total
	%	%	N
Hommes			
Poids insuffisant	--	--	--
Poids-santé	87,0	13,0	252 051
Début excès de poids	77,5	22,5	384 197
Excès de poids	33,2	66,8	584 551
Total	**58,2**	**41,8**	**1 222 463**
Femmes			
Poids insuffisant	94,4	5,6	76 339
Poids-santé	71,2	28,8	839 740
Début excès de poids	23,4	76,6	246 650
Excès de poids	6,1	93,9	406 553
Total	**47,9**	**52,1**	**1 569 282**
Sexes réunis	**52,4**	**47,6**	**2 791 745**

-- Données non présentées à cause des petits nombres, ce qui implique que le total peut ne pas correspondre à la somme des effectifs.

7.3 Conclusions

7.3.1 Synthèse et pistes de recherche

La proportion de la population québécoise de 15 ans et plus présentant un excès de poids selon l'indice de masse corporelle s'est accrue depuis 1987; en 1992-1993, le quart de la population présente un excédent de poids, alors qu'en 1987 cette proportion s'établissait à 19 %. Cette hausse de la proportion de la population présentant un excès de poids s'observe autant chez les hommes que chez les femmes et pour la majorité des groupes d'âge.

Par ailleurs, la proportion de la population de 15 ans et plus ayant un poids insuffisant a sensiblement diminué entre 1987 et 1992-1993. Ce sont encore les jeunes femmes qui affichent les proportions les plus élevées de personnes ayant un poids insuffisant. Les femmes semblent encore très préoccupées par leur image corporelle puisque la majorité de celles ayant un poids-santé désirent perdre du poids, et que les deux tiers de celles qui ont un poids insuffisant désirent maintenir ou réduire leur poids actuel.

Cependant, les résultats de l'indice de masse corporelle chez les jeunes de 15 à 19 ans doivent être interprétés avec prudence. En raison de l'absence d'uniformité du rythme de croissance et de développement à l'adolescence, il est difficile d'établir une norme de référence pour ce groupe d'âge (Santé et Bien-être social Canada, 1988a).

On peut comparer les résultats de la présente enquête reliés à l'indice de masse corporelle chez les personnes de 20 à 64 ans à ceux de l'enquête Promotion de la santé Canada 1990; les deux enquêtes utilisent le poids déclaré par la population et utilisent les mêmes normes pour le calcul de l'indice et les mêmes groupes d'âge. Ainsi, en comparant les données de l'indice de masse corporelle de l'ensemble de la population canadienne et de celle du Québec, on observe le même profil de poids corporel : ce sont surtout les jeunes femmes qui présentent un poids insuffisant, et les hommes présentent un plus grand excès de poids que les femmes, particulièrement l'embonpoint. On observe en outre une augmentation de la proportion de la population canadienne présentant un excès de poids entre 1985 et 1990.

Les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990 (Santé Québec, 1994b) montrent que la proportion de personnes présentant un excès de poids est du même ordre que celle estimée en 1992-1993 (28 % et 25 %), bien que l'âge de la population étudiée et que les mesures de poids et de taille soient différentes (18-74 ans et mesures cliniques en 1990; 15 ans et plus et mesures déclarées par les répondants en 1992-1993).

En vue de suivre de façon rigoureuse le profil de masse corporelle et de déterminer les relations entre le poids et la santé pour les personnes de 15 à 19 ans et de 65 ans et plus, il serait essentiel d'établir et de valider une norme de référence de poids corporel pour ces groupes d'âge. Enfin, des études devraient également être menées pour mesurer les effets de l'insuffisance de poids sur la santé, afin d'en déterminer les conséquences à long terme.

7.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

L'augmentation de la proportion de personnes présentant un excès de poids entre 1987 et 1992-1993 remet en question l'efficacité ou la portée des programmes de promotion de la santé et de prévention, mis en place pour réduire la prévalence de ce facteur de risque de problèmes de santé au sein de la population. Il serait important à ce stade-ci de faire le point sur les interventions dont l'efficacité a été scientifiquement reconnue et de changer les pratiques et les interventions en conséquence, notamment en matière de santé publique. Il serait également nécessaire d'explorer de nouvelles avenues pour modifier les attitudes des individus et de la société au regard de leur perception du poids-santé et des divers degrés de corpulence. Enfin, l'évaluation des programmes et des services actuellement offerts devrait faire systématiquement partie des préoccupations des personnes qui planifient les moyens d'action.

7.4 Références bibliographiques

COMITÉ DES DIÉTÉTISTES EN ÉVALUATION NUTRITIONNELLE GÉRIATRIQUE (1993). *Guide pratique d'évaluation de l'état nutritionnel en gériatrie*, 19 p.

CONDITION PHYSIQUE ET SPORT AMATEUR CANADA (1986). «Physitest normalisé canadien (PNC) pour les personnes de 15 à 69 ans», *Manuel technique*, troisième édition, 40 p.

KISSEBAH, A.H. *ET AL.* (1989). "Health risks of obesity", *Medical Clinical North America*, Vol. 73, no 1.

LEDOUX, M. (1994). «Mesures anthropométriques de l'état nutritionnel», *Revue de la corporation professionnelle des diététistes du Québec : Diététique en action*, Vol. 8, no 1, p. 27.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988a). *Niveaux de poids associés à la santé : lignes directrices canadiennes*, Rapport du groupe d'experts des normes pondérales, 135 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988b). *Le poids et la santé*, document de travail, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 94 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1990). *Enquête Promotion de la santé Canada 1990. Rapport technique*, p. 134-146.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1991). *Rapport du groupe de travail sur le traitement de l'obésité*, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 68 p.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Québec, Les publications du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 36-46.

SANTÉ QUÉBEC; CAMIRAND, J.; BELLEROSE, C.; LAVALLÉE, C. (1994a). *L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 et la Politique de la santé et du bien-être*, Document de référence pour les groupes d'analyse, 50 p.

SANTÉ QUÉBEC; DAVELUY, C.; CHÉNARD, L.; LEVASSEUR, M.; ÉMOND, A. (sous la direction de) (1994b). *Et votre coeur ça va? Rapport de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, Québec, p. 55-61.

TABLEAU COMPLÉMENTAIRE

Tableau A.7.1

Taux de non-réponse partielle pour l'indice du désir de changer de poids selon le sexe, l'âge et la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Non-réponse partielle %
Sexe	
Hommes	7,8
Femmes	6,8
Groupe d'âge	
15-19 ans	4,9
20-44 ans	4,9
45-64 ans	8,1
65 ans et plus	16,5
Scolarité relative	
Plus faible	10,8
Faible	7,6
Moyenne	6,9
Élevée	5,4
Plus élevée	4,7
Total	**7,3**

CHAPITRE

MILIEU SOCIAL

8

Jocelyne Camirand, GRIS, Université de Montréal

Raymond Massé, Département d'anthropologie, Université Laval

Michel Tousignant, LAREHS, Université du Québec à Montréal

8.0 Introduction

Depuis les années 1970, l'épidémiologie socioculturelle a élargi le cadre d'analyse des modèles biomédicaux classiques. La maladie est toujours considérée comme résultant de l'exposition de l'individu à plusieurs facteurs de risque. Toutefois, les facteurs du milieu qui conditionnent la résistance de l'individu s'ajoutent désormais aux facteurs génétiques ou physiologiques. Des études commencent à mettre en évidence le rôle déterminant du milieu social dont deux des composantes, l'isolement social et les événements de vie critiques, deviennent les facteurs de risque vedettes (Massé, 1993; Tousignant, 1992).

Le milieu social détermine la vulnérabilité de l'individu et son pouvoir de résistance face aux conditions ou événements de vie critiques. Selon les modèles d'analyse, le soutien social aurait un effet bénéfique direct sur la santé ou atténuerait indirectement les effets néfastes du stress causé par des conditions ou des événements de vie difficiles. La relation entre l'isolement social (Barrera, 1986; Cohen et Syme, 1985) ou les événements de vie critiques (Brown et Harris, 1989) et la santé a été depuis largement démontrée, que ce soit par rapport aux problèmes sociaux comme la violence faite aux enfants (Seagull, 1987) ou le suicide (Tousignant et Hanigan, 1986). L'insuffisance et l'inadéquation du soutien social, ajoutées à un faible niveau de participation sociale, menacent le bien-être physique et psychologique des individus; une telle situation augmente considérablement les probabilités de détresse psychologique, d'idées et de tentatives de suicide (Massé et Poulin, 1991).

De même, les séparations graves vécues avant l'âge de 12 ans comme le décès de la mère ou du père, la séparation des parents et le placement en famille d'accueil peuvent représenter autant de facteurs de vulnérabilité susceptibles d'accroître les effets d'un milieu où le soutien social est faible. Ces séparations à long terme peuvent avoir des conséquences graves et permanentes sur le milieu familial ou être elles-mêmes, dans le cas de la séparation des parents et le placement en famille d'accueil, la conséquence d'un climat familial détérioré. Les études sur l'étiologie de la dépression démontrent assez clairement que la séparation d'avec la mère, dans

ce cas précis avant l'âge de 11 ans, que ce soit par suite d'un décès ou d'un placement, est un facteur de vulnérabilité important (Brown et Harris, 1978). Le lien entre l'expérience d'une séparation parentale et l'adaptation ultérieure a été fréquemment souligné (Emery, 1982), quoique l'analyse des conséquences de tels événements à long terme soit de nature plus exploratoire.

La Politique de la santé et du bien-être du Québec reconnaît le milieu social comme l'un des déterminants de la santé et fait du renforcement du réseau familial et social l'une de ses priorités d'action (MSSS, 1992). L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 représente à cet égard une contribution majeure à l'analyse de ce déterminant de la santé. Si les données de l'enquête permettent difficilement d'évaluer l'adéquation du soutien social à cause de l'arbitraire de ce concept, elles permettent cependant de déterminer les sous-groupes sociaux disposant d'un faible niveau de soutien social ou de rapports familiaux insatisfaisants.

8.1 Aspects méthodologiques

Les questions sur le soutien social, les rapports familiaux et les séparations avant l'âge de 12 ans sont tirées du questionnaire autoadministré et visent la population de 15 ans et plus.

8.1.1 Soutien social

Les indices d'intégration sociale et de soutien perçu utilisés en 1987 furent critiqués par leurs concepteurs (Santé Québec, 1988) et par d'autres, en raison de leur faible fiabilité (Camirand et Potvin, 1991). Le rapport de l'enquête de 1987 retenait d'ailleurs principalement la question sur la «satisfaction quant à la vie sociale» comme indicateur de soutien social. Des analyses menées sur les données de mi-enquête de l'Enquête sociale et de santé ont permis de créer un nouvel indice de soutien social. Celui-ci reprend certaines des questions utilisées en 1987, auxquelles s'ajoutent trois nouvelles questions, dont deux proviennent de l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire (nombre de confidents et de personnes pouvant aider); une troisième portant sur le réseau affectif a été élaborée dans le cadre de la présente enquête. Onze de ces questions servent à établir l'indice de soutien social.

Les deux premières questions portent sur la notion de participation ou d'intégration sociale (QAA97 et QAA98). Les trois suivantes traitent de la satisfaction quant aux rapports sociaux (QAA99 à QAA101), tandis que les six dernières concernent la taille du réseau de soutien (QAA110 à QAA115). L'indice de soutien social utilisé au présent chapitre est fondé sur un nombre restreint d'indicateurs et ne peut rendre compte que d'une partie des aspects d'une réalité beaucoup plus complexe.

L'indice de soutien social correspond à une valeur attribuée sur une échelle allant de 0 à 100. Les répondants ont été distribués en quintiles; le premier quintile correspond à un niveau faible de soutien social. Les résultats présentés ici utilisent une version dichotomique de l'indice qui oppose ce premier quintile aux quatre autres (soutien élevé). Les taux de non-réponse partielle à chacune des questions composant l'indice sont tous inférieurs à 5 %, et l'indice n'a pu être calculé dans 3,1 % des cas.

8.1.2 Rapports familiaux

Les six autres questions tracent un portrait succinct de la satisfaction des Québécois quant à leurs rapports familiaux immédiats; elles n'ont pas été regroupées en indice. Elles seront considérées séparément comme des indicateurs attestant de la satisfaction relativement aux rapports sociaux avec les membres de la maisonnée. Elles ont trait :

- au fait de vivre seul ou non et de se trouver malheureux ou non de cette situation (QAA104 et QAA105);
- au fait d'avoir un conjoint et d'être heureux ou non avec ce conjoint (QAA106 et QAA107);
- au fait d'avoir des enfants ou non et d'être satisfait ou non des relations avec eux (QAA102 et QAA103).

Notons que la question traitant de la satisfaction ressentie quant au fait de vivre seul(e) présente un taux de non-réponse de 6,3 %. Il y a légèrement plus d'hommes que de femmes, plus de jeunes de 15-24 ans, de personnes de 65 ans et plus, et davantage d'individus très faiblement scolarisés qui ont négligé de répondre à cette question (tableau A.8.1). La proportion de valeurs manquantes aux autres questions est inférieure à 5 %.

8.1.3 Séparations avant l'âge de 12 ans

Les quatre questions sur les séparations avant l'âge de 12 ans (QAA116 à QAA119) proviennent de l'enquête de 1987. Le taux de valeurs manquantes à ces questions se situe globalement à 6,9 %. Ces taux augmentent avec l'âge, passant de 3,6 % parmi les 15-24 ans à 14,5 % chez les personnes de 65 ans et plus, et diminuent à mesure que la scolarité augmente (9,3 % pour la scolarité la plus faible à 3,9 % pour la scolarité la plus élevée). La non-réponse est par ailleurs relativement similaire chez les hommes et chez les femmes.

8.2 Résultats

Les analyses présentées examinent l'indice de soutien social, les composantes de cet indice, les rapports familiaux et les séparations survenues avant l'âge de 12 ans selon le sexe, l'âge et certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques. La comparaison avec l'enquête de 1987 portera uniquement sur la question de la satisfaction quant à la vie sociale.

8.2.1 Indice de soutien social

Selon cet indice, une plus grande proportion d'hommes que de femmes ont un faible niveau de soutien social (22 % c. 18 %) sauf chez les personnes de 65 ans et plus (19 % c. 19 %) et de 15-24 ans (18 % c. 14 %), où les différences entre les hommes et les femmes ne sont pas significatives (tableau 8.1).

Tableau 8.1

Indice de soutien social selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Indice de soutien social		
	Faible	Élevé	Total
	%	%	N
Hommes			
15-24 ans	18,2	81,8	471 116
25-44 ans	22,8	77,2	1 220 480
45-64 ans	25,6	74,4	730 301
65 ans et plus	18,7	81,3	279 864
Total	**22,3**	**77,7**	**2 701 762**
Femmes			
15-24 ans	13,7	86,3	457 483
25-44 ans	18,4	81,6	1 209 767
45-64 ans	19,8	80,2	746 719
65 ans et plus	19,0	81,0	380 530
Total	**18,1**	**81,9**	**2 794 499**
Sexes réunis			
15-24 ans	16,0	84,0	928 599
25-44 ans	20,6	79,4	2 430 247
45-64 ans	22,6	77,4	1 477 020
65 ans et plus	18,9	81,1	660 395
Total	**20,2**	**79,8**	**5 496 261**

Les jeunes de 15-24 ans se distinguent des personnes de 25 à 64 ans par de meilleurs scores à l'indice, seulement 16 % des jeunes ayant un faible soutien. Il en est de même chez les jeunes hommes tandis que les femmes de 15-24 ans se distinguent de l'ensemble des femmes de 25 ans et plus.

La proportion de personnes ayant un score faible à l'indice est plus élevée chez les personnes veuves, séparées ou divorcées (26 %) des deux sexes que chez les personnes mariées ou en union de fait (18 % et 19 %) (tableau A.8.2). Le quart (24 %) des veuves, séparées ou divorcées et 30 % des veufs, séparés ou divorcés présentent un score faible à l'indice de soutien social.

La proportion de personnes ayant un niveau faible à l'indice de soutien social diminue à mesure que le revenu du ménage augmente tant chez les hommes que chez les femmes. Environ le tiers des personnes très pauvres (33 %) présentent un niveau faible de soutien social, soit à peu près deux fois plus que la proportion observée chez les personnes de revenu supérieur (16 %). De plus, les personnes très pauvres (33 %) se distinguent nettement des personnes pauvres (24 %) à cet égard.

L'indice de soutien social varie aussi de façon importante selon le statut d'activité. Parmi les personnes sans emploi au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, le tiers (33 %) présentent un faible niveau de soutien, comparativement à une personne sur cinq parmi celles qui occupent un emploi (20 %), qui tiennent maison (20 %) ou qui sont retraitées (21 %). Les étudiants sont proportionnellement moins nombreux (15 %) à afficher un faible niveau de soutien, tout comme le sont les 15-24 ans.

Les personnes ayant la plus faible scolarité se distinguent nettement des personnes plus scolarisées puisque 26 % des personnes très faiblement scolarisées présentent un niveau faible à l'indice, comparativement à environ une personne sur cinq parmi chacune des autres catégories (17 % à 20 %). Cette différence est significative tant chez les hommes que chez les femmes.

8.2.2 Composantes de l'indice de soutien social

L'examen de chacune des questions composant l'indice sert, d'une part, à décrire les différentes facettes du soutien social, que ce soit sur le plan de l'intégration sociale, de la satisfaction quant aux rapports sociaux ou de la taille du réseau social. D'autre part, il permet de mieux comprendre la variation de l'indice selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques étudiées et de discerner les lacunes du soutien social de différents sous-groupes de la population.

Ainsi, environ un Québécois sur vingt (6 %) déclare avoir rarement ou n'avoir jamais participé à des rencontres avec sa parenté, ses amis ou des connaissances au cours des douze mois ayant précédé l'enquête; environ une personne sur dix (11 %) déclare passer plus de la moitié de son temps libre seule, tandis qu'une proportion semblable (12 %) se dit insatisfaite de sa vie sociale (tableau 8.2).

Les trois dernières composantes de l'indice portent sur la taille du réseau et attestent de la diversité des ressources sur lesquelles un individu peut compter pour trois fonctions importantes : la confidence, l'aide instrumentale et le soutien affectif. Sont plus susceptibles d'être isolées les personnes qui déclarent n'avoir aucun confident dans leur entourage (amis ou famille) à qui elles peuvent se confier et parler de leurs problèmes (13 %), celles qui déclarent n'avoir personne pour les aider si elles sont mal prises (4 %), dont elles se sentent proches et qui leur témoignent de l'affection (5 %), et celles qui déclarent n'avoir aucun ami (6 %) ou qui sont insatisfaites des rapports avec leur amis (3 %).

Tableau 8.2

Composantes de l'indice de soutien social selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Composantes	Sexe		
	Hommes %	Femmes %	Total %
Fréquence des rencontres			
Une fois/an, jamais	6,1	4,9	5,5
Au moins une fois/mois	24,8	24,0	24,4
Une fois/sem. ou plus	69,0	71,2	70,1
Solitude durant le temps libre			
Seul plus de la moitié du temps	11,1	10,9	11,0
Avec d'autres	88,9	89,1	89,0
Satisfaction quant à la vie sociale			
Non satisfait	10,8	11,9	11,4
Plutôt satisfait	56,4	56,5	56,4
Très satisfait	32,8	31,6	32,2
Présence d'amis			
Non	5,5	5,8	5,6
Oui	94,5	94,3	94,4
Satisfaction dans les rapports avec les amis [1]			
Non satisfait	3,0	2,7	2,9
Plutôt satisfait	47,4	44,6	45,9
Très satisfait	49,6	52,7	51,2
Nombre de confidents			
Aucun	16,8	9,9	13,3
Un	22,8	20,2	21,5
Deux	26,1	29,9	28,0
Trois et plus	34,2	40,0	37,2
Nombre de personnes pouvant aider au besoin			
Aucune	5,1	3,3	4,2
Un	10,4	9,3	9,8
Deux	18,7	18,4	18,6
Trois et plus	65,8	69,0	67,4
Nombre de personnes démontrant de l'affection			
Aucune	6,9	3,8	5,3
Un	13,2	10,0	11,5
Deux	18,2	16,6	17,4
Trois et plus	61,7	69,7	65,8

[1] Personnes ayant des amis seulement

Les hommes et les femmes diffèrent, au regard de ces composantes, surtout quant au soutien émotif, soit le nombre de confidents déclarés et le nombre de personnes qui leur témoignent de l'affection. Ainsi, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à n'avoir aucun confident (10 % c. 17 %) et à n'avoir personne qui leur témoigne de l'affection (4 % c. 7 %). Elles diffèrent aussi des hommes quant à la fréquence des rencontres sociales, à la satisfaction dans les rapports avec les amis et au nombre de personnes disponibles en cas de besoin. Les différences observées pour ces composantes illustrent la position plus favorable des femmes, et expliquent leur meilleur classement à l'indice.

Toutes les composantes de l'indice de soutien social varient selon l'âge (tableau A.8.3). Ces variations permettent de mieux comprendre la position plus favorable des personnes de 15-24 ans à l'indice. Ainsi, les plus jeunes sont plus nombreux (76 %) à pouvoir compter sur un réseau d'aide d'au moins trois personnes en cas de besoin, comparativement aux personnes plus âgées (65 % à 68 %). De plus, la proportion de personnes qui sont la plupart du temps seules durant leurs loisirs ou qui déclarent ne pas avoir d'amis est plus faible chez les jeunes et s'accroît avec l'âge (8 % à 15 % et 3 % à 9 %).

Pour certains indicateurs, les 15-24 ans et les 65 ans et plus présentent un profil semblable. Ainsi, les rencontres sociales au moins une fois par semaine sont plus fréquentes chez les 15-24 ans et les 65 ans et plus (74 % et 76 %) que chez les personnes de 25 à 64 ans (68 %). De même, les plus jeunes et les plus âgés sont plus nombreux (46 %) à compter sur un réseau d'au moins trois confidents, comparativement aux personnes de 25-44 ans et de 45-64 ans (33 % et 35 %).

La proportion la plus élevée de personnes satisfaites de leur vie sociale et des relations avec leurs amis, et de personnes entourées d'un large soutien affectif se retrouve chez les 65 ans et plus. Ainsi, 41 % d'entre elles se disent très satisfaites de leur vie sociale, comparativement à 35 % des 15-24 ans et à 30 % des personnes de 25 à 64 ans. De même, la proportion de personnes très satisfaites de leurs relations avec les amis est nettement plus élevée chez les personnes de 65 ans et plus (68 %) que dans les autres groupes d'âge (de 47 % à 52 %). Finalement, 72 % des personnes de 65 ans et plus déclarent compter trois personnes et plus qui leur témoignent de l'affection, comparativement à 63 % des personnes de 25-44 ans, et à 66 % et 68 % des 15-24 ans et des 45-64 ans.

Toutes les composantes de l'indice varient selon l'état matrimonial de fait. L'examen de ces variations permet de mieux comprendre sur quels aspects de l'indice les personnes veuves, séparées ou divorcées ont un plus faible soutien social. Ainsi, près du quart (24 %) d'entre elles passent plus de la moitié de leur temps libre seules, comparativement aux autres (7 % et 15 %) (tableau A.8.4). Les personnes veuves, séparées ou divorcées sont aussi proportionnellement plus nombreuses à n'avoir aucun ami (9 %) que les personnes de tout autre état matrimonial (de 4 % à 6 %). Elles sont également moins nombreuses à bénéficier d'un réseau d'aide de trois personnes et plus (62 %), comparativement aux personnes mariées ou vivant en union de fait (67 %) et aux célibataires (71 %). La proportion de personnes insatisfaites de leur vie sociale est aussi plus élevée chez les veufs, séparés ou divorcés (17 %) que chez les personnes mariées ou en union de fait (8 % et 11 %); elle est aussi plus élevée chez les célibataires (15 %).

La plupart des composantes indiquent que le réseau de soutien varie dans le même sens que le revenu. Les personnes très pauvres et pauvres sont plus nombreuses à avoir rarement ou ne jamais avoir de rencontres sociales (11 % et 8 %) que les personnes de ménages plus aisés

(5 % et 4 %)(tableau A.8.5). La solitude durant les loisirs est aussi beaucoup plus souvent le lot des personnes très pauvres (23 %), que des autres (14 %, 10 % et 7 %). De même, les personnes très pauvres sont plus nombreuses à être insatisfaites de leur vie sociale (20 %) que les personnes ayant un revenu supérieur (9 %), et sont aussi plus nombreuses à n'avoir aucun ami (10 %) que ces dernières (4 %). La proportion de personnes ne disposant d'aucune aide décroît avec le revenu (8 % à 3 %), et il en va de même de la proportion de personnes qui n'ont aucun réseau affectif (8 % à 4 %). Le nombre de confidents est la seule composante qui ne soit pas liée au revenu du ménage. Pour certaines composantes, la situation des personnes très pauvres a tendance à se distinguer de celle des pauvres, comme c'était le cas de l'indice de soutien social.

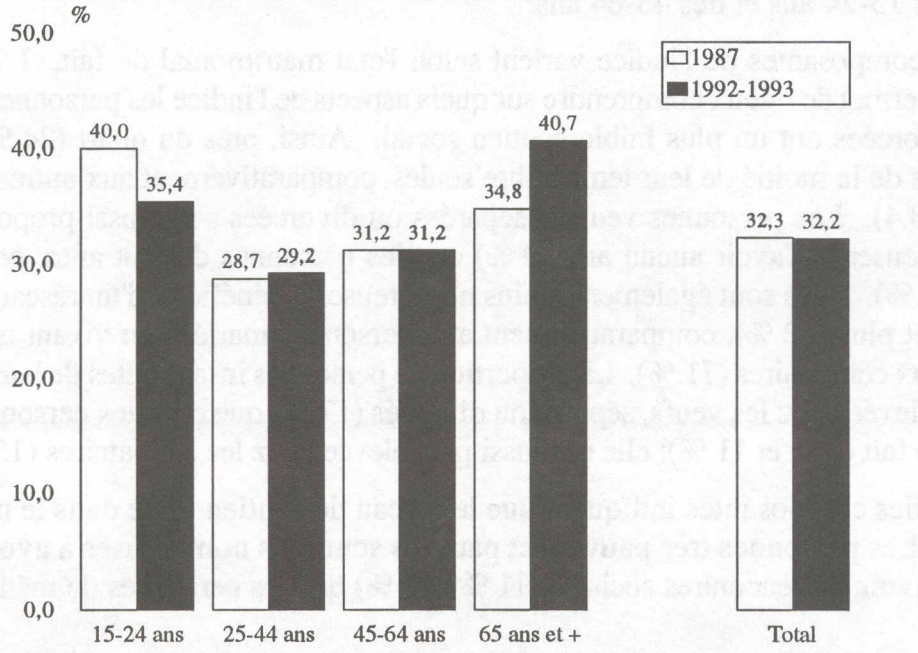
L'analyse des composantes de l'indice selon le statut d'activité met en évidence les disparités importantes qui existent entre le réseau de soutien des personnes selon qu'elles ont occupé ou non un emploi au cours de l'année ayant précédé l'enquête (tableau A.8.6). Les personnes sans emploi sont plus nombreuses à être insatisfaites de leur vie sociale que les personnes qui travaillent (23 % c. 11 %). Elles sont aussi plus souvent seules durant leur temps libre (19 % c. 10 %) et ont des rencontres sociales moins fréquentes. Elles bénéficient en outre d'un réseau d'aide et d'un réseau affectif moins étendus, et sont moins nombreuses à avoir des amis et à être satisfaites de leurs rapports avec eux. L'interprétation des autres statuts d'activité (non présentés ici) reflètent en partie le fait qu'ils sont fortement liés à l'âge (comme le statut d'étudiant ou de retraité) ou au sexe (seules les femmes tiennent maison).

8.2.3 Évolution de la satisfaction quant à la vie sociale

De façon générale, aucune différence significative n'est décelée entre les enquêtes de 1987 et de 1992-1993 quant aux proportions de Québécois qui se sont dits insatisfaits,

Graphique 8.1

Personnes très satisfaites de leur vie sociale selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993



plutôt satisfaits ou très satisfaits de leur vie sociale. On observe cette stabilité tant chez les hommes que chez les femmes (tableau A.8.7).

Par contre, la comparaison par groupe d'âge a permis de déceler une variation de la satisfaction dans deux groupes d'âge : les jeunes et les personnes âgées. Comme le montre le graphique 8.1, moins de jeunes de 15-24 ans se disent très satisfaits de leur vie sociale en 1992-1993 qu'en 1987 (35 % c. 40 %). Chez les personnes âgées, par contre, on observe une augmentation de la proportion de personnes très satisfaites de leur vie sociale en 1992-1993 (41 %) comparativement à 1987 (35 %).

8.2.4 Satisfaction quant aux rapports familiaux

Cette section décrit certains aspects du réseau social immédiat des Québécois. Elle examine leur situation de vie, les sentiments des personnes qui vivent seules quant à cette situation, la présence de liens conjugaux ou parentaux, et la satisfaction des Québécois dans leurs relations avec leur conjoint et leurs enfants.

Les résultats sur la situation de vie montrent que près d'un Québécois sur huit (13 %) âgé de 15 ans et plus vivait seul au moment de l'enquête (tableau 8.3). La proportion d'individus vivant seuls croît avec l'âge et atteint un sommet de 30 % chez les 65 ans et plus. D'importantes nuances doivent être apportées selon le sexe. Alors que la proportion d'hommes vivant seuls est beaucoup plus élevée que celle des femmes chez les 25-44 ans (13 % c. 8 %), elle l'est beaucoup moins parmi les personnes de 65 ans et plus (18 % c. 39 %).

La proportion de personnes vivant seules décroît de façon marquée à mesure que le revenu augmente, passant de 46 % chez les individus considérés comme très pauvres à 3 % chez ceux qui vivent dans un ménage bénéficiant d'un revenu supérieur (tableau A.8.8).

Le fait de vivre seul n'est pas perçu négativement par tous. Ainsi, questionnés quant à savoir s'ils sont heureux de vivre seuls, 35 % des Québécois concernés s'en sont dits heureux et 20 % très heureux (tableau 8.4). En fait, seulement 9 % des Québécois se sont dits malheureux ou très malheureux de cette situation. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à se dire heureuses ou très heureuses (61 %) de vivre seules que les hommes (48 %). Ce sont toutefois les personnes de 65 ans et plus qui semblent le mieux composer avec cette solitude; 67 % d'entre elles s'en disent heureuses ou très heureuses, comparativement à 51 % des 15-24 ans et à 46 % des 25-44 ans. Seulement 6 % des personnes de 65 ans et plus reconnaissent être malheureuses ou très malheureuses de vivre seules.

Une majorité de Québécois (64 %) vivent avec un conjoint (tableau 8.3) que ce soit dans le cadre d'un mariage ou d'une union libre. Seule une proportion infime (0,9 %) de Québécois se disent malheureux avec leur conjoint actuel, alors que 91 % d'entre eux se disent heureux ou très heureux de leur relation conjugale (tableau 8.5). Ce bonheur conjugal est partagé par l'ensemble des sous-groupes sociaux, hommes ou femmes, riches ou pauvres, travailleurs,

Tableau 8.3

Situation de vie selon le sexe et l'âge,
population de 15 ans et plus,
Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Situation de vie			
	Vit seul	Vit avec conjoint	Vit avec autres	Total
	%	%	%	N
Hommes				
15-24 ans	5,6	14,0	80,4	475 639
25-44 ans	13,0	72,8	14,2	1 236 464
45-64 ans	11,5	82,9	5,6	752 857
65 ans et plus	18,1	76,6	5,3*	304 346
Total	**11,9**	**65,8**	**22,3**	**2 769 306**
Femmes				
15-24 ans	3,5	26,5	70,1	459 374
25-44 ans	7,6	75,4	17,0	1 226 050
45-64 ans	15,5	72,0	12,6	770 263
65 ans et plus	39,3	43,9	16,9	418 316
Total	**13,7**	**62,1**	**24,3**	**2 874 003**
Sexes réunis				
15-24 ans	4,6	20,1	75,3	935 013
25-44 ans	10,3	74,1	15,6	2 462 514
45-64 ans	13,5	77,4	9,1	1 523 120
65 ans et plus	30,3	57,7	12,0	722 662
Total	**12,8**	**63,9**	**23,3**	**5 643 309**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

chômeurs ou retraités, aucune différence significative n'étant observée sur ce plan entre ces groupes (données non présentées).

Les enfants tiennent aussi une place importante dans la vie sociale des individus. En fait, 64 % des Québécois de 15 ans et plus ont au moins un enfant. Comme dans le cas des relations conjugales, les relations parents-enfants semblent très satisfaisantes puisque 65 % des parents

s'en disent très satisfaits et 31 %, satisfaits. Seulement 4 % des parents québécois trouvent insatisfaisantes leurs relations avec leurs enfants. Ce pourcentage ne varie pas significativement ni en fonction de l'âge ou du sexe des parents ni selon le niveau de revenu du ménage (données non présentées).

Tableau 8.4
Bonheur ressenti quant au fait de vivre seul selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Heureux de vivre seul				
	Très heureux	Heureux	Ni heureux ni malheureux	Malheureux ou très malheureux	Total
	%	%	%	%	N
Hommes					
15-24 ans	13,9**	34,3*	40,2*	11,5**	24 484
25-44 ans	15,7	26,0	45,9	12,5	151 098
45-64 ans	16,5*	36,8	40,5	6,2*	80 014
65 ans et plus	18,6*	41,9	31,4*	8,1**	48 422
Total	**16,2**	**32,1**	**41,7**	**10,0**	**304 018**
Femmes					
15-24 ans	22,9**	31,5**	34,1*	11,4**	13 909
25-44 ans	19,6	34,6	37,0	8,8*	85 958
45-64 ans	20,5	36,5	34,5	8,5*	113 886
65 ans et plus	26,3	42,0	25,9	5,7**	152 893
Total	**22,8**	**38,2**	**31,5**	**7,5**	**366 646**
Sexes réunis					
15-24 ans	17,2*	33,3*	38,0	11,5**	38 393
25-44 ans	17,1	29,1	42,7	11,1	237 056
45-64 ans	18,8	36,7	37,0	7,5*	193 900
65 ans et plus	24,5	42,0	27,2	6,3*	201 315
Total	**19,8**	**35,4**	**36,1**	**8,7**	**670 664**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau 8.5

Satisfaction quant aux relations avec le conjoint et les enfants selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant un conjoint ou des enfants, Québec 1992-1993

Satisfaction	Sexe		
	Hommes	Femmes	Total
	%	%	%
Relations avec le conjoint			
Très heureux	57,6	52,1	54,9
Heureux	34,6	36,8	35,7
Ni heureux ni malheureux	7,3	10,0	8,6
Malheureux ou très malheureux	0,6	1,2	0,9
Relations avec les enfants			
Très satisfaisantes	63,5	66,4	65,0
Plutôt satisfaisantes	32,4	30,7	31,5
Non satisfaisantes	4,0	3,0	3,5

8.2.5 Séparations avant l'âge de 12 ans

Près d'un Québécois de 15 ans et plus sur cinq (18 %) a vécu au moins un type de séparation avant l'âge de 12 ans (données non présentées). La séparation des parents est celle qui est rapportée le plus souvent (8 %) (tableau 8.6). Le décès du père (7 %), le décès de la mère (5 %) et le placement en famille d'accueil (3 %) constituent les trois autres types de séparation examinés. Aucune variation n'est observée selon le sexe. Le décès de la mère ou du père avant l'âge de 12 ans est par ailleurs significativement plus fréquent chez les personnes de 65 ans et plus. Les taux de décès du père ou de la mère avoisinent 13 % chez les personnes de 65 ans et plus, alors qu'ils sont inférieurs à 3 % chez les 15-24 ans. Par contre, 20 % de ces derniers ont vécu une séparation parentale, alors que le taux est inférieur à 2 % chez les 65 ans et plus. Quant au placement en famille d'accueil, il est similaire parmi les différents groupes d'âge.

La proportion de Québécois ayant rapporté avoir perdu leur père avant l'âge de 12 ans est plus élevée parmi ceux dont le niveau de revenu ou la scolarité relative est plus faible (tableau A.8.9). Seulement 5 % des gens ayant des revenus supérieurs ont vécu le décès du père avant l'âge de 12 ans, comparativement à 9 % des personnes très pauvres. On observe les mêmes écarts entre les personnes les plus scolarisées (5 %) et celles qui le sont le moins (10 %).

La séparation des parents et le placement en famille d'accueil sont aussi significativement plus fréquents parmi les personnes les plus pauvres ou ayant une scolarité plus faible. Environ une personne sur vingt, ayant un revenu supérieur (4 %) ou une scolarité relative plus élevée (6 %), rapportent avoir vécu la séparation des parents avant l'âge de 12 ans, alors que la proportion est de 15 % chez les très pauvres et de 11 % chez les moins scolarisés. Le taux de placement en famille d'accueil est de 2 % chez les plus riches et de 7 % chez les plus pauvres, de 1,3 % chez les plus scolarisés et de 5 % chez les moins scolarisés.

Le graphique 8.2 indique que trois types de séparations sont associés à un faible niveau de soutien social. Les personnes dont la mère ou le père sont décédés avant qu'elles aient 12 ans, ou qui ont été placées en famille d'accueil, sont proportionnellement plus nombreuses à présenter un faible soutien social que celles qui n'ont pas connu ce type de séparation. La proportion est de 20 % chez ceux qui ne rapportent pas de séparation, alors qu'elle est de 27 % chez ceux dont la mère est décédée, de 25 % chez ceux dont le père est décédé et de 32 % chez ceux ayant été placés en famille d'accueil.

Tableau 8.6

Types de séparations avant l'âge de 12 ans selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

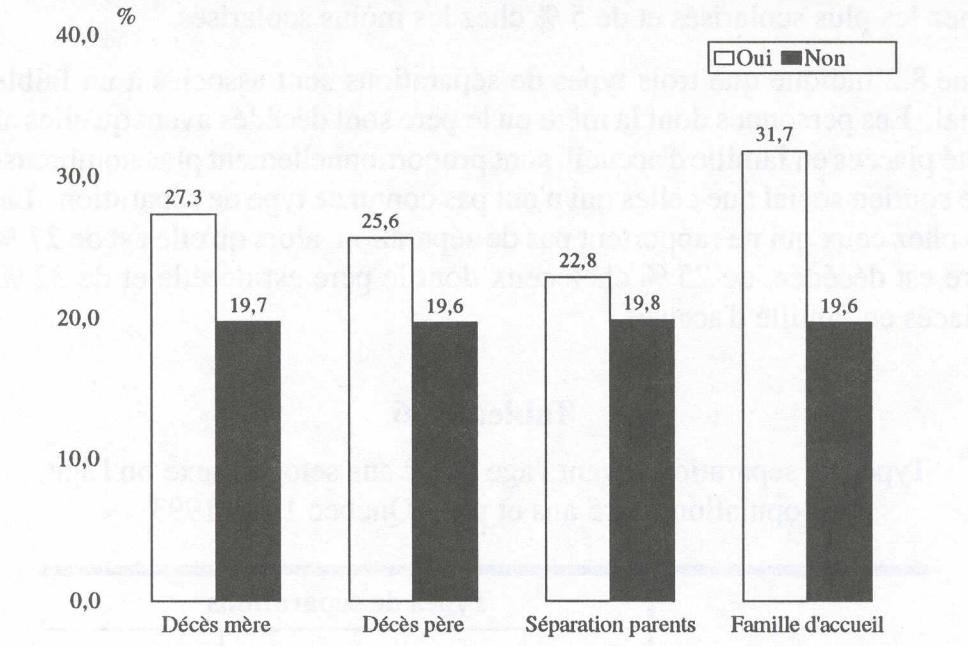
Sexe / Groupe d'âge	Types de séparations			
	Décès mère	Décès père	Séparation parents	Famille d'accueil
	%	%	%	%
Sexe				
Hommes	4,4	6,2	7,6	3,0
Femmes	5,1	6,8	8,1	3,0
Groupe d'âge				
15-24 ans	1,2*	2,7	19,5	2,4
25-44 ans	2,2	4,8	8,1	3,3
45-64 ans	7,2	9,2	2,7	3,3
65 ans et plus	13,9	12,7	1,6**	2,1*
Total	**4,7**	**6,5**	**7,8**	**3,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Graphique 8.2

Niveau faible de soutien social selon que la personne a vécu ou non une séparation avant l'âge de 12 ans, par type de séparation, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993



8.3 Conclusions

8.3.1 Synthèse et pistes de recherche

N'étant fondé que sur un nombre restreint d'indicateurs, l'indice de soutien social utilisé au présent chapitre ne peut rendre compte de l'ensemble des aspects du soutien social. Les résultats rapportés révèlent toutefois que certains sous-groupes bénéficient d'un soutien social plus faible que d'autres.

Les résultats portant sur l'indice de soutien social indiquent que les hommes ont en général un soutien social plus faible que les femmes, en bonne partie à cause du meilleur soutien émotif de celles-ci. Il serait toutefois imprudent de conclure à un avantage des femmes sur la base de ce seul indice. De même, les Québécois ayant un revenu très insuffisant, les sans-emploi, les veufs, séparés ou divorcés sont moins susceptibles de disposer d'un soutien social suffisant en cas de besoin. En particulier, les personnes veuves, séparées ou divorcées sont moins satisfaites de leur vie sociale et bénéficient d'un réseau d'aide moins étendu. Il conviendra à l'avenir d'étudier l'effet de confusion que pourrait avoir l'âge sur cette association afin de mieux comprendre les conséquences des ruptures du lien familial inhérentes à ces statuts matrimoniaux.

De même, la relation entre le soutien social disponible et la pauvreté mérite un examen plus attentif. En effet, tant l'indice de soutien que ses composantes se détériorent avec la pauvreté et, corollairement, avec le statut d'activité. Seule la relation de confidence résiste aux inégalités sur le plan de l'occupation et du revenu. Toutefois, seules des analyses multivariées permettront d'établir la contribution respective de chacune des caractéristiques démographiques et socioéconomiques.

La diminution de la proportion de jeunes Québécois satisfaits de leur vie sociale entre les enquêtes de 1987 et de 1992-1993 attire aussi l'attention. Des analyses plus poussées sont toutefois nécessaires pour comprendre la situation. Par ailleurs, on ne peut que se réjouir de l'augmentation de la proportion de personnes âgées se déclarant satisfaites. Ces gains pourraient être liés à l'amélioration de leurs conditions de vie au cours des dernières années. Dans les deux cas, ces variations sont toutefois négligeables, et seules des analyses plus poussées pourront déterminer s'il s'agit des premiers signes de nouvelles tendances.

Il faut aussi interpréter certains résultats avec prudence. On pourrait, par exemple, s'inquiéter qu'un Québécois sur huit vive seul. Or, dans la grande majorité des cas, les individus se disent heureux de cette situation. Que ce bonheur relatif résulte d'un choix volontaire de mode de vie ou de la rationalisation, a posteriori, d'un état de fait involontaire, il permet néanmoins de relativiser l'image négative de la solitude. Par ailleurs, les résultats largement positifs obtenus aux questions traitant de la «satisfaction» quant à la vie sociale et aux rapports avec les conjoints et les enfants soulèvent des interrogations sur la signification réelle de ces indicateurs.

Enfin, les résultats illustrent l'existence d'une relation entre les séparations avant l'âge de 12 ans et le fait d'être pauvre, faiblement scolarisé et d'avoir un faible indice de soutien social. Il reste évidemment à vérifier si ces séparations sont associées à l'état de santé indépendamment de ces variables sociales et économiques.

8.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

Le fait qu'un Québécois sur vingt n'ait pas au moins une personne pour l'aider en cas de besoin ou lui démontrer de l'affection indique qu'il est important de tenir compte du soutien social pour la planification des programmes sociosanitaires. Des analyses ultérieures pourraient réexaminer l'association entre le soutien social et divers indicateurs de santé et de bien-être considérés comme prioritaires par la Politique de la santé et du bien-être (abus physiques et sexuels sur les enfants, violence faite aux femmes, suicide, etc). Elles pourraient porter plus particulièrement sur l'étude de ces liens parmi les personnes sans emploi et pauvres, afin de cerner les groupes plus «vulnérables». Ceux-ci représentent des cibles privilégiées pour les programmes de prévention et de promotion.

Les politiques gouvernementales pourraient contribuer à amoindrir les conséquences négatives de certaines séparations avant l'âge de 12 ans. La prévention du divorce parental et du placement en famille d'accueil représente certes un défi. Cependant, la prévention des conflits familiaux ou une intervention au stade précoce de ces conflits, une préoccupation du bien-être des enfants qui vivent ces séparations et une plus grande responsabilité de l'État à l'égard de leur sort pourraient éventuellement en atténuer les conséquences. Dans cet ordre d'idée, nous ne pouvons que suggérer d'évaluer les coûts à long terme de ces séparations sur les services de santé.

8.4 Références bibliographiques

BARRERA, M. (1986). "Distinction between social support concepts, measures and models", *American Journal of Community Psychology,* vol. 14, nº 4, p. 413-445.

BROWN, G.; HARRIS, T. (1978). *The social origins of depression : A study of psychiatric disorders among women,* Londres, Tavistock.

BROWN, G.; HARRIS, T. (eds) (1989). *Life Events and Illness,* N.Y., Londres, The Gilford Press.

CAMIRAND, J.; POTVIN, L. (1991). *Fiabilité et validité de la mesure du soutien social dans l'enquête Santé Québec,* Annales de l'ACFAS, Sherbrooke, 21-24 mai.

COHEN, S.; SYME, S.L. (1985). *Social Support and Health,* Academic Press.

EMERY, R.E. (1982). "Interparental conflict and the children of discord and divorce", *Psychology Bulletin,* nº 92, p. 310-330.

MASSÉ, R. (1993). «Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie : le cas de l'isolement social», *Santé, Culture, Health,* vol IX, nº 1, p. 109-139.

MASSÉ, R.; POULIN, C. (1991). "Mental Health of Community Residents in the Metropolitan Montreal Area : Some Results of the "Santé Québec Survey", *Canadian Journal of Public Health,* vol. 82, nº 5, p. 320-324.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992), *La politique de la santé et du bien-être,* Québec, Gouvernement du Québec.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va?,* Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1, Québec, Les Publications du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

SEAGULL, E.A. (1987). "Social Support and Child Maltreatment : A Review of Evidence", *Child Abuse and Neglect,* nº 11, p. 41-52.

TOUSIGNANT, M.; HANIGAN, D. (1986). *Comportements suicidaires et entourage social,* Montréal, LAREHS.

TOUSIGNANT, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques,* Paris, PUF.

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A.8.1

Taux de non-réponse partielle à la question sur la satisfaction quant au fait de vivre seul et aux questions portant sur les séparations avant 12 ans selon le sexe, l'âge et la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Non-réponse partielle	
	Satisfaction quant au fait de vivre seul	Séparations avant 12 ans
	%	%
Sexe		
Hommes	7,1	6,4
Femmes	5,7	7,4
Groupe d'âge		
15-24 ans	9,1	3,6
25-44 ans	5,9	4,5
45-64 ans	5,5	9,2
65 ans et plus	7,2	14,5
Scolarité relative		
Plus faible	7,7	9,3
Faible	5,3	7,4
Moyenne	6,9	6,4
Élevée	4,0	5,5
Plus élevée	6,7	3,9
Total	**6,3**	**6,9**

Tableau A.8.2

Niveau faible à l'indice de soutien social selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Sexe		
	Hommes %	Femmes %	Total %
État matrimonial de fait			
Marié	20,5	16,2	18,4
Union de fait	21,0	17,7	19,3
Veuf, séparé ou divorcé	30,2	23,8	25,6
Célibataire	24,6	17,6	21,5
Niveau de revenu			
Très pauvre	38,2	29,6	33,1
Pauvre	26,4	21,6	23,7
Moyen inférieur	23,4	18,0	20,6
Moyen supérieur	19,8	15,6	17,8
Supérieur	17,4	14,1	15,8
Statut d'activité (12 mois)			
En emploi	21,3	17,2	19,6
Aux études	19,0	11,6	15,3
Tient maison	18,3	19,7	19,6
À la retraite	21,7	20,0	20,9
Sans emploi	34,8	29,2	32,8
Scolarité relative			
Plus faible	26,8	24,6	25,7
Faible	22,2	16,8	19,3
Moyenne	21,7	18,3	19,9
Élevée	20,4	16,3	18,4
Plus élevée	20,3	14,0	17,2
Total	**22,3**	**18,0**	**20,1**

Tableau A.8.3

Composantes de l'indice de soutien social selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Composantes	Groupe d'âge			
	15-24 ans %	25-44 ans %	45-64 ans %	65 ans et plus %
Fréquence des rencontres				
Une fois/an, jamais	6,7	4,7	6,3	5,0
Au moins une fois/mois	19,0	26,8	26,3	19,2
Une fois/sem. ou plus	74,4	68,6	67,4	75,8
Solitude durant le temps libre				
Seul plus de la moitié du temps	7,9	10,7	11,7	14,8
Avec d'autres	92,1	89,4	88,3	85,2
Satisfaction quant à la vie sociale				
Non satisfait	10,4	12,6	11,3	8,7
Plutôt satisfait	54,2	58,2	57,5	50,6
Très satisfait	35,4	29,2	31,2	40,7
Présence d'amis				
Non	2,8	4,7	7,4	8,9
Oui	97,2	95,3	92,6	91,1
Satisfaction quant aux amis [1]				
Non satisfait	4,5	3,3	2,1	0,9*
Plutôt satisfait	45,3	50,1	46,2	31,1
Très satisfait	50,2	46,6	51,7	68,1
Nombre de confidents				
Aucun	9,4	13,0	16,7	12,3
Un	17,0	23,4	21,9	19,9
Deux	27,7	30,8	26,5	21,9
Trois et plus	45,8	32,8	34,9	46,0
Nombre de personnes pouvant aider au besoin				
Aucune	2,6	4,1	5,7	3,6
Une	6,5	9,9	11,0	11,3
Deux	15,4	20,1	18,9	17,0
Trois et plus	75,5	65,9	64,5	68,0
Nombre de personnes démontrant de l'affection				
Aucune	5,3	6,0	4,6	4,5
Une	10,8	12,3	11,2	10,5
Deux	18,4	18,8	16,6	12,7
Trois et plus	65,6	62,8	67,7	72,4

[1] Personnes ayant des amis seulement.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Tableau A.8.4

Composantes de l'indice de soutien social selon l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Composantes	État matrimonial de fait			
	Marié	Union de fait	Veuf, séparé ou divorcé	Célibataire
	%	%	%	%
Fréquence des rencontres				
Une fois/an, jamais	4,5	4,6	6,4	7,0
Au moins une fois/mois	26,6	26,7	21,0	20,5
Une fois/sem. ou plus	68,9	68,8	72,7	72,6
Solitude durant le temps libre				
Seul plus de la moitié du temps	6,9	6,7	23,9	15,3
Avec d'autres	93,1	93,3	76,1	84,7
Satisfaction quant à la vie sociale				
Non satisfait	8,3	11,3	17,1	14,8
Plutôt satisfait	57,6	57,9	55,5	54,1
Très satisfait	34,1	30,8	27,4	31,1
Présence d'amis				
Non	6,0	4,9	8,7	3,8
Oui	94,0	95,1	91,3	96,3
Satisfaction quant aux amis [1]				
Non satisfait	1,9	3,9	2,4	4,5
Plutôt satisfait	46,6	51,8	39,9	44,4
Très satisfait	51,5	44,3	57,8	51,1
Nombre de confidents				
Aucun	15,8	12,9	10,7	9,9
Un	23,2	25,6	19,6	16,2
Deux	27,5	31,2	25,8	28,6
Trois et plus	33,6	30,3	43,9	45,2
Nombre de personnes pouvant aider au besoin				
Aucune	4,5	3,7	5,1	3,5
Une	9,3	11,0	13,1	8,5
Deux	19,2	18,7	19,5	16,8
Trois et plus	67,1	66,6	62,2	71,2
Nombre de personnes démontrant de l'affection				
Aucune	4,7	5,1	5,6	6,3
Une	10,2	13,9	13,5	11,9
Deux	16,0	18,5	18,1	19,3
Trois et plus	69,1	62,5	62,8	62,5

[1] Personnes ayant des amis seulement

Tableau A.8.5

Composantes de l'indice de soutien social selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Composantes	Niveau de revenu				
	Très pauvre	Pauvre	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
	%	%	%	%	%
Fréquence des rencontres					
Une fois/an, jamais	10,7	8,1	5,0	4,6	4,1
Au moins une fois/mois	21,0	22,0	23,1	26,0	26,7
Une fois/sem. ou plus	68,3	69,9	72,0	69,4	69,2
Solitude durant le temps libre					
Seul plus de la moitié du temps	22,5	14,2	10,2	9,7	7,2
Avec d'autres	77,5	85,8	89,8	90,3	92,8
Satisfaction quant à la vie sociale					
Non satisfait	20,3	12,5	10,7	10,6	9,2
Plutôt satisfait	53,1	55,2	57,2	57,1	55,7
Très satisfait	26,6	32,3	32,1	32,4	35,2
Présence d'amis					
Non	10,1	6,7	6,1	4,7	3,7
Oui	89,9	93,3	93,9	95,3	96,3
Satisfaction quant aux amis [1]					
Non satisfait	4,8	2,3	2,7	2,8	3,2
Plutôt satisfait	47,2	42,2	45,6	46,3	48,4
Très satisfait	48,0	55,5	51,8	50,9	48,4
Nombre de personnes pouvant aider au besoin					
Aucune	8,2	5,1	4,6	3,4	2,7
Un	15,1	13,8	9,7	8,8	6,5
Deux	19,0	19,5	19,2	18,2	17,2
Trois et plus	57,7	61,6	66,6	69,6	73,6
Nombre de personnes démontrant de l'affection					
Aucune	7,7	7,8	5,6	4,4	3,6
Un	17,6	14,0	11,7	10,3	9,4
Deux	19,5	16,5	17,3	18,1	15,4
Trois et plus	55,2	61,8	65,4	67,3	71,7

[1] Personnes ayant des amis seulement

Tableau A.8.6

Composantes de l'indice de soutien social selon certaines catégories du statut d'activité habituelle, population de 15 ans et plus[1], Québec 1992-1993

Composantes	Statut d'activité habituelle	
	À l'emploi	Sans emploi
	%	%
Fréquence des rencontres		
Une fois/an, jamais	4,6	9,6
Au moins une fois/mois	27,0	25,2
Une fois/sem. ou plus	68,5	65,2
Solitude durant le temps libre		
Seul plus de la moitié du temps	9,6	19,2
Avec d'autres	90,4	80,8
Satisfaction quant à la vie sociale		
Non satisfait	10,6	22,9
Plutôt satisfait	58,8	50,1
Très satisfait	30,6	26,9
Présence d'amis		
Non	4,5	9,1
Oui	95,6	90,9
Satisfaction dans les rapports avec les amis[2]		
Non satisfait	2,9	5,9
Plutôt satisfait	49,4	47,7
Très satisfait	47,8	46,4
Nombre de personnes pouvant aider au besoin		
Aucune	3,8	8,9
Un	9,5	13,3
Deux	19,4	21,4
Trois et plus	67,2	56,4
Nombre de personnes démontrant de l'affection		
Aucune	5,3	9,0
Un	11,8	14,9
Deux	17,9	21,2
Trois et plus	65,0	55,0

[1] Personnes ayant occupé un emploi ou non au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Sont exclues les personnes qui tiennent maison, les retraités et les étudiants.

[2] Personnes ayant des amis seulement.

Tableau A.8.7

Personnes très satisfaites de leur vie sociale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	1987 %	1992-1993 %
Hommes		
15-24 ans	42,2	35,7
25-44 ans	29,7	30,0
45-64 ans	31,2	32,3
65 ans et plus	36,4	41,2
Total	**33,3**	**32,8**
Femmes		
15-24 ans	37,8	35,1
25-44 ans	27,7	28,3
45-64 ans	31,1	30,2
65 ans et plus	33,6	40,3
Total	**31,3**	**31,6**
Sexes réunis		
15-24 ans	40,0	35,4
25-44 ans	28,7	29,2
45-64 ans	31,2	31,2
65 ans et plus	34,8	40,7
Total	**32,3**	**32,2**

Tableau A.8.8

Situation de vie selon le niveau de revenu,
population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Niveau de revenu	Situation de vie			
	Vit seul	Vit avec conjoint	Vit avec autres	Total
	%	%	%	N
Très pauvre	46,3	26,1	27,6	418 685
Pauvre	18,9	51,1	30,0	651 131
Moyen inférieur	12,7	63,2	24,1	1 688 427
Moyen supérieur	7,7	71,6	20,7	2 169 228
Supérieur	3,2*	76,1	20,7	715 838
Total	**12,8**	**63,9**	**23,3**	**5 643 309**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Tableau A.8.9

Types de séparations avant l'âge de 12 ans selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Types de séparations			
	Décès mère	Décès père	Séparation parents	Famille d'accueil
	%	%	%	%
Niveau de revenu				
Très pauvre	8,1	9,3	14,5	6,9
Pauvre	6,5	9,6	10,0	5,0
Moyen inférieur	5,0	7,3	8,0	2,8
Moyen supérieur	3,8	5,1	7,1	2,2
Supérieur	3,5*	5,0	4,2*	2,0*
Scolarité relative				
Plus faible	6,2	9,7	10,6	5,3
Faible	5,8	7,2	8,7	3,5
Moyenne	3,9	5,9	7,2	2,5
Élevée	3,6	5,0	7,1	2,4*
Plus élevée	3,9	4,7	5,5	1,3*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

CHAPITRE

AUTONOMIE DÉCISIONNELLE AU TRAVAIL

9

Renée Bourbonnais, Chantal Brisson, Guylaine Dion, *Université Laval*

Michel Vézina, *Direction de la santé publique, Régie régionale de Québec*

9.0 Introduction

Le sentiment d'impuissance ou de privation d'emprise sur sa destinée *(powerlessness)* constitue un facteur de risque pour la santé, tandis que l'habilitation *(empowerment)* peut être un facteur important de promotion de la santé (Wallerstein, 1992). L'autonomie décisionnelle au travail représente un des aspects associés au sentiment d'emprise.

L'autonomie décisionnelle au travail concerne deux aspects de la vie professionnelle. Elle porte d'abord sur l'autorité décisionnelle, soit la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent, puis sur la capacité d'utiliser ses compétences et d'en développer de nouvelles (Karasek et Theorell, 1990). L'autonomie décisionnelle au travail est ainsi directement associée au continuum impuissance-puissance avec lequel une personne doit composer à son travail.

Des études longitudinales ont démontré que les personnes ayant un faible niveau d'autonomie dans l'exécution de leur travail et devant répondre à une demande psychologique élevée deviennent de plus en plus passives dans leur participation à des activités sociales, politiques ou de loisir (Karasek, 1976). À l'inverse, les personnes ayant un travail qui les engage activement ont également une vie sociale active, quelle que soit leur classe sociale (Karasek et Theorell, 1990). Les résultats de ces recherches contredisent une idée répandue au sujet du travail morcelé, selon laquelle l'individu pourrait compenser un travail ennuyant et monotone par des activités riches et stimulantes durant ses temps libres. La diminution des loisirs sociaux et le désengagement de la vie sociale pourraient également entraîner une baisse du soutien social, qui est un déterminant de la santé.

D'autres études démontrent que les travailleurs ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail déclarent plus de symptômes d'anxiété ou de dépression que les autres travailleurs (Karasek et Theorell, 1990; Nadeau *et al.*, 1990; Sauter *et al.*, 1989; Vinet *et al.*, 1986; Gardell, 1981).

Par ailleurs, plusieurs études ont démontré que les personnes ayant une faible autonomie décisionnelle au travail et devant répondre à une demande psychologique élevée ont un risque accru de maladie coronarienne ou d'élévation de la tension artérielle, un facteur de risque des maladies cardiovasculaires (Schnall *et al.*, 1994). Trois mécanismes biologiques ont été suggérés pour expliquer le lien entre les contraintes psychosociales du travail et les maladies cardiovasculaires : l'augmentation de certains facteurs de risque tels que le cholestérol sérique ou le tabagisme, l'effet sur la coagulation et l'activité accrue du système neuro-humoral adrénergique. Chez les femmes, ces relations ont été peu étudiées.

La Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992) prévoit, dans les stratégies proposées, soutenir le milieu de travail par des actions favorisant une organisation du travail propice à la participation des travailleurs et des travailleuses à la prise de décision. La présente enquête pose un nouveau jalon par la mesure de l'autonomie décisionnelle au travail de la population québécoise.

L'étude de l'autonomie décisionnelle au travail dans l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 touche une population importante répartie dans des milieux de travail diversifiés couvrant tous les secteurs de l'économie et tous les types d'emplois. Cela constitue une première au Canada. Ces données permettent d'examiner les différences entre les hommes et les femmes selon le niveau d'autonomie décisionnelle au travail ainsi que les différences reliées à l'âge, à la scolarité et à la catégorie professionnelle. Elles permettent également de mesurer le lien entre l'autonomie décisionnelle au travail et certains déterminants de la santé, soit le tabagisme, la consommation d'alcool, la pratique d'activités physiques, la satisfaction quant à la vie sociale et le soutien social.

9.1 Aspects méthodologiques

L'autonomie décisionnelle au travail est mesurée par neuf questions (QAA196 à QAA200, QAA202 à QAA205). Ces questions proviennent du *Job Content Questionnaire (JCQ)* (Karasek, 1985) qui a été conçu à partir de questions issues de l'enquête *The U.S. Quality of Employment Surveys (QES)* (Quinn et Staines, 1979). Les qualités psychométriques de la version initiale et de la version actuelle de neuf items du questionnaire ont été validées à l'aide d'échantillons représentatifs de la population américaine (Karasek et Theorell, 1990; Karasek *et al.*, 1983) et auprès de travailleurs québécois (Dion *et al.*; Brisson *et al.*, 1992). Les questions permettent d'évaluer deux dimensions centrales, soit l'autorité décisionnelle au travail (QAA200, QAA202, QAA204) et l'utilisation des qualifications (QAA196 à QAA199, QAA203, QAA205). Les répondants doivent indiquer leur degré d'accord avec chacune des questions sur une échelle à quatre niveaux.

L'indice d'autonomie décisionnelle au travail a été élaboré à partir de l'addition de l'ensemble des réponses aux questions en inversant préalablement la question QAA199 et en accordant un poids équivalent aux deux dimensions d'autonomie décisionnelle.[1] Le minimum de l'indice d'autonomie décisionnelle est 24 et le maximun est 96. En se basant sur le score médian de

[1] Voir le cahier technique de l'enquête pour plus de détails sur l'élaboration de l'indice.

l'ensemble des répondants à ces questions, les sujets sont par la suite classés selon deux catégories : un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail pour ceux ayant un score inférieur ou égal à 74; un niveau élevé d'autonomie décisionnelle au travail pour les sujets ayant un score supérieur à 74.

La présente section ne concerne que la population de 15 ans et plus qui occupait un emploi au moment de l'enquête. Parmi les personnes de 15 ans et plus, 54 % ont été considérées par le répondant du ménage comme occupant un emploi lors de l'entrevue (QRI146).

Le taux de non-réponse partielle à la section XII du questionnaire autoadministré comportant les questions sur l'autonomie décisionnelle au travail est de 12 %. Le profil des non-répondants aux questions sur l'autonomie décisionnelle au travail diffère significativement de celui des répondants sur le plan de l'âge, de la scolarité et de la catégorie professionnelle (tableau A.9.1). Les personnes de 15-24 ans et de 45 ans et plus sont moins disposées à répondre que les personnes de 25-44 ans (18 % et 17 % c. 8 %); il en est de même pour les personnes moins scolarisées (scolarité plus faible, faible ou moyenne) par rapport aux personnes dont la scolarité est élevée (15 % c. 8 %). Sont également moins disposés à répondre les employés de bureau, de commerce et des services, les contremaîtres et les ouvriers qualifiés, de même que les ouvriers non qualifiés et les manoeuvres par rapport aux cadres intermédiaires, aux semi-professionnels et techniciens ou aux professionnels et cadres supérieurs (14 % c. 7 %).

L'autonomie décisionnelle au travail est examinée selon certaines caractéristiques démographiques, socioéconomiques et professionnelles, de même que selon certains autres déterminants de la santé. À l'exception des variables ayant trait aux déterminants de la santé, où l'analyse tient compte des catégories faible et élevée de l'autonomie décisionnelle au travail, seule la catégorie faible est retenue aux fins de l'analyse pour toutes les autres variables.

9.2 Résultats

9.2.1 Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Plus de femmes que d'hommes ont un faible niveau d'autonomie décisionnelle dans leur travail (57 % c. 46 %), quels que soient l'âge, la scolarité ou la catégorie professionnelle (tableau 9.1).

La proportion de personnes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail diminue avec l'âge. Chez les hommes, 69 % des 15-24 ans ont un niveau faible d'autonomie, comparativement à 46 % chez les hommes de 25-44 ans et à 38 % chez ceux de 45 ans et plus. On observe la même tendance chez les femmes, où 74 % des jeunes, 57 % des femmes de 25-44 ans et 49 % de celles de 45 ans et plus ont un faible niveau d'autonomie, bien que la différence entre ces deux derniers groupes d'âge ne soit pas significative. La proportion de

femmes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail est plus importante que chez les hommes dans tous les groupes d'âge, à l'exception de celui des 15-24 ans, chez qui on observe la même tendance, sans toutefois que la différence entre les femmes et les hommes soit significative.

Tableau 9.1

Faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

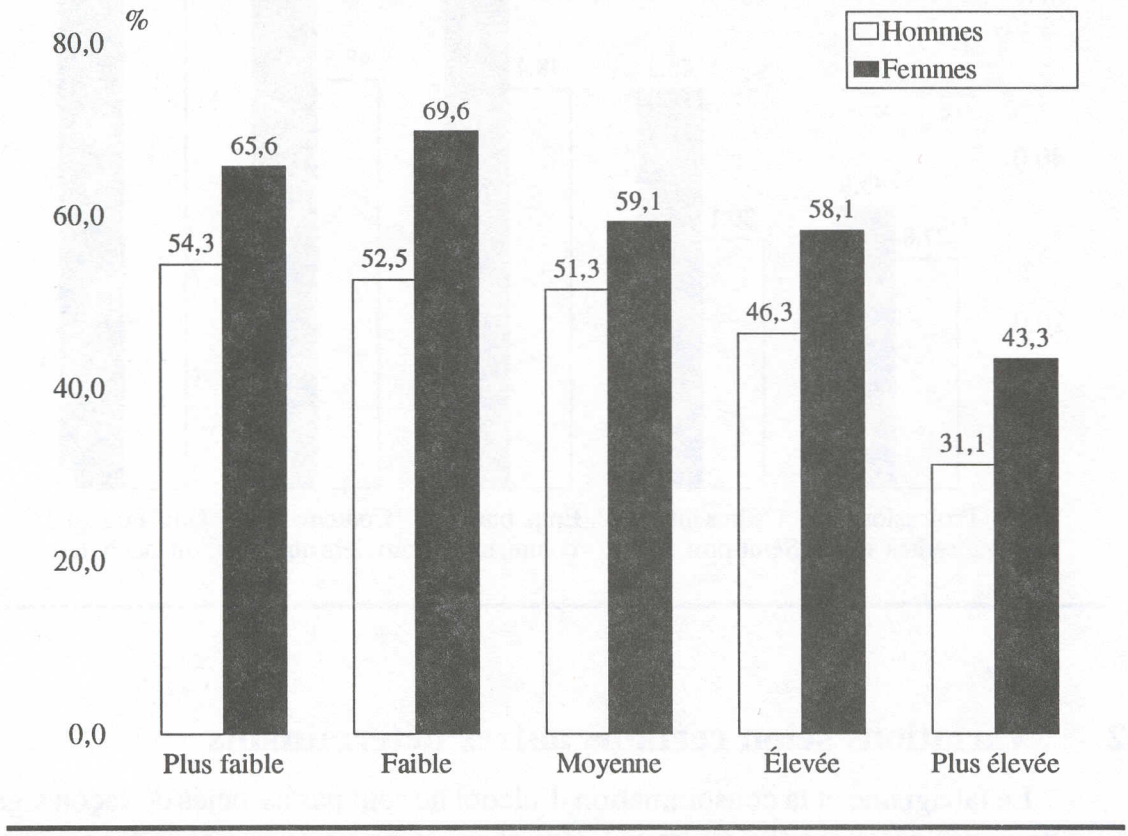
Sexe / Groupe d'âge	Niveau d'autonomie faible	
	%	Pe
Hommes		
15-24 ans	68,7	106 521
25-44 ans	46,2	425 584
45 ans et plus	37,5	169 898
Total	**45,9**	**702 003**
Femmes		
15-24 ans	73,7	110 550
25-44 ans	57,2	410 986
45 ans et plus	49,1	142 841
Total	**57,3**	**664 377**
Sexes réunis		
15-24 ans	71,2	217 071
25-44 ans	51,0	836 570
45 ans et plus	42,1	312 739
Total	**50,8**	**1 366 380**

L'autonomie décisionnelle au travail est associée au niveau de scolarité. Ainsi, 54 % et 53 % des hommes ayant respectivement une scolarité plus faible et faible ont également un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail, contre seulement 31 % des hommes dont la scolarité est plus élevée (graphique 9.1). Cette relation est aussi présente chez les femmes, où les proportions sont respectivement de 66 % et de 70 % chez les moins scolarisées, contre 43 %

chez les plus scolarisées. La proportion de femmes ayant un faible niveau d'autonomie est significativement plus importante que chez les hommes, à tous les niveaux de scolarité, à l'exception du plus faible niveau et du niveau moyen, bien que les mêmes tendances se dégagent.

Graphique 9.1

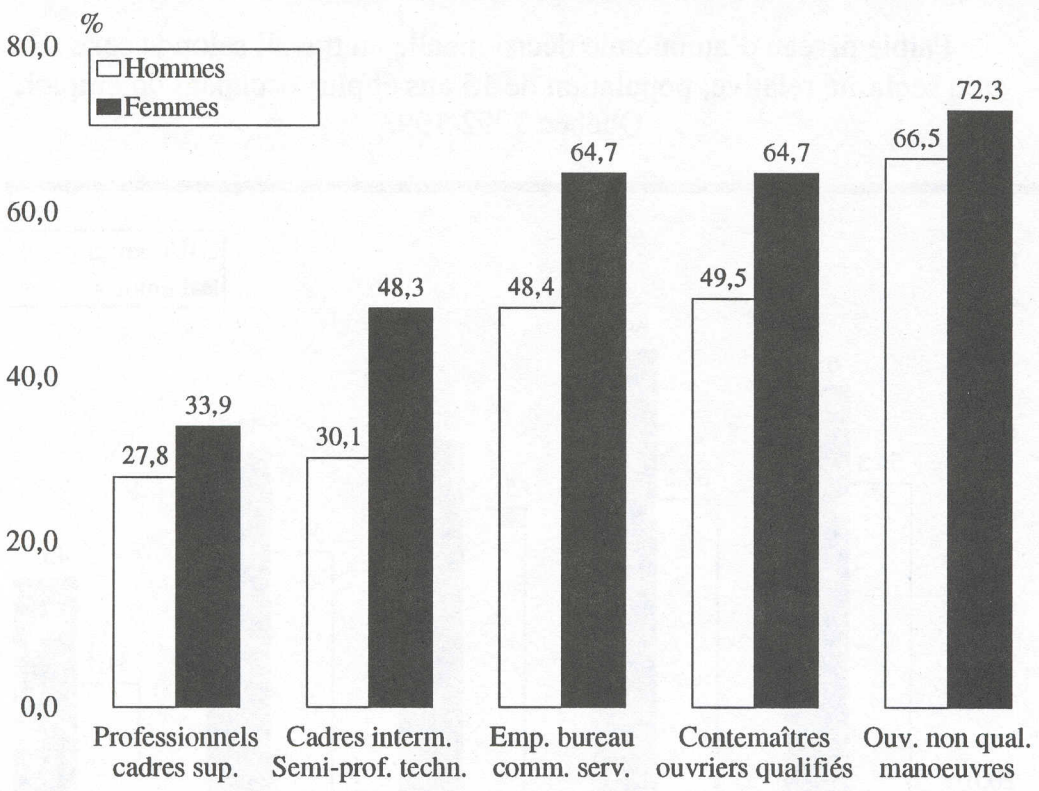
Faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et la scolarité relative, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993



L'autonomie décisionnelle au travail varie selon la catégorie professionnelle tant chez les hommes que chez les femmes. Environ deux fois plus d'ouvriers non qualifiés et de manoeuvres que de professionnels et de cadres supérieurs ont un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail (graphique 9.2). Il y a significativement plus de femmes que d'hommes ayant un faible niveau d'autonomie tant chez les cadres intermédiaires, les semi-professionnels et les techniciens que chez les employés de bureau, de commerce et des services, et chez les contremaîtres et ouvriers qualifiés; chez les professionnels et les cadres supérieurs, ainsi que chez les ouvriers non qualifiés et les manoeuvres, cette tendance se maintient, mais n'est pas significative.

Graphique 9.2

Faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et la catégorie professionnelle, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993



9.2.2 Variations selon certains autres déterminants

Le tabagisme et la consommation d'alcool ne sont pas associés de façon significative à l'autonomie décisionnelle au travail, tant chez les hommes que chez les femmes. La proportion d'hommes fumant régulièrement la cigarette est de 32 % chez ceux ayant un faible niveau d'autonomie et de 29 % chez ceux ayant un niveau élevé d'autonomie (tableau 9.2). La proportion d'hommes n'ayant jamais fumé ou ayant arrêté de fumer est de 64 % chez ceux ayant un faible niveau d'autonomie et de 68 % chez ceux ayant un niveau élevé d'autonomie. Chez les femmes, ces proportions sont respectivement de 66 % et de 67 %. La proportion d'hommes ayant pris sept consommations d'alcool et plus durant les sept jours ayant précédé l'enquête n'est pas plus élevée chez ceux ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail (34 %) que chez ceux ayant un niveau élevé d'autonomie (34 %) (tableau 9.3). Chez les femmes, il n'y a également pas de différence observable en fonction du niveau d'autonomie (15 % c. 16 %).

Tableau 9.2

Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et le type de fumeur, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Sexe / Types de fumeurs	Niveau d'autonomie	
	Élevé %	Faible %
Hommes		
Non-fumeurs [1]	67,9	64,0
Fumeurs occasionnels	3,2	3,7
Fumeurs réguliers	28,8	32,2
Femmes		
Non-fumeuses [1]	66,6	65,7
Fumeuses occasionnelles	4,7	3,6
Fumeuses régulières	28,7	30,7
Sexes réunis		
Non-fumeurs [1]	67,4	64,9
Fumeurs occasionnels	3,8	3,7
Fumeurs réguliers	28,8	31,5

[1] Cette catégorie comprend les personnes n'ayant jamais fumé et les anciens fumeurs.

Tableau 9.3

Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et la consommation hebdomadaire d'alcool, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Sexe / Consommation hebdomadaire d'alcool	Niveau d'autonomie	
	Élevé %	Faible %
Hommes		
0 consommation	23,4	30,2
1-6 consommations	42,4	36,2
7 consommations et plus	34,2	33,6
Femmes		
0 consommation	35,2	40,3
1-6 consommations	48,8	44,5
7 consommations et plus	16,1	15,3
Sexes réunis		
0 consommation	27,7	35,0
1-6 consommations	44,7	40,2
7 consommations et plus	27,5	24,9

La pratique d'activités physiques de loisir n'est pas associée au niveau d'autonomie décisionnelle au travail chez les hommes. Toutefois, on observe un lien significatif chez les femmes (tableau 9.4). Ainsi, 16 % des femmes ayant un faible niveau d'autonomie sont physiquement actives durant leur temps de loisir (trois fois par semaine et plus), alors que cette proportion est de 21 % chez celles qui ont un niveau élevé d'autonomie.

Tableau 9.4

Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et l'activité physique de loisir, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Sexe / Activité physique de loisir	Niveau d'autonomie	
	Élevé %	Faible %
Hommes		
0-2 fois/semaine	77,0	78,2
3 fois/semaine et plus	23,1	21,8
Femmes		
0-2 fois/semaine	79,3	84,1
3 fois/semaine et plus	20,7	15,9
Sexes réunis		
0-2 fois/semaine	77,8	81,1
3 fois/semaine et plus	22,2	18,9

La satisfaction quant à la vie sociale est associée à l'autonomie décisionnelle au travail, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 9.5). Les personnes des deux sexes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail, sont proportionnellement moins nombreuses à se dire très satisfaites de leur vie sociale (28 % et 26 %) que ceux et celles ayant un niveau élevé d'autonomie décisionnelle (36 % et 35 %).

L'indice de soutien social est également associé à l'autonomie décisionnelle au travail. Chez les hommes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle, 24 % présentent également un faible niveau de soutien social comparativement à 18 % chez ceux ayant un niveau élevé d'autonomie (tableau 9.6). Chez les femmes, la tendance va dans le même sens, mais la différence est plus faible (17 % et 14 %) et n'est pas significative.

Tableau 9.5

Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et la satisfaction quant à la vie sociale, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Sexe / Niveau de satisfaction	Niveau d'autonomie	
	Élevé %	Faible %
Hommes		
Très satisfaits	35,6	27,6
Plutôt satisfaits	56,8	61,3
Non satisfaits	7,6	11,1
Femmes		
Très satisfaites	35,2	25,5
Plutôt satisfaites	54,0	62,0
Non satisfaites	10,8	12,4
Sexes réunis		
Très satisfaits	35,5	26,6
Plutôt satisfaits	55,7	61,7
Non satisfaits	8,8	11,7

Tableau 9.6

Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Sexe / Indice de soutien social	Niveau d'autonomie	
	Élevé %	Faible %
Hommes		
Faible	17,6	23,5
Élevé	82,4	76,5
Femmes		
Faible	14,4	17,2
Élevé	85,6	82,8
Sexes réunis		
Faible	16,4	20,4
Élevé	83,6	79,6

9.3 Conclusions

9.3.1 Synthèse et pistes de recherche

Les résultats indiquent que certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques sont associées à l'autonomie décisionnelle au travail, soit le sexe, l'âge et la scolarité. Les individus présentant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail sont ici les femmes, les personnes âgées de 15 à 24 ans et les personnes les moins scolarisées. La catégorie professionnelle est également associée à l'autonomie décisionnelle au travail. À cet égard, les ouvriers non qualifiés et les manoeuvres ont proportionnellement moins d'autonomie décisionnelle au travail que les professionnels et les cadres supérieurs, tant chez les hommes que chez les femmes.

Les données recueillies auprès des travailleurs québécois ne suggèrent pas de lien entre l'autonomie décisionnelle au travail et le tabagisme ou la consommation d'alcool. Par ailleurs, un niveau élevé d'autonomie décisionnelle au travail est associé à la pratique fréquente d'activités physiques de loisir, mais chez les femmes seulement. Enfin, les résultats de l'enquête montrent que les Québécois ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail sont proportionnellement plus nombreux à présenter un faible niveau de soutien social et à être moins satisfaits de leur vie sociale.

Ces résultats montrant qu'un faible niveau d'autonomie décisionnelle est associé aux caractéristiques d'âge, de sexe, de scolarité ou de catégorie professionnelle concordent avec ceux d'études antérieures (Dion *et al.*; Karasek et Theorell, 1990; Hall, 1989; Braun et Hollander, 1988; Karasek *et al.*, 1981). Cependant, à l'exception de la pratique d'activités physiques de loisir chez les femmes, on ne discerne aucune association entre l'adoption de certains comportements et le niveau d'autonomie décisionnelle au travail. De telles relations ont été rarement étudiées, et celles qui l'ont été sont difficilement comparables avec les données de la présente enquête, en raison principalement des définitions utilisées pour décrire soit la variable d'analyse, soit le comportement évalué (Schnall *et al.*, 1994; House *et al.*, 1988; O'Connell et Price, 1982; Karasek, 1976).

Il est par ailleurs possible qu'on ait sous-estimé la proportion de personnes ayant un niveau faible d'autonomie décisionnelle au travail. Les non-répondants, qui totalisent 12 % de la population de 15 ans et plus occupant un emploi, sont plus souvent âgés de 15 à 24 ans ou ont 45 ans et plus, sont moins scolarisés et occupent un emploi moins spécialisé que les répondants. Or, à l'exception des personnes de 45 ans et plus, les données de l'enquête montrent qu'une proportion plus importante de personnes ayant ces caractéristiques ont un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail.

Des analyses supplémentaires pourraient permettre d'évaluer le lien entre l'autonomie décisionnelle au travail et certains déterminants sociaux de la santé. Les résultats observés soutiennent la tenue d'études longitudinales qui viseraient à mettre en évidence les liens entre l'autonomie décisionnelle au travail et plus précisément la pratique d'activités physiques de loisir, le niveau de soutien social et la satisfaction quant à la vie sociale. La confirmation de ces associations par des données longitudinales, tout en tenant compte du niveau socioéconomique, apporterait un appui majeur à l'hypothèse de causalité que celles-ci suggèrent.

9.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

À l'heure où le ministère de la Santé et des Services sociaux est à appliquer une politique de la santé et du bien-être dans toutes les régions du Québec, les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 sur l'autonomie décisionnelle au travail apportent un certain éclairage au regard de l'atteinte de quelques objectifs prioritaires, tels que la diminution des problèmes de santé mentale et la réduction de la mortalité par maladies cardiovasculaires. Les stratégies et les moyens d'action qu'adoptera le Ministère dans l'application de la Politique de la santé et du bien-être prévoient le soutien au milieu de travail pour favoriser la participation des travailleurs et des travailleuses à la prise de décisions qui les concernent, de même que l'utilisation et le perfectionnement de leurs compétences. Cette recommandation vaut particulièrement pour les femmes qui, selon les données de l'enquête, sont plus défavorisées que les hommes à cet égard. Dans cette perspective, la planification et la mise en oeuvre des programmes de santé au travail devraient inclure des éléments qui concernent l'organisation du travail, plutôt que de se limiter à des approches ciblant seulement l'individu. Pour être efficace, l'intervention ne peut se limiter à la formulation de recommandations par des spécialistes externes. Elle doit au contraire passer par une mobilisation des personnes concernées au milieu de travail, afin qu'elles puissent en arriver à une compréhension commune de ce qui pose problème dans l'organisation.

9.4 Références bibliographiques

BRAUN, S., HOLLANDER, R.B. (1988). "Work and depression among women in the Federal Republic of Germany", *Women & Health*, vol. 14, no 2, pp 3-26.

BRISSON, C., MOISAN, J., VÉZINA, M., VINET, A., DAGENAIS, G.R., BLANCHET, C. (1992). "Job strain as a determinant of cardiovascular diseases : Validity and reliability of its mesurement among 2 665 white collar workers", *International Heart Health Conference*, Victoria.

DION, G., BRISSON, C., MOISAN, J., BLANCHET, C., GUIMONT, C., VINET, A. VÉZINA, M., DAGENAIS, G. (soumis). "Internal consistency, one-year stability and construct validity of the Karasek 18-item instrument on psychological job demands and job decision latitude".

GARDELL, B. (1981). "Autonomy and participation at work", dans : Levi, L. ed., *Society, Stress and Disease*, Oxford England : Oxford University Press, pp 279-289.

HALL, E.M. (1989). "Gender, work control and stress : A theoretical discussion and an empirical test", *International Journal of Health Services*, vol. 19, pp 725-745.

HOUSE, J..S., LANDIS, K.R., UMBERSON, D. (1988). "Social relationship and health", *Science*, vol. 241, pp 540-545.

KARASEK, R.A. (1976). *The impact of work environment on life outside the job*, PhD dissertation, Massachusetts Institute of Technology, Distributed by National Technical Information Services, Department of Commerce, Springfield, VA 22161. Thesis order no. PB263-073.

KARASEK, R.A., BAKER, D., MARXER, D., AHLBOM, A., THEORELL, T. (1981). "Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease : A prospective study of Swedish men", *American Journal of Public Health*, vol. 71, pp 694-705.

KARASEK, R.A., SCHWARTZ, J., PIEPER, C. (1983). *Validation of a survey instrument for job-related cardiovascular illness*, Available from Dr. Robert Karasek, Department of Work Environment, University of Massachusetts, Lowell, Massachusetts 01854.

KARASEK, R.A. (1985). *Job content questionnaire and user's guide*, Available from Dr. Robert Karasek, Department of Work Environment, University of Massachusetts, Lowell, Massachusetts 01854.

KARASEK, R.A., THEORELL, T. (1990). *Healthy work : Stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York : Basic Books Inc., Publishers.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192p.

NADEAU, D. VÉZINA, M., VINET, A., BRISSON, C. (1990). «Travail parcellaire et altérations de la santé mentale chez les opératrices de machines à coudre», *Archives des maladies professionnelles*, vol. 51, no 7, pp 479-487.

O'CONNELL, J.K., PRICE, J.H. (1982). "Health locus of control of physical fitness-program participants", *Perceptual and Motor Skills*, vol. 55, pp 925-926.

QUINN, R.P., STAINES, G.L. (1979). *The 1977 quality of employment survey : Descriptive statistics with comparison data from the 1969-70 and the 1972-73 surveys*, Ann Arbor, Michigan : Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan.

SAUTER, S.L., HURRELL, J.J., COOPER, C.L. (1989). *Job control and worker health*, Toronto : John Wiley & Sons, p. 311.

SCHNALL, P.L., LANDBERGIS, P.A., BAKER, D. (1994). "Job strain and cardiovascular disease", *Annual Review of Public Health*, vol. 15, pp 381-411.

VINET, A, BRISSON, C. VÉZINA, M. (1986). «Rémunération à la pièce, travail parcellaire et santé mentale dans l'industrie du vêtement», *Sociologie et sociétés*, vol. 18, pp 25-36.

WALLERSTEIN, N. (1992). "Powerlessness, empowerment and health : Implications for health promotion programs", *American Journal of Health Promotion*, vol. 6, pp 197-205.

TABLEAU COMPLÉMENTAIRE

Tableau A.9.1

Taux de non-réponse partielle à l'indice d'autonomie décisionnelle au travail selon le sexe, l'âge et certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Caractéristiques démographiques / socioéconomiques	Non-réponse partielle %
Sexe	
Hommes	11,1
Femmes	13,0
Groupe d'âge	
15-24 ans	17,8
25-44 ans	8,3
45 ans et plus	16,7
Scolarité relative	
Plus faible	20,3
Faible	12,8
Moyenne	11,9
Élevée	8,2
Plus élevée	7,5
Catégorie professionnelle	
Professionnels, cadres supérieurs	6,5
Cadres intermédiaires, semi-professionnels, techniciens	7,4
Employés de bureau, de commerce, des services	12,6
Contremaîtres, ouvriers qualifiés	13,7
Ouvriers non qualifiés, manoeuvres	18,5
Total	**11,9**

CHAPITRE

CERTAINS COMPORTEMENTS DE SANTÉ PROPRES AUX FEMMES

10

Lise Dunnigan, *Direction de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux*

10.0 Introduction

Les comportements de santé propres aux femmes qui font l'objet de ce chapitre sont les suivants : le recours aux diverses techniques de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, et la consommation d'anovulants et de médicaments à teneur hormonale pour le traitement de problèmes reliés à la ménopause ou pour d'autres raisons.

Le cancer est l'un des dix-neuf problèmes prioritaires définis dans la Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992). Il constitue la seconde grande cause de mortalité au Québec. Chez les femmes, c'est le cancer du sein qui entraîne le plus grand nombre de décès. À cet égard, l'objectif fixé est une réduction de la mortalité de 15 % d'ici l'an 2002; pour ce faire, on propose d'améliorer les services actuels de dépistage précoce, en particulier le dépistage par mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans. On encourage aussi le dépistage précoce d'autres formes de cancer, dont le cancer du col de l'utérus pour lequel le dépistage par frottis cytologique permettrait une réduction de 60 % de l'incidence et de la mortalité (Miller, 1992). On suggère également d'évaluer l'effet des campagnes de promotion de la santé et des programmes de dépistage des différentes formes de cancer, et d'examiner notamment les barrières culturelles pouvant influencer les comportements.

Dans le prolongement de l'enquête Santé Québec 1987, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 vise à déterminer les caractéristiques des femmes qui participent au dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Cette mesure présente l'avantage d'être plus sensible au changement dans le temps que la mortalité, et peut indiquer des pistes de recherche et d'intervention à l'égard des groupes qui ne sont pas suffisamment rejoints ou qui présentent des risques plus élevés de cancer.

Les renseignements portant sur certains comportements reliés à la vie reproductive des femmes constituent une source unique d'information. La prise d'anovulants et d'hormones représente une part appréciable de la consommation de médicaments prescrits aux femmes et s'étend habituellement sur plusieurs années. Bien que ces médicaments soient bénéfiques, dans la mesure où les anovulants sont un moyen efficace d'éviter une grossesse non désirée et où les hormones utilisées durant la ménopause sont une des façons de prévenir l'apparition de mala-

dies dégénératives telles que l'ostéoporose, leur utilisation comporte, comme tous les médicaments, des effets secondaires et des risques pour la santé, notamment lorsqu'ils sont associés à d'autres facteurs comme le tabagisme.

10.1 Aspects méthodologiques

En matière de prévention des cancers féminins, il existe peu d'approches reconnues à l'heure actuelle à l'exception du dépistage précoce. Les trois principales méthodes préconisées pour le dépistage du cancer du sein sont l'autoexamen des seins (AES), l'examen clinique (ECS) et la mammographie. L'enquête fournit des renseignements sur l'ampleur du recours à ces différentes formes de dépistage, sur la fréquence à laquelle les Québécoises pratiquent l'AES de même que sur le temps écoulé depuis le dernier ECS et la dernière mammographie. Quant au cancer du col de l'utérus, le dépistage est effectué à l'aide d'un prélèvement vaginal couramment appelé test de Pap; l'enquête permet de connaître l'importance de cette pratique ainsi que le temps écoulé depuis le dernier examen.

En ce qui concerne la prise de médicaments à teneur hormonale, les femmes devaient indiquer si elles prenaient «des pilules contraceptives (pour régulariser le cycle menstruel, pour éviter une grossesse ou pour une autre raison)» et si elles prenaient «des hormones (pour le traitement de troubles liés à la ménopause (retour d'âge) ou pour une autre raison)».

Ces questions apparaissent dans le questionnaire autoadministré remis aux personnes de quinze ans et plus (QAA7 à QAA14), et s'adressent aux femmes seulement. Le taux de non-réponse partielle varie de 1,3 % à 2,8 %. Les mêmes questions figuraient dans l'enquête Santé Québec 1987 sous le même libellé. La question qui permettait de savoir si les femmes étaient actuellement en période de ménopause n'a toutefois pas été retenue. À cette exception près, les données de 1992-1993 sont comparables à celles de 1987. De plus, la question sur la grossesse n'a pas été conservée aux fins de l'analyse, à cause de la faible proportion de femmes enceintes estimée par l'enquête (moins de 3 %)[1].

Des croisements ont été effectués afin de documenter les liens entre ces variables et certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, soit l'âge, la scolarité relative, le niveau de revenu du ménage et le groupe ethnoculturel. Les associations entre les différentes formes de dépistage des cancers féminins ont également été analysées. Dans le cas de la prise d'anovulants et d'hormones à la ménopause, la consommation concomitante de tabac est décrite en raison des risques plus importants pour la santé qui y sont associés.

En utilisant ces données, il faut garder à l'esprit qu'elles renseignent sur des comportements déclarés. La désirabilité sociale de ces comportements peut donc avoir influencé les réponses obtenues. Dans le cas du dépistage de cancers, la difficulté de se rappeler de façon exacte le temps écoulé depuis le moment d'un examen peut également affecter la précision des réponses; dans le cas de la mammographie, qui s'avère souvent un examen très pénible, le souvenir marqué de cet événement peut le faire apparaître comme appartenant à un passé plus récent qu'en réalité.

[1] D'ailleurs, la raison d'être de cette question est plutôt liée aux critères de calcul de l'indice de masse corporelle, traité au chapitre 7.

10.2 Résultats

10.2.1 Dépistage des cancers féminins

Autoexamen des seins

L'autoexamen des seins (AES) est une pratique de détection recommandée à toutes les femmes, à partir de l'âge de 40 ans (Société canadienne du cancer, 1993). Bien que son effet sur les taux de mortalité n'ait pas été démontré, il semble admis que la majorité des cas de cancer du sein sont découverts par les femmes elles-mêmes (Comité permanent de la santé et du bien-être social, du troisième âge et de la condition féminine, 1992).

Environ une Québécoise de 15 ans et plus sur quatre (24 %) pratique l'AES selon la fréquence recommandée, c'est-à-dire chaque mois, et un pourcentage semblable (22 %) le fait moins régulièrement, soit tous les deux ou trois mois (tableau 10.1). La pratique régulière de l'AES est moins répandue parmi les femmes de 15 à 44 ans (18 % et 21 %) que parmi les femmes plus âgées (30 % et 28 %).

Tableau 10.1

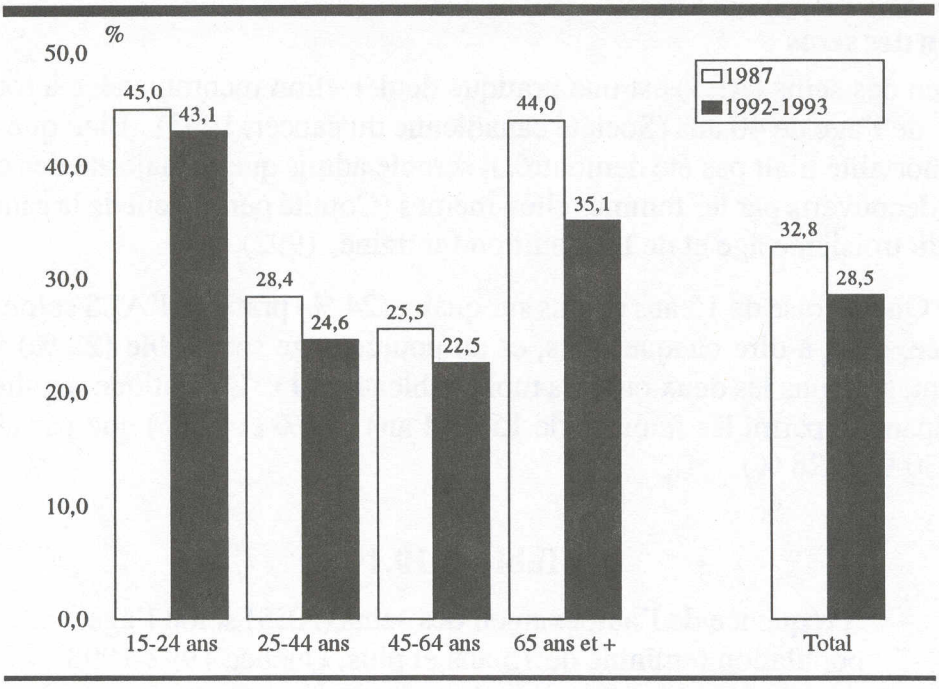
Fréquence de l'autoexamen des seins (AES) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Groupe d'âge	Fréquence de l'AES				
	Au moins 1 fois/mois %	1 fois/ 2-3 mois %	Moins souvent %	Jamais %	Total N
15-24 ans	18,2	15,2	23,6	43,1	459 609
25-44 ans	21,2	24,6	29,6	24,6	1 224 151
45-64 ans	29,7	24,6	23,2	22,5	767 866
65 ans et plus	28,2	15,8	20,9	35,1	403 002
Total	**24,0**	**21,9**	**25,7**	**28,5**	**2 854 628**

Ces pourcentages diffèrent peu de ceux de l'enquête Santé Québec 1987 (tableau A.10.1 et graphique 10.1). Le seul changement observé est une légère diminution de la proportion de femmes n'ayant jamais pratiqué cette forme de dépistage, laquelle passe de 33 % en 1987 à 29 % en 1992-1993, au profit de la pratique occasionnelle tous les deux ou trois mois, qui s'accroît de 19 % à 22 %. Cette situation s'observe dans tous les groupes d'âge à l'exception de celui des femmes de 15-24 ans, parmi lesquelles aucun changement significatif n'est décelable.

Graphique 10.1

Personnes n'ayant jamais pratiqué l'AES selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993



La scolarité relative, le niveau de revenu du ménage et l'appartenance ethnoculturelle sont reliés à la pratique de l'AES (tableau A.10.2). Les femmes les moins scolarisées sont proportionnellement plus nombreuses que les autres Québécoises à ne jamais pratiquer l'AES (35 % c. 24 % à 30 %). Dans le même sens, 37 % des femmes appartenant à des ménages très pauvres n'examinent jamais leurs seins, comparativement à 24 % des femmes disposant d'un revenu supérieur. Enfin, le groupe ethnoculturel minoritaire se distingue du groupe majoritaire par un pourcentage plus élevé de femmes qui ne pratiquent jamais cette forme de dépistage (36 % c. 28 %).

Examen clinique des seins

Jusqu'en 1994, l'examen clinique des seins (ECS) était recommandé sur une base annuelle pour les femmes de 40 ans et plus, par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, bien que son efficacité sur la réduction de la mortalité ne soit pas démontrée lorsqu'il est pratiqué seul (sans mammographie). Présentement, le Groupe d'étude ne recommande l'ECS annuel qu'aux femmes de 50 à 69 ans, conjointement avec la mammographie (Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994).

Près de la moitié des Québécoises de 15 ans et plus (47 %) déclarent avoir subi cet examen moins de 12 mois avant l'enquête (tableau 10.2). Bien qu'elles constituent la majorité des femmes du groupe cible pour le dépistage, les femmes de 45 ans et plus ne sont pas plus nombreuses que les plus jeunes à avoir bénéficié d'un ECS au cours de la même période.

Tableau 10.2

Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Groupe d'âge	Dernier ECS					
	Moins de 12 mois %	1-2 ans %	Plus de 2 ans %	Jamais %	Ne sait pas %	Total N
15-24 ans	46,8	11,3	4,7	35,3	1,9*	458 234
25-44 ans	52,3	22,1	17,0	7,8	0,9*	1 225 529
45-64 ans	48,4	22,3	20,4	7,6	1,3*	768 076
65 ans et plus	31,7	19,4	25,9	18,8	4,1*	402 021
Total	**47,4**	**20,0**	**17,2**	**13,7**	**1,6**	**2 853 860**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

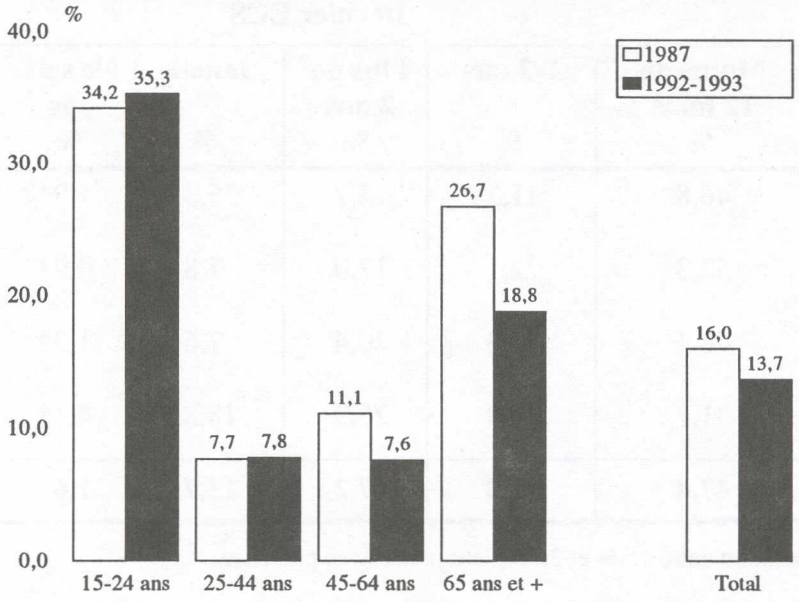
Dans l'ensemble, ces données ne diffèrent pas significativement de celles de 1987 (graphique 10.2 et tableau A.10.3). Seule la proportion des femmes n'ayant jamais subi d'ECS a légèrement diminué (16 % c. 14 %); ce changement est surtout apparent chez les femmes de 65 ans et plus (27 % c. 19 %). La scolarité relative, le niveau de revenu de même que le groupe ethnoculturel sont reliés au recours à l'ECS (tableau A.10.4). Ainsi, la proportion de femmes ayant subi un ECS moins de 12 mois avant l'enquête passe de 41 % chez les femmes les moins scolarisées à 51 % chez les plus scolarisées, tandis que la proportion de femmes n'ayant jamais eu d'ECS passe de 21 % à 11 %. Dans le même sens, moins de femmes appartenant à des ménages pauvres et très pauvres déclarent avoir subi cet examen dans l'année ayant précédé l'enquête comparativement aux femmes disposant d'un revenu supérieur (40 % c. 55 %); la proportion de femmes n'ayant jamais eu d'ECS passe de 21 %, chez les femmes très pauvres, à 9 % chez les plus à l'aise. Par ailleurs, les femmes appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire déclarent plus souvent que les autres Québécoises n'avoir jamais eu d'ECS (24 % c. 12 %).

Mammographie

Les études sur le dépistage du cancer du sein suggèrent que la mammographie combinée avec l'ECS pourrait éventuellement réduire de 40 % la mortalité chez les femmes de 50 à 69 ans, tandis que l'utilité du dépistage systématique chez les femmes de 40 à 49 ans n'est toujours pas concluante (Conseil d'évaluation des technologies de la santé, 1990 et 1993). La fréquence recommandée à l'heure actuelle par la Société canadienne du cancer, et celle retenue dans le Plan d'action québécois pour le dépistage du cancer du sein, est d'une mammographie accompagnée d'un ECS tous les deux ans, pour les femmes de 50 à 69 ans (MSSS, 1993).

Graphique 10.2

Personnes n'ayant jamais subi un ECS selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993



Dans l'ensemble, 14 % des Québécoises de 15 ans et plus déclarent avoir subi une mammographie au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, et 12 %, entre un et deux ans avant l'enquête (tableau 10.3). Le recours à cette méthode de dépistage prend surtout de l'importance à partir de l'âge de 40 ans, âge à compter duquel le cancer du sein devient la première

Tableau 10.3

Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Groupe d'âge	Dernière mammographie					
	Moins de 12 mois %	1-2 ans %	Plus de 2 ans %	Jamais %	Ne sait pas %	Total N
15-39 ans	3,9	3,6	7,2	85,1	0,1**	1 386 033
40-49 ans	23,1	19,9	19,6	36,9	0,7**	529 636
50-59 ans	30,2	21,9	21,3	25,6	1,1**	356 614
60-69 ans	25,9	20,2	19,2	34,0	0,7**	289 797
70 ans et plus	13,3	13,1	19,0	52,9	1,8**	257 696
Total	**13,9**	**11,6**	**13,6**	**60,3**	**0,6****	**2 819 776**

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

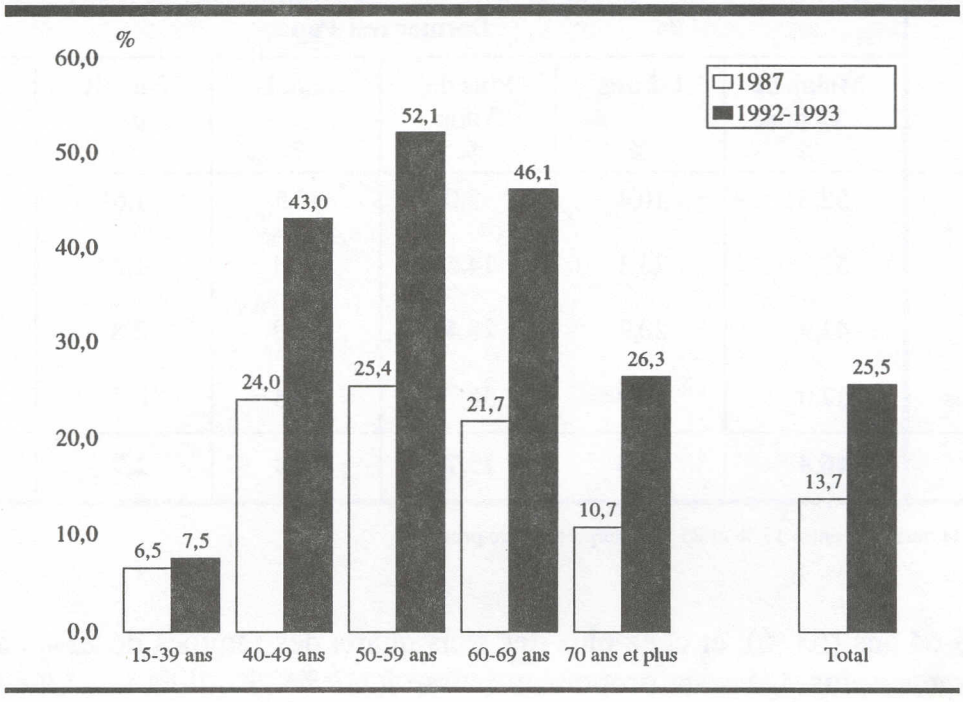
cause spécifique de mortalité chez les Québécoises[1]. La proportion la plus élevée de femmes à n'avoir jamais eu de mammographie s'observe chez les femmes de 15-39 ans (85 %), et la plus faible, chez les femmes de 50-59 ans (26 %).

Par rapport à l'enquête Santé Québec 1987, les Québécoises sont environ deux fois plus nombreuses à déclarer une mammographie au cours de l'année ayant précédé l'enquête (14 % c. 8 %) (tableau A.10.5); cette évolution concorde avec l'accroissement du nombre de mammographies facturées à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, qui a été d'environ 20 % par année au cours de la même période[2].

En 1987, dans le groupe d'âge de 40-49 ans, 24 % des femmes avaient eu une mammographie au cours des deux années ayant précédé l'enquête, alors que ce pourcentage s'élève à 43 % en 1992-1993; la proportion est passée de 24 % à 49 % chez les femmes de 50-69 ans, et de 11 % à 26 % chez les femmes au-delà de 69 ans (graphique 10.3). Ainsi, dans le groupe d'âge visé par le plan d'action, la proportion de femmes ayant subi une mammographie dans le délai recommandé a plus que doublé, même s'il ne s'agit encore que de la moitié de la population à joindre; la grande majorité de ces femmes (97 %) ont également eu un ECS dans le même délai, c'est-à-dire moins de deux ans avant l'enquête (tableau A.10.6).

Graphique 10.3

Personnes ayant subi une mammographie au cours des 2 années ayant précédé l'enquête selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993



[1] Données compilées par le Service des études et analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la période 1989-1991.

[2] Données fournies par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et compilées par la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Étant donné la taille restreinte des sous-groupes, il n'a pas été possible de vérifier les liens pouvant exister entre le recours à la mammographie et le niveau de revenu, la scolarité relative ou le groupe ethnoculturel.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

En 1982, le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique recommandait de pratiquer un prélèvement annuel chez toutes les femmes dès le début de la vie sexuelle active et jusqu'à l'âge de 35 ans, puis tous les cinq ans par la suite. Le consensus médical tend à évoluer vers un prélèvement tous les trois ans pour toutes les femmes de 18 ans et plus ayant eu des relations sexuelles, jusqu'à l'âge de 69 ans (Miller, 1992); cependant, pour diverses raisons, la pratique la plus courante consiste à faire un prélèvement annuel à compter du début de la vie sexuelle active[1].

Parmi l'ensemble des Québécoises de 15 ans et plus, un peu moins de la moitié (47 %) ont eu un test de Pap moins de 12 mois avant l'enquête, et les deux tiers (66 %) l'ont subi dans les deux années ayant précédé celle-ci (tableau 10.4). Le dépistage a été fait moins de deux ans avant l'enquête chez près des deux tiers des femmes dans le groupe des 15-24 ans (63 %) et

Tableau 10.4

Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Groupe d'âge	Dernier test Pap					
	Moins de 12 mois %	1-2 ans %	Plus de 2 ans %	Jamais %	Ne sait pas %	Total N
15-24 ans	52,6	10,4	3,0*	32,5	1,6*	456 561
25-44 ans	57,2	23,3	14,5	3,9	1,2*	1 223 551
45-64 ans	41,9	20,9	28,4	6,0	2,8	763 922
65 ans et plus	17,0	14,9	38,7	20,8	8,7	391 190
Total	**46,8**	**19,4**	**19,7**	**11,4**	**2,7**	**2 835 224**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

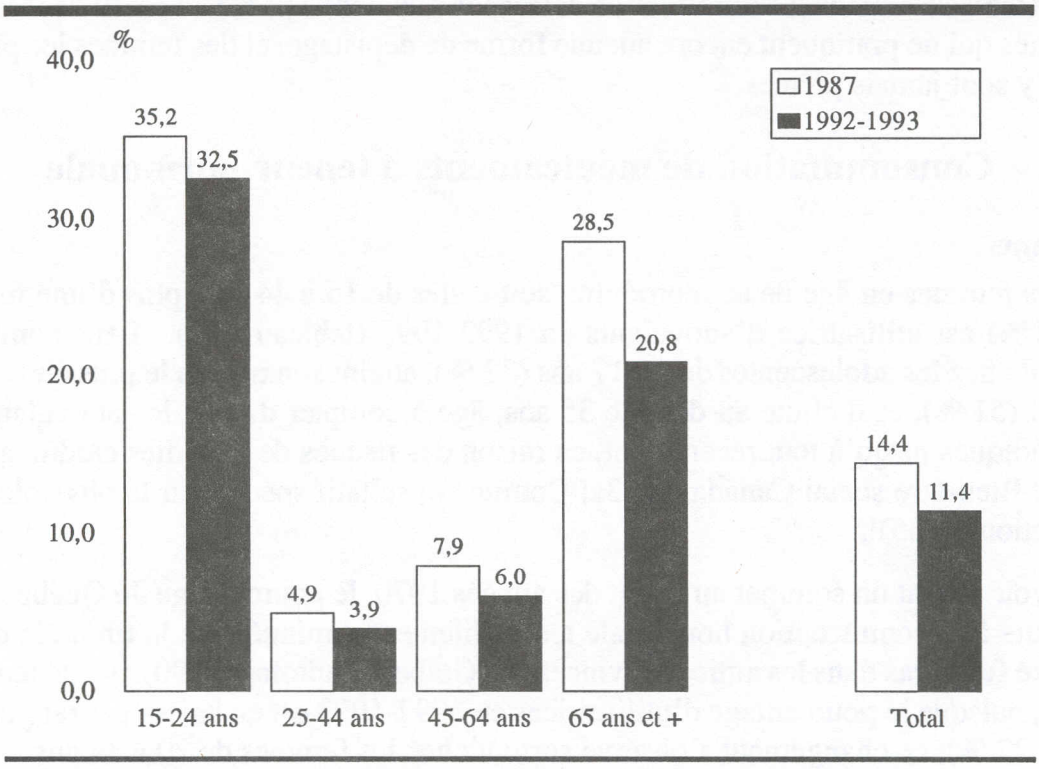
celui des 45-64 ans (63 %), et chez plus des trois quarts des femmes de 25-44 ans (81 %); chez les femmes plus âgées, la proportion baisse à 32 %. Le tiers des Québécoises de 15-24 ans n'ont jamais bénéficié de cette forme de dépistage de même que 21 % des femmes de 65 ans et plus.

[1] Ce test a une haute spécificité mais une sensibilité inférieure (environ 20 % de faux négatifs). Comme il est peu coûteux, il est admis en pratique clinique qu'un contrôle annuel est plus simple et plus efficace.

On n'observe aucun changement significatif par rapport aux données de Santé Québec 1987, si ce n'est une légère diminution de la proportion de femmes qui n'ont jamais subi de test de Pap (de 14 % c. 11 %) (graphique 10.4 et tableau A.10.7).

Graphique 10.4

Personnes n'ayant jamais subi de test de Pap selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993



La pratique du test de Pap moins d'un an avant l'enquête est moins fréquente parmi les femmes les moins scolarisées que chez les plus scolarisées (41 % c. 51 %); dans le même sens, les femmes les moins instruites sont proportionnellement plus nombreuses à n'avoir jamais eu de dépistage que les femmes de scolarité élevée ou très élevée (15 % c. 10 %) (tableau A.10.8). La pratique varie également en fonction du niveau de revenu du ménage. Ainsi, la proportion de femmes s'étant prêtées à cette forme de dépistage au cours des douze mois ayant précédé l'enquête est plus faible parmi les femmes très pauvres et pauvres que chez celles dont le niveau de revenu est moyen supérieur ou supérieur (41 % et 38 % c. 51 % et 55 %). Parallèlement, il y a plus de femmes n'ayant jamais bénéficié du test de Pap parmi celles qui sont très pauvres ou pauvres que parmi les autres femmes (16 % c. 10 %). Enfin, comparativement aux femmes faisant partie du groupe ethnoculturel majoritaire, celles du groupe minoritaire déclarent plus souvent n'avoir jamais subi le test (23 % c. 10 %).

Tableau 10.5

Consommation d'anovulants selon l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Québec 1987 et 1992-1993

Groupe d'âge	Consommation d'anovulants		
	1987	1992-1993	
	%	%	Pe
15-17 ans	28,5	32,2	45 115
18-19 ans	54,8	56,7	49 451
20-24 ans	58,0	49,2	113 205
25-34 ans	30,0	23,4	142 205
35-44 ans	4,6	2,9*	17 864
Total	**27,5**	**21,9**	**367 840**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

proportions sont respectivement de 33 % et de 50 % parmi les non-utilisatrices (tableau A.10.13). Les femmes qui consultent annuellement leur médecin pour obtenir une prescription d'anovulants bénéficient donc en grande partie d'un dépistage.

Hormones à la ménopause

En 1992-1993, 11 % des Québécoises de 15 ans et plus déclarent utiliser des hormones pour le traitement de troubles liés à la ménopause ou pour une autre raison, comparativement à 8 % au moment de l'enquête Santé Québec 1987 (tableau 10.6). Cette augmentation est attribuable essentiellement aux femmes de 45-64 ans qui regroupent les trois quarts des utilisatrices : en effet, 29 % d'entre elles consomment ce type de médicaments, alors qu'on en comptait 22 % en 1987. Les données de l'enquête de 1992-1993 ne permettent toutefois pas de savoir quelle proportion de ces femmes sont effectivement en période de ménopause.

Il est à noter que le tabagisme figure parmi les contre-indications relatives aux thérapies hormonales et que l'on dénombre 25 % de fumeuses régulières parmi les utilisatrices d'hormones (données non présentées).

vées chez les femmes qui n'ont jamais bénéficié d'un examen de dépistage. Lorsqu'il est possible de les comparer, les disparités liées aux facteurs socioéconomiques ne semblent pas s'être résorbées dans l'intervalle qui sépare les deux enquêtes.

En ce qui a trait à la prise de médicaments à teneur hormonale, l'enquête révèle une diminution de la consommation d'anovulants chez les femmes de 15 à 44 ans et une augmentation de la consommation d'hormones pour des problèmes liés à la ménopause parmi les femmes de 45 à 64 ans. Étant donné la très faible augmentation des taux de natalité et l'augmentation sensible de l'indice synthétique des interruptions volontaires de grossesse au cours de la période écoulée entre les deux enquêtes (Duchesne, 1993), la diminution de la consommation d'anovulants pourrait refléter certains changements dans les comportements contraceptifs des Québécoises, dont nous ne pouvons voir ici qu'un aspect isolé. Quant à la consommation d'hormones à la ménopause, des modifications des attitudes et des connaissances, tant chez les femmes que parmi le personnel de la santé, expliqueraient probablement l'augmentation observée, la littérature scientifique étant très favorable à l'hormonothérapie (Corbeil, 1994).

La proportion de fumeuses régulières est de une sur trois chez les utilisatrices d'anovulants et de une sur quatre chez les utilisatrices d'hormones à la ménopause, et la proportion de fumeuses est en baisse depuis 1987 dans le cas des utilisatrices d'anovulants. Ces chiffres se comparent aux taux de tabagisme déclarés par les femmes des mêmes groupes d'âge; ils demeurent cependant préoccupants compte tenu des risques pour la santé cardiovasculaire (Santé et Bien-être social Canada, 1993b; Comité consultatif spécial sur la physiologie de la reproduction, 1985). Il serait intéressant de vérifier l'hypothèse d'une proportion plus élevée de fumeuses chez les utilisatrices d'anovulants en milieu défavorisé, en raison notamment du tabagisme plus répandu chez les femmes de ce milieu.

Sur le plan de la recherche, il serait souhaitable d'augmenter les connaissances sur l'efficacité des méthodes actuelles de dépistage du cancer du sein auprès des femmes ne se situant pas dans le groupe d'âge de 50-69 ans; il faudrait également chercher à améliorer la qualité des trois formes actuelles de dépistage et à expérimenter des approches nouvelles, particulièrement en matière d'autodépistage.

De façon générale, il y aurait lieu d'améliorer les connaissances sur les facteurs reliés à la participation au dépistage des cancers féminins chez les femmes appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire, dans le but d'élaborer des programmes de dépistage mieux adaptés à ces groupes.

10.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

Ces données fournissent des renseignements utiles par rapport aux objectifs fixés par la Politique de la santé et du bien-être. Ainsi, même en l'absence de programme officiel, le dépistage du cancer du sein par mammographie progresse rapidement notamment chez les femmes appartenant au groupe d'âge visé (50 à 69 ans). Si l'on tient compte du fait que près de la moitié des femmes pratiquent l'AES de façon régulière ou non, ou ont bénéficié d'un ECS moins de 12 mois avant l'enquête, ce résultat montre une situation propice à la mise en place du programme de dépistage annoncé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Par ailleurs, la pratique régulière de l'AES et l'examen clinique annuel chez les femmes de 40 ans et plus ne devraient pas être laissés en plan; en l'absence d'autres solutions et vu leur coût négligeable, il faudrait chercher à tirer le meilleur parti possible de ces méthodes.

Parmi les groupes vers lesquels des efforts plus importants de prévention et de dépistage devraient être déployés dans la lutte contre le cancer du col, il importe de mentionner, d'une part, les femmes pauvres, en particulier celles de 65 ans et plus qui n'ont jamais bénéficié de dépistage ou qui n'ont pas été examinées depuis plusieurs années (Miller, 1992) et, d'autre part, les femmes de 15 à 24 ans sexuellement actives qui ne consomment pas d'anovulants. Les fumeuses régulières qui utilisent aussi les anovulants ou les hormones durant la ménopause constituent un autre groupe à privilégier pour la prévention en santé cardiovasculaire.

Enfin, compte tenu de l'augmentation continue des taux de grossesse chez les adolescentes au cours de la dernière décennie (Comité permanent de la santé et du bien-être social, du troisième âge et de la condition féminine, 1992) et de la hausse récente des taux d'interruption volontaire de grossesse chez les Québécoises, il serait important de mieux documenter les changements qui s'opèrent dans les comportements sexuels des jeunes de moins de 18 ans et les comportements contraceptifs des Québécoises; les effets de ces changements devraient être analysés à la fois sur le plan de la santé, de la prévention des grossesses non désirées et des maladies transmissibles sexuellement.

10.4 Références bibliographiques

COMITÉ CONSULTATIF SPÉCIAL SUR LA PHYSIOLOGIE DE LA REPRODUCTION (1985). *Contraceptifs oraux, rapport 1985,* Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Direction générale de la protection de la santé.

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE (1992). *Le cancer du sein : des questions sans réponse,* Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (1990). *Dépistage du cancer du sein au Québec : estimation des coûts et des effets sur la santé,* Québec, Gouvernement du Québec.

CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (1993). *Le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans,* Québec, Gouvernement du Québec.

CORBEIL, D. (1994). «Ménopause» dans *La santé des femmes*, sous la direction de Huguette Bélanger et Louise Charbonneau, Montréal, Édisem Inc.

DE GUIBERT-LANTOINE, C. (1990). «Révolutions contraceptives au Canada», *Population*, vol. 45, no 2, pp. 361-398.

DUCHESNE, L. (1993). *La situation démographique au Québec, édition 1993*, Québec, Les Publications du Québec.

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE (1994). «Guide canadien de médecine préventive», Ottawa, Santé Canada.

MILLER, A. (1992). «Planification des stratégies de lutte contre le cancer», *Maladies chroniques au Canada,* vol. 13, no 1, supplément, janvier-février, p.s27.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). *Plan d'action pour le dépistage du cancer du sein,* Québec, Gouvernement du Québec.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1993a). *Enquête Promotion de la santé Canada 1990 : Rapport technique,* Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1993b). *Prospectus de conditionnement à l'intention des utilisatrices de contraceptifs oraux (pilule anticonceptionnelle),* Ottawa, Santé et bien-être social Canada, Direction générale de la protection de la santé.

SANTÉ QUÉBEC (1988) *Et la santé, ça va? Tome 1. Rapport de l'enquête Santé Québec 1987,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (1993), *Le cancer du sein. Les faits*, (dépliant), Société canadienne du cancer.

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A.10.1

Fréquence de l'autoexamen des seins (AES) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Groupe d'âge	Fréquence de l'AES							
	Au moins 1 fois/mois		1 fois/2-3 mois		Moins souvent		Jamais	
	%		%		%		%	
	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993
15-24 ans	18,3	18,2	15,0	15,2	21,7	23,6	45,0	43,1
25-44 ans	24,2	21,2	20,6	24,6	26,7	29,6	28,4	24,6
45-64 ans	32,0	29,7	19,3	24,6	23,2	23,2	25,5	22,5
65 ans et plus	24,3	28,2	15,3	15,8	16,5	20,9	44,0	35,1
Total	**25,1**	**24,0**	**18,6**	**21,9**	**23,6**	**25,7**	**32,8**	**28,5**

Tableau A.10.2

Fréquence de l'autoexamen des seins (AES) selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Fréquence de l'AES				
	Au moins 1 fois/mois	1 fois/ 2-3 mois	Moins souvent	Jamais	Total
	%	%	%	%	N
Scolarité relative					
Plus faible	26,5	16,4	22,4	34,7	565 913
Faible	24,8	21,0	24,4	29,7	611 612
Moyenne	25,6	23,5	26,7	24,2	539 719
Élevée	23,8	25,4	25,7	25,1	551 768
Plus élevée	19,1	23,5	30,0	27,5	552 962
Niveau de revenu					
Très pauvre	25,8	17,4	19,6	37,2	245 309
Pauvre	26,9	19,2	22,5	31,4	357 454
Moyen inférieur	23,6	20,8	27,4	28,2	865 548
Moyen supérieur	22,9	23,9	26,0	27,2	1 044 931
Supérieur	24,2	24,1	27,7	24,0	341 385
Groupe ethnoculturel					
Minoritaire	23,0	18,2	23,0	35,8	290 066
Majoritaire	24,0	22,4	26,1	27,5	2 505 629

Tableau A.10.3

Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Groupe d'âge	Dernier ECS									
	Moins de 12 mois		1-2 ans		Plus de 2 ans		Jamais		Ne sait pas	
	%		%		%		%		%	
	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993
15-24 ans	46,3	46,8	11,3	11,3	5,5	4,7	34,2	35,3	2,7	1,9*
25-44 ans	52,8	52,3	20,9	22,1	17,0	17,0	7,7	7,8	1,6	0,9*
45-64 ans	46,1	48,4	18,9	22,3	20,9	20,4	11,1	7,6	3,0	1,3*
65 ans et plus	29,6	31,7	11,1	19,4	24,6	25,9	26,7	18,8	8,0	4,1*
Total	**47,0**	**47,4**	**17,3**	**20,0**	**16,7**	**17,2**	**16,0**	**13,7**	**3,0**	**1,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour les résultats de 1987.

Tableau A.10.4

Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS) selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Dernier ECS					
	Moins de 12 mois	1-2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	Ne sait pas	Total
	%	%	%	%	%	N
Scolarité relative						
Plus faible	40,6	17,8	17,9	20,7	3,0	567 938
Faible	46,9	18,1	17,5	15,6	1,9*	609 942
Moyenne	50,8	22,0	16,9	9,4	0,9**	540 103
Élevée	48,7	21,6	18,1	10,6	1,1**	551 072
Plus élevée	51,4	21,3	15,7	10,9	0,8**	551 611
Niveau de revenu						
Très pauvre	40,2	17,8	18,8	21,2	2,0*	246 021
Pauvre	39,8	18,6	20,4	19,1	2,1*	357 154
Moyen inférieur	45,6	19,2	19,0	14,5	1,8*	866 200
Moyen supérieur	50,8	21,7	15,2	11,1	1,2*	1 043 418
Supérieur	55,1	20,3	14,2	9,0	1,4**	341 066
Groupe ethnoculturel						
Minoritaire	41,0	20,9	12,2	24,0	1,8**	290 894
Majoritaire	48,2	20,0	17,9	12,4	1,6	2 502 644

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.10.5

Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Groupe d'âge	Dernière mammographie									
	Moins de 12 mois %		1-2 ans %		Plus de 2 ans %		Jamais %		Ne sait pas %	
	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993
15-39 ans	3,5	3,9	3,0	3,6	7,1	7,2	85,9	85,1	0,4	0,1**
40-49 ans	13,0	23,1	11,0	19,9	21,1	19,6	53,6	36,9	1,4	0,7**
50-59 ans	14,5	30,2	10,9	21,9	16,7	21,3	55,9	25,6	2,0	1,1**
60-69 ans	13,0	25,9	8,7	20,2	15,8	19,2	61,2	34,0	1,4	0,7**
70 ans et plus	7,5	13,3	3,2	13,1	10,8	19,0	76,2	52,9	2,2	1,8**
Total	**7,8**	**13,9**	**5,9**	**11,6**	**11,8**	**13,6**	**73,4**	**60,3**	**1,0**	**0,6***

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour les résultats de 1987.

Tableau A.10.6

Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon le temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins, population féminine de 50-69 ans, Québec 1992-1993

Dernière mammographie	Dernier ECS				
	Moins de 12 mois	1-2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	Total
	%	%	%	%	N
Moins de 12 mois	94,0	4,5*	1,5**	0,0**	182 208
1 à 2 ans	32,5	61,9	5,6*	0,1**	135 849
Plus de 2 ans	21,1	20,1	57,2	1,6**	130 205
Jamais	23,0	17,1	31,3	28,6	181 632
Total	**45,2**	**23,7**	**22,5**	**8,6**	**629 894**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.10.7

Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Groupe d'âge	Dernier test Pap									
	Moins de 12 mois		1-2 ans		Plus de 2 ans		Jamais		Ne sait pas	
	%		%		%		%		%	
	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993	1987	1992-1993
15-24 ans	50,2	52,6	9,3	10,4	3,3	3,0*	35,2	32,5	2,1	1,6*
25-44 ans	57,1	57,2	21,0	23,3	15,2	14,5	4,9	3,9	1,8	1,2*
45-64 ans	38,6	41,9	19,5	20,9	28,0	28,4	7,9	6,0	6,1	2,8
65 ans et plus	15,0	17,0	11,3	14,9	31,1	38,7	28,5	20,8	14,1	8,7
Total	**45,9**	**46,8**	**17,2**	**19,4**	**18,1**	**19,7**	**14,4**	**11,4**	**4,5**	**2,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour les résultats de 1987.

Tableau A.10.8

Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Dernier test de Pap					
	Moins de 12 mois	1-2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	Ne sait pas	Total
	%	%	%	%	%	N
Scolarité relative						
Plus faible	41,1	17,8	21,0	15,4	4,8	564 311
Faible	46,9	17,2	19,5	13,6	2,8	603 737
Moyenne	48,6	21,9	19,7	7,4	2,4*	536 227
Élevée	47,2	21,3	19,9	9,9	1,8*	547 956
Plus élevée	50,9	19,3	18,9	9,7	1,3*	550 648
Niveau de revenu						
Très pauvre	40,9	16,0	22,8	15,8	4,4*	242 549
Pauvre	37,6	18,4	23,4	16,5	4,1*	352 394
Moyen inférieur	44,1	18,3	22,5	11,9	3,3	860 941
Moyen supérieur	50,8	21,4	17,1	8,8	1,9*	1 039 193
Supérieur	54,9	19,5	14,9	9,5	1,2**	340 147
Groupe ethnoculturel						
Minoritaire	38,8	20,0	14,3	22,5	4,3*	288 442
Majoritaire	47,8	19,2	20,4	10,1	2,5	2 487 765

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.10.9

Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon le temps écoulé depuis la dernière mammographie, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Dernière mammographie	Dernier test de Pap					
	Moins de 12 mois	1-2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	Ne sait pas	Total
	%	%	%	%	%	N
Moins de 12 mois	68,5	14,9	10,9	3,6*	2,1*	386 611
1 à 2 ans	42,0	35,7	17,1	4,0*	1,2*	320 428
Plus de 2 ans	36,6	18,3	38,7	5,1*	1,4*	377 670
Jamais	45,4	17,7	18,0	15,8	3,1	1 683 186
Ne sait pas	27,3**	17,5**	16,0**	14,6**	24,7**	15 635
Total	**46,9**	**19,4**	**19,7**	**11,3**	**2,6**	**2 783 530**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.10.10

Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon le temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Dernier ECS	Dernier test de Pap					
	Moins de 12 mois	1-2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	Ne sait pas	Total
	%	%	%	%	%	N
Moins de 12 mois	80,3	8,0	6,9	3,6	1,3*	1 343 900
1 à 2 ans	20,1	59,7	14,5	4,2	1,4*	568 219
Plus de 2 ans	14,2	11,6	64,6	7,3	2,4*	484 233
Jamais	13,7	10,3	16,9	54,1	5,2	388 607
Ne sait pas	19,7*	12,7*	11,7*	11,6*	44,3	44 586
Total	**46,8**	**19,4**	**19,7**	**11,4**	**2,7**	**2 829 545**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Tableau A.10.11

Fréquence de l'autoexamen des seins selon le dernier test de Pap, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Dernier test de Pap	Fréquence de l'AES				
	Au moins 1 fois/mois	1 fois/ 2-3 mois	Moins souvent	Jamais	Total
	%	%	%	%	N
Moins de 12 mois	25,9	23,3	26,4	24,4	1 323 367
1 à 2 ans	24,4	26,6	25,2	23,8	548 366
Plus de 2 ans	24,7	21,2	27,6	26,5	557 614
Jamais	15,8	11,6	18,9	53,8	321 770
Ne sait pas	17,3	13,0*	27,6	42,1	75 981
Total	**24,0**	**21,9**	**25,6**	**28,5**	**2 827 098**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Tableau A.10.12

Types de fumeuses selon l'âge et la consommation d'anovulants, population féminine de 15 à 44 ans, Québec 1992-1993

Groupe d'âge / Consommation d'anovulants		Types de fumeuses		
		Fumeuse régulière	Non-fumeuse et fumeuse occasionnelle	Total
		%	%	N
15-17 ans	Oui	35,5	64,5	44 883
	Non	15,9	84,1	93 456
18-24 ans	Oui	29,3	70,7	161 388
	Non	29,7	70,3	152 915
25-44 ans	Oui	35,8	64,2	157 403
	Non	35,0	65,0	1 056 364
Total	**Oui**	**32,9**	**67,1**	**363 674**
	Non	**33,0**	**67,0**	**1 302 735**

Tableau A.10.13

Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon la consommation d'anovulants et l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Québec 1992-1993

Groupe d'âge / Consommation d'anovulants		Dernier test de Pap					
		Moins de 12 mois	1-2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	Ne sait pas	Total
		%	%	%	%	%	N
15-24 ans	Oui	76,1	10,5	1,1**	11,0	1,3**	205 937
	Non	33,2	10,4	4,6*	49,9	1,9**	247 696
25-44 ans	Oui	78,9	15,0	4,3*	1,4**	0,4**	159 219
	Non	53,9	24,6	16,1	4,2	1,3*	1 058 635
Total	**Oui**	**77,3**	**12,4**	**2,5***	**6,8**	**0,9****	**365 156**
	Non	**50,0**	**21,9**	**13,9**	**12,8**	**1,4**	**1 306 331**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

PARTIE 2

ÉTAT DE SANTÉ

Perception de l'état de santé
Santé mentale
Accidents avec blessures
Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé

CHAPITRE

PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

11

Madeleine Levasseur, *Direction de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux*

11.0 Introduction

La perception ou l'autoévaluation de la santé constitue un indicateur important de l'état de santé de la population. Elle reflète l'appréciation globale que l'individu fait de son propre état de santé en intégrant ses connaissances et son expérience de la santé ou de la maladie.

Des études montrent que la perception de l'état de santé est associée non seulement à la morbidité déclarée, sous forme de symptômes ou de maladies aiguës ou chroniques (Fylkesnes et Forde, 1992a; Liang *et al.*, 1991; Segovia *et al.*, 1989b), mais également à la morbidité diagnostiquée (Idler et Angel, 1990; Linn et Linn, 1980). La perception de l'état de santé a aussi été reliée aux mesures d'incapacité fonctionnelle et de limitation des activités (Barsky *et al.*, 1992; Segovia *et al.*, 1989b). Au surplus, elle est reconnue comme étant un bon prédicteur de la mortalité (Wannamethee et Shaper, 1991; Idler et Angel, 1990). Outre les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, les comportements individuels, de même que le milieu social, l'utilisation des services de santé et la consommation de médicaments sont aussi associés à la perception de l'état de santé (Santé et Bien-être social Canada, 1993; Fylkesnes et Forde, 1992b; Mays *et al.*, 1992;, Segovia *et al.*, 1989a; Kutner, 1987; Linn et Linn, 1980).

En l'absence d'une variété d'indicateurs de santé, l'autoévaluation revêt une importance particulière dans la présente enquête. Elle constitue en quelque sorte un indicateur privilégié pour l'analyse de l'état de santé de la population selon ses caractéristiques démographiques et socioéconomiques. Dans le prolongement de l'enquête Santé Québec 1987, l'indicateur permet également de suivre l'évolution de l'état de santé général de la population.

11.1 Aspects méthodologiques

En plus d'être considérée comme une mesure fiable et valide, comme l'ont souligné Pampalon *et al.* (1994) dans leur recension des écrits sur le sujet, la perception de l'état de santé comporte l'avantage d'être facile à obtenir. Ne nécessitant qu'une seule question, elle est utilisée dans un grand nombre d'enquêtes de santé dont les enquêtes canadiennes sur la

promotion de la santé de 1985 et de 1990 et les enquêtes nationales américaines (NHIS-HPDP, NHANES-1) (Santé et Bien-être social Canada, 1993). Dans la présente enquête, la question fait partie du questionnaire autoadministré (QAA1), et s'adresse à la population de 15 ans et plus. Elle prend la forme suivante : «Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise?». Puisque la formulation de la question est la même que celle de l'enquête Santé Québec 1987, il est donc possible de comparer les deux enquêtes.

Ce chapitre examine, dans un premier temps, la perception de l'état de santé selon les caractéristiques d'âge et de sexe de la population, et établit des comparaisons avec les données de l'enquête Santé Québec 1987. Dans un second temps, la perception de l'état de santé est examinée en fonction de certaines caractéristiques socioéconomiques dont la scolarité relative, le niveau de revenu, le statut d'activité au cours des douze mois ayant précédé l'enquête et la profession; en fonction également des comportements individuels que sont le tabagisme et l'activité physique, de l'indice de masse corporelle (IMC) et, enfin, selon l'indice de soutien social.

Les données n'étant pas normalisées, sauf dans le cas de la scolarité relative, il faut rappeler l'influence de l'âge sur la plupart des caractéristiques de la population. Le taux de non-réponse partielle est de 0,7 %.

11.2 Résultats

11.2.1 Variations selon le sexe et l'âge

Près de neuf Québécois sur dix (89 %) qualifient leur état de santé de bon à excellent (tableau 11.1). Environ une personne sur cinq (18 %) se dit en excellente santé et un peu plus du tiers de la population se considère en très bonne santé (34 %) ou en bonne santé (37 %). À peine une personne sur dix (9 %) déclare avoir un état de santé moyen, et moins de 2 %, une mauvaise santé.

Chez les hommes comme chez les femmes, la proportion de personnes qui qualifient leur santé d'excellente et de très bonne tend à diminuer avec l'âge, et la situation inverse s'observe chez les personnes qui s'estiment en moyenne et en mauvaise santé. Les personnes de 15-24 ans et de 25-44 ans perçoivent leur état de santé de façon similaire; les seules différences significatives entre les personnes de ces groupes d'âge s'observent chez les hommes qui, à 25-44 ans, sont moins nombreux à déclarer avoir une excellente santé (21 % c. 28 %) et plus nombreux à se percevoir en bonne santé. C'est principalement à partir de 45 ans que l'évaluation de l'état de santé devient plus négative. Ainsi, la proportion de personnes de 45-64 ans qui jugent leur santé comme étant moyenne ou mauvaise est estimée à 14 %, soit environ le double de ce que l'on observe chez les personnes des groupes d'âge plus jeunes; chez les personnes de 65 ans et plus cette proportion s'élève à 23 %.

Dans l'ensemble, les femmes évaluent leur santé un peu plus négativement que les hommes; en particulier, elles sont moins nombreuses (16 % c. 20 %) à qualifier leur état de santé d'excellent. Cette différence selon le sexe est en grande partie attribuable aux personnes de 15-24 ans. Il

y a nettement moins de jeunes femmes que de jeunes hommes (18 % c. 28 %) qui s'estiment en excellente santé. Dans les autres groupes d'âge, les proportions présentent peu de variation selon le sexe quel que soit le niveau d'état de santé perçu.

Tableau 11.1

Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Perception de l'état de santé					
	Excellent %	Très bon %	Bon %	Moyen %	Mauvais %	Total N
Hommes						
15-24 ans	27,7	38,9	28,5	4,5	0,4**	476 611
25-44 ans	21,1	37,2	35,1	6,0	0,6*	1 235 187
45-64 ans	17,5	30,8	38,0	11,1	2,5	751 974
65 ans et plus	11,0	23,9	44,0	17,5	3,7*	300 963
Total	**20,1**	**34,3**	**35,7**	**8,4**	**1,4**	**2 764 735**
Femmes						
15-24 ans	18,0	37,6	37,6	6,4	0,4**	459 703
25-44 ans	17,9	38,3	36,7	6,1	1,0*	1 222 659
45-64 ans	14,0	32,6	39,1	12,5	1,9*	769 409
65 ans et plus	8,5	22,6	44,5	19,1	5,3*	415 815
Total	**15,5**	**34,4**	**38,6**	**9,7**	**1,8**	**2 867 586**
Sexes réunis						
15-24 ans	22,9	38,3	33,0	5,5	0,4**	936 314
25-44 ans	19,5	37,8	35,9	6,1	0,8*	2 457 846
45-64 ans	15,7	31,7	38,5	11,8	2,2	1 521 383
65 ans et plus	9,5	23,2	44,3	18,4	4,6	716 778
Total	**17,8**	**34,4**	**37,2**	**9,1**	**1,6**	**5 632 321**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

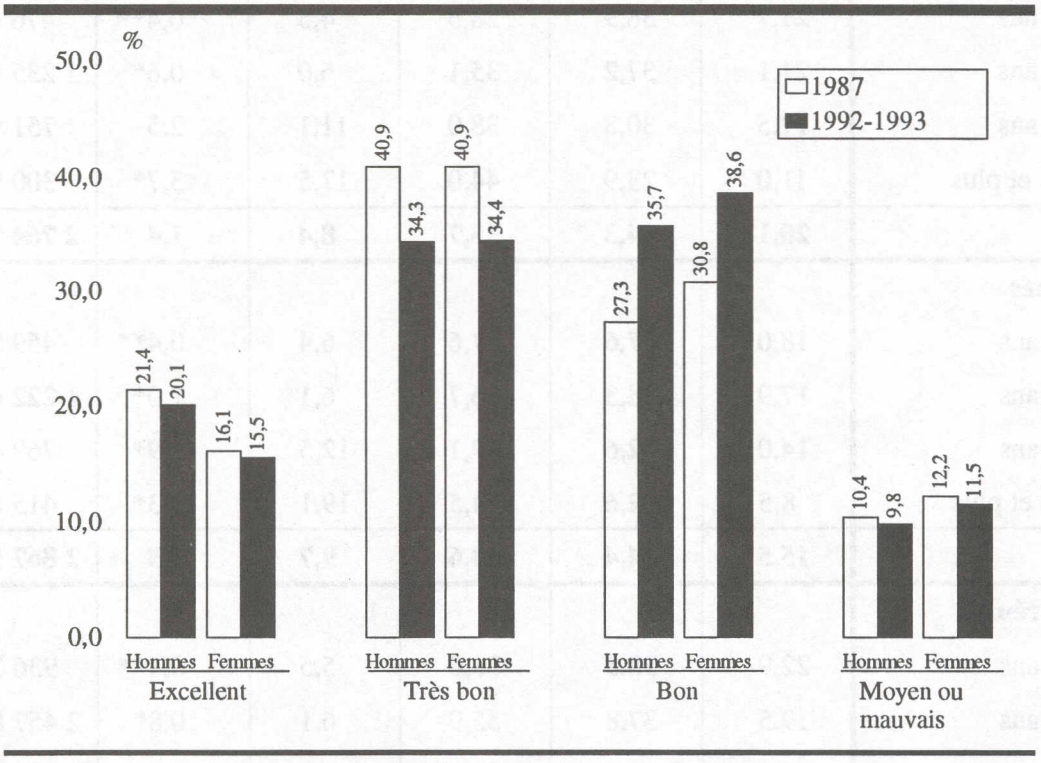
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Comparativement à l'enquête Santé Québec 1987, il n'y a pas de différence significative entre la proportion de personnes qui perçoivent leur état de santé comme étant excellent, moyen ou mauvais (graphique 11.1, tableau A.11.1). Cependant, la proportion de la population qui

s'estime en très bonne santé est plus faible qu'en 1987 (34 % c. 41 %) et celle qui s'estime en bonne santé est plus élevée (37 % c. 29 %). Les personnes de 15 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreuses en 1992-1993 qu'en 1987 à qualifier leur santé de bonne plutôt que très bonne, tandis que les personnes de 45 ans et plus sont plus nombreuses à qualifier leur santé de bonne plutôt que de la considérer comme étant moyenne ou mauvaise. Chez les personnes de 65 ans et plus, les écarts ne sont pas significatifs entre 1987 et 1992-1993. L'évolution est semblable pour les hommes et les femmes de 15 à 44 ans, mais, à partir de 45 ans, les hommes évaluent leur santé un peu plus négativement en 1992-1993 qu'en 1987, et les femmes l'évaluent plus favorablement.

Graphique 11.1

Perception de l'état de santé selon le sexe,
population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993



11.2.2 Variations selon certaines caractéristiques socioéconomiques

La perception de l'état de santé varie en fonction de la scolarité relative. Selon l'enquête, les Québécois les moins scolarisés sont environ deux fois plus nombreux que les plus scolarisés à se considérer en moyenne ou en mauvaise santé (17 % c. 7 %) (tableau 11.2). Plus de trois personnes sur cinq (63 %) ayant une scolarité plus élevée évaluent leur état de santé comme étant excellent ou très bon comparativement à deux personnes de plus faible scolarité sur cinq (41 %). La même tendance s'observe chez les hommes et les femmes, mais les écarts semblent plus marqués chez ces dernières (tableau A.11.2).

Tableau 11.2

Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Perception de l'état de santé				
	Excellent %	Très bon %	Bon %	Moyen ou mauvais %	Total N
Scolarité relative					
Plus faible	14,3	26,7	42,0	17,0	1 122 939
Faible	17,3	31,0	40,4	11,3	1 149 723
Moyenne	16,6	36,6	37,7	9,1	990 968
Élevée	17,7	37,5	36,2	8,6	1 172 035
Plus élevée	22,6	40,7	29,8	6,8	1 133 761
Niveau de revenu					
Très pauvre	13,1	24,8	39,6	22,5	415 788
Pauvre	14,1	27,1	41,1	17,7	652 503
Moyen inférieur	17,8	32,4	39,2	10,6	1 686 476
Moyen supérieur	18,7	36,9	36,5	7,8	2 163 479
Supérieur	21,1	43,5	29,5	6,0	714 074
Statut d'activité habituelle					
En emploi	20,0	38,7	35,7	5,5	3 017 351
Aux études	23,5	39,2	31,7	5,7	705 930
À la maison	12,0	28,7	42,2	17,1	768 575
À la retraite	10,6	23,3	43,7	22,4	732 179
Sans emploi	14,8	24,6	36,6	24,0	407 937
Catégorie professionnelle[1]					
Professionnel et cadre supérieur	22,7	43,4	29,2	4,6*	412 863
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	21,4	42,5	30,9	5,2	505 950
Employé de bureau, de commerce et de service	19,5	38,0	37,4	5,1	1 035 204
Contremaître et ouvrier qualifié	18,8	38,5	36,6	6,1	692 588
Ouvrier non qualifié et manoeuvre	19,3	34,6	38,3	7,8	386 215

[1] Population occupant un emploi au moment de l'enquête.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Plus le niveau du revenu est élevé, plus les gens déclarent avoir une excellente ou une très bonne santé. En revanche, les personnes qui font partie d'un ménage pauvre (18 %) ou très pauvre (23 %) sont beaucoup plus susceptibles de qualifier leur état de santé de moyen ou de mauvais que les personnes provenant de ménages dont le revenu se classe au niveau moyen supérieur (8 %) ou supérieur (6 %). Les différences sont semblables selon le sexe.

Le lien entre le statut d'activité habituelle et la perception de la santé pourrait être en partie un effet de l'âge. Les personnes qui évaluent le plus favorablement leur état de santé sont celles qui étudient, donc majoritairement des jeunes de 15-24 ans, et celles qui occupent un emploi, soit les personnes de 15 à 64 ans. Bien que les personnes sans emploi fassent partie du même groupe d'âge, le quart d'entre elles considèrent leur santé comme étant moyenne ou mauvaise; cette catégorie d'activité comprend des personnes qui ne travaillent pas pour des raisons de santé. Une personne à la retraite sur cinq (22 %) s'estime en moyenne ou en mauvaise santé et 17 % des personnes tenant maison, lesquelles sont en majorité des femmes âgées de 25 ans et plus (A.11.3).

En ce qui concerne la catégorie professionnelle, elle ne semble pas jouer un rôle déterminant sur l'autoévaluation de la santé. Tout au plus, on note un écart significatif entre la perception de l'état de santé des professionnels et cadres supérieurs, et celle des ouvriers non qualifiés et manoeuvres. Les premiers sont plus nombreux que les seconds à qualifier leur santé de très bonne (43 % c. 35 %) et moins nombreux à la qualifier de bonne (29 % c. 38 %). Mais ces différences ne sont plus significatives lorsque les hommes et les femmes sont considérés séparément. Ces résultats ne s'appliquent qu'à la population qui occupe un emploi.

11.2.3 Variations selon certains autres déterminants

La perception de l'état de santé varie en fonction de comportements individuels tels que l'usage de la cigarette et la pratique d'activités physiques durant les loisirs. Les fumeurs réguliers se disent plus souvent en moyenne ou en mauvaise santé que les personnes qui n'ont jamais fumé (13 % c. 9 %), mais l'enquête ne montre pas de différence avec les anciens fumeurs ou les fumeurs occasionnels (tableau 11.3). Il y a aussi moins de fumeurs réguliers (45 %) que de personnes qui n'ont jamais fumé (57 %) et d'anciens fumeurs (54 %) qui s'estiment en excellente ou en très bonne santé. Les écarts apparaissent plus importants chez les hommes que chez les femmes (tableau A.11.4).

C'est parmi les personnes dont la pratique de l'activité physique durant les loisirs est la plus fréquente (au moins trois fois par semaine) que se trouve la plus forte proportion d'individus (26 %) qui déclarent avoir une excellente santé. Les moins actifs, c'est-à-dire ceux qui pratiquent des activités physiques une fois par mois ou moins, sont environ deux fois plus nombreux (16 %) à qualifier leur santé de moyenne ou de mauvaise que les individus dont la pratique est plus fréquente (7 % à 8 %). Parmi ces derniers, les données ne montrent pas de différence significative entre ceux qui font des activités physiques de deux à trois fois par mois et ceux qui en font plus souvent. Les mêmes tendances s'observent chez les hommes et les femmes.

Tableau 11.3

Perception de l'état de santé selon certains comportements individuels, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Comportements individuels	Perception de l'état de santé				
	Excellent %	Très bon %	Bon %	Moyen ou mauvais %	Total N
Type de fumeur					
Jamais fumé	21,4	35,3	34,4	8,9	1 730 106
Ancien fumeur	17,3	36,5	35,9	10,3	1 858 191
Fumeur occasionnel	18,9	36,3	34,5	10,3	206 356
Fumeur régulier	14,2	31,3	41,8	12,8	1 659 069
Activité physique de loisir					
3 fois/sem. et plus	25,6	37,1	30,4	7,0	1 396 146
2 fois/sem.	17,5	40,6	34,8	7,1	720 092
1 fois/sem.	17,8	36,5	37,6	8,2	815 419
2-3 fois/mois	14,5	39,1	39,0	7,5	513 361
1 fois/mois et moins	13,7	29,3	41,6	15,5	2 072 088

L'examen de l'indice de masse corporelle par rapport à la perception de l'état de santé permet d'observer une plus grande proportion d'hommes qui s'estiment en moyenne ou en mauvaise santé chez ceux qui ont un poids insuffisant (18 %) ou excédentaire (12 %) que chez ceux dont le poids est acceptable (8 %) (tableau 11.4). Il y a également plus de femmes à qualifier leur santé de moyenne ou de mauvaise parmi celles qui présentent un excès de poids que chez celles dont le poids est acceptable (18 % c. 10 %). Par contre, les femmes ayant un poids insuffisant ne sont pas plus nombreuses à évaluer leur santé comme étant moyenne ou mauvaise que les femmes de poids acceptable (11 % c. 10 %). Les hommes et les femmes qui ont un poids acceptable déclarent plus souvent avoir une excellente santé que les hommes et les femmes dont le poids est excédentaire.

Les Québécois qui ont un niveau de soutien social élevé sont environ deux fois plus nombreux à se considérer en excellente santé que ceux dont le soutien social est faible (20 % c. 11 %) (tableau 11.5). En contrepartie, les personnes ayant un faible soutien social sont plus nombreuses (18 %) à se déclarer en moyenne ou en mauvaise santé que celles qui bénéficient d'un soutien social élevé (9 %). Les mêmes observations s'appliquent aux hommes et aux femmes (A.11.4).

Tableau 11.4

Perception de l'état de santé selon l'indice de masse corporelle (IMC), hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Indice de masse corporelle	Perception de l'état de santé				
	Excellent %	Très bon %	Bon %	Moyen ou mauvais %	Total N
Hommes					
Poids insuffisant	17,3	28,2	37,0	17,5	156 468
Poids acceptable	21,9	35,7	34,4	8,0	1 782 651
Excès de poids	17,2	32,1	38,5	12,1	777 163
Femmes					
Poids insuffisant	15,8	37,4	35,7	11,1	442 921
Poids acceptable	17,6	35,0	37,7	9,7	1 719 585
Excès de poids	9,4	30,5	42,5	17,6	569 295

Tableau 11.5

Perception de l'état de santé selon l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Indice de soutien social	Perception de l'état de santé				
	Excellent %	Très bon %	Bon %	Moyen ou mauvais %	Total N
Élevé	19,5	36,4	35,6	8,6	4 363 983
Faible	11,2	28,1	43,2	17,6	1 102 635

11.3 Conclusions

11.3.1 Synthèse et pistes de recherche

Par rapport à l'enquête Santé Québec 1987, la présente enquête révèle, dans l'ensemble, une stabilité dans la proportion de personnes qui qualifient leur santé d'excellente, de moyenne ou de mauvaise. Elle montre par ailleurs que les hommes et les femmes de 15 à

44 ans apprécient moins favorablement leur état de santé en 1992-1993 qu'en 1987. Cela s'exprime par une baisse de la proportion de personnes qui se considèrent en très bonne santé et une hausse de celles qui s'estiment en bonne santé. Ce déplacement vers un état de santé moins bon pourrait traduire une certaine morosité reliée au contexte socioéconomique qui ne favorise pas toujours la population de ce groupe d'âge. Entre 45 et 64 ans, la tendance est plutôt vers une amélioration de la santé perçue, plus particulièrement chez les femmes. En ce qui concerne les personnes de 65 ans et plus, on peut parler d'une appréciation de leur état de santé qui est stable, sinon plus favorable.

Le rapport de l'enquête Promotion de la santé Canada 1990 fait état d'une stabilité pour les différents niveaux d'état de santé perçu entre 1985 et 1990 (Santé et Bien-être social Canada, 1993). Aucune différence significative n'est décelée non plus par groupe d'âge. Selon ce rapport, les enquêtes américaines (NHIS-HPDP) montrent que la proportion d'hommes et de femmes de 18 ans et plus ayant qualifié leur santé de mauvaise ou de moyenne n'a pas varié de façon significative entre 1985 et 1990. Marquée par la stabilité, l'évolution entre 1987 et 1992-1993 de la proportion de la population québécoise de 15 ans et plus se percevant en moyenne ou en mauvaise santé s'apparente ainsi à celle que l'on observe au Canada et aux États-Unis.

Les résultats de l'enquête montrent que des inégalités quant à l'état de santé perçu continuent d'exister en fonction des conditions de vie de la population. Ainsi, les personnes les plus susceptibles de qualifier leur santé de moyenne ou de mauvaise se retrouvent parmi celles qui sont les moins scolarisées, qui vivent dans les ménages pauvres ou très pauvres ou qui sont sans emploi. En raison de la relation entre ces différentes caractéristiques socioéconomiques, ces personnes sont sans doute souvent les mêmes.

Par ailleurs, on observe un lien entre la perception de l'état de santé et l'usage de la cigarette d'une part, et, d'autre part, la pratique d'activités physiques durant les loisirs. Les personnes qui fument régulièrement sont plus nombreuses à se déclarer en moyenne ou en mauvaise santé comparativement à celles qui n'ont jamais fumé; il en est de même pour les personnes les moins actives en regard de celles dont la fréquence des activités physiques est supérieure à une fois par mois.

L'indice de masse corporelle s'avère également être relié à la santé perçue. Les Québécois dont le poids est estimé insuffisant ou excédentaire qualifient plus souvent leur santé de moyenne ou de mauvaise que ceux dont le poids est acceptable.

Enfin, selon les données recueillies, il existe un lien entre le soutien social et l'autoévaluation de la santé. Les personnes ayant un soutien social faible évaluent plus négativement leur santé que celles dont le niveau de soutien est élevé.

Pour mieux comprendre l'évolution de la perception de l'état de santé, il y aurait lieu d'examiner l'évolution de ces déterminants. L'amélioration des conditions de vie et de certains comportements peut, par exemple, expliquer le fait que la perception de l'état de santé tend à s'améliorer à partir de 45 ans. Par ailleurs, le rapport entre la perception de la santé et la pratique d'activités physiques de loisir mérite d'être approfondie dans le but non seulement de déterminer les groupes cibles pour l'intervention, mais aussi la fréquence des activités physiques

les plus favorables à la santé. Enfin, la relation entre certaines variables socioéconomiques ou comportementales et cet indicateur de santé amène à soulever la question de l'ordre de causalité, à laquelle seule une étude longitudinale peut répondre.

11.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

Les disparités observées entre les groupes socioéconomiques indiquent qu'il faut maintenir les objectifs de réduction des écarts dans le domaine de la santé, lesquels passent en grande partie par la réduction des inégalités sociales. Il importe également de poursuivre les efforts visant à réduire l'usage de la cigarette et à promouvoir l'activité physique, tout en gardant à l'esprit que les comportements individuels sont le plus souvent influencés par le milieu social, économique et culturel.

En plus de permettre la définition de clientèles cibles pour la planification et la prise de décision, la perception de l'état de santé peut être mise à profit comme variable d'allocation des ressources (Pampalon *et al.* 1994; Piché, 1994). Actuellement, cet indicateur global de santé entre dans la composition d'un indice de besoin susceptible d'être utilisé pour l'allocation interrégionale des ressources dans le domaine de la santé physique (MSSS, 1994).

11.4 Références bibliographiques

BARSKY, A.; CLEARY, P.D.; LERMAN, G.L. (1992). "Determinants of Perceived Health Status of Medical Outpatients", *Social Science and Medecine*, vol. 34, no 10, pp. 147-1154.

FYLKESNES, K.; FORDE, O.H. (1992a). "The Tromso Study : Predictors of Self-Evaluated Health-Has Society Adopted The Expanded Health Concept?", *Social Science and Medecine*, vol. 32, no 2, pp. 141-146.

FYLKESNES, K.; FORDE, O.H. (1992b). "Determinants and Dimensions Involved in Self-Evaluation of Health", *Social Science and Medecine*, vol. 35, no 3, pp. 271-279.

IDLER, E.L.; ANGEL, R.J.(1990). "Self-Rated Health and Mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study", *American Journal of Public Health*, vol. 80, no 4, pp. 446-452.

KUTNER, N.G. (1987). "Social Ties, Social Support, and Perceived Health Status Among Chronically Disabled People", *Social Science and Medecine*, vol. 25, no 1, pp. 29-34.

LIANG, J.; BENNETT, J.; WHITELAW, N.; MAEDA, D. (1991). "The Structure of Self-Reported Physical Health Among the Aged in the United States and Japan", *Medicare*, vol. 29, no 12, pp. 1161-1180.

LINN, B.S.; LINN, M. (1980). "Objective and Self-Assessed Health in the Old and very Old", *Social Science and Medecine*, vol. 14a, pp. 311-315.

MAYS, N.; CHINN, S.; HO, K.M. (1992). "Interregional variations in measures of health from the Health and Lifestyle Survey and their relation with indicators of health care need in England", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 46, pp. 38-47.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *L'équité dans l'allocation interrégionale des ressources du champ de la santé physique*, Rapport final du comité tripartite, ministère de la Santé et des Services sociaux, 96p.

PAMPALON, R.; SAUCIER, A.; BERTHIAUME, N.; FERLAND, P.; COUTURE, R.; CARIS, P.; FORTIN, L.; LACROIX, D.; KIROUAC, R. (1994). *Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources*, ministère de la Santé et des Services sociaux, document de travail, 72p.

PICHÉ, J. (1994). *Indicateurs de besoins de services en santé physique : morbidité, mortalité, et conditions socioéconomiques : revue de la littérature et analyse empirique*, Service des indicateurs et systèmes sociosanitaires, Direction des études et indicateurs, ministère de la Santé et des Services sociaux.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1993). *Enquête Promotion de la santé Canada 1990 : Rapport technique*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa (Catalogue H39-263/2-1990F).

SEGOVIA, J.; BARTLETT, F.R.; EDWARDS, A. (1989a). "The Association Between Self-assessed Health Status and Individual Health Practices", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 80, pp. 32-37.

SEGOVIA, J.; BARTLETT, F.R.; EDWARDS, A. (1989b). "An Empirical Analysis of the Dimensions of Health Status Measures", *Social Science and Medecine*, vol. 29, no 6, pp. 761-768.

WANNAMETHEE, G.; SHAPER, A.G. (1991). "Self-Assessment of Health Status and Mortality in Middle-Aged British Men", *International Journal of Epidemiology*, vol. 20, no 1, pp. 239-245.

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A.11.1

Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Perception de l'état de santé							
	Excellent		Très bon		Bon		Moyen ou mauvais	
	1987 %	1992-1993 %	1987 %	1992-1993 %	1987 %	1992-1993 %	1987 %	1992-1993 %
Hommes								
15-24 ans	30,3	27,7	44,8	38,9	21,5	28,5	3,4	4,9
25-44 ans	22,5	21,1	45,0	37,2	26,0	35,1	6,5	6,6
45-64 ans	16,5	17,5	35,2	30,8	31,9	38,0	16,4	13,6
65 ans et plus	10,3	11,0	29,6	23,9	33,0	44,0	27,1	21,2
Total	**21,4**	**20,1**	**40,9**	**34,3**	**27,3**	**35,7**	**10,4**	**9,8**
Femmes								
15-24 ans	17,7	18,0	47,9	37,6	28,9	37,6	5,4	6,8
25-44 ans	19,1	17,9	47,7	38,3	26,6	36,7	6,6	7,1
45-64 ans	12,8	14,0	33,9	32,6	34,3	39,1	19,0	14,4
65 ans et plus	10,8	8,5	22,2	22,6	40,2	44,5	26,8	24,4
Total	**16,1**	**15,5**	**40,9**	**34,4**	**30,8**	**38,6**	**12,2**	**11,5**
Sexes réunis								
15-24 ans	24,1	22,9	46,3	38,3	25,2	33,0	4,4	5,9
25-44 ans	20,8	19,5	46,4	37,8	26,3	35,9	6,6	6,9
45-64 ans	14,6	15,7	34,5	31,8	33,1	38,5	17,8	14,0
65 ans et plus	10,6	9,5	25,3	23,2	37,2	44,3	26,9	23,0
Total	**18,7**	**17,8**	**40,9**	**34,4**	**29,1**	**37,2**	**11,2**	**10,7**

Tableau A.11.2

Perception de l'état de santé selon la scolarité relative ou le niveau de revenu, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Caractéristiques	Perception de l'état de santé				
	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais	Total
	%	%	%	%	N
Scolarité relative					
Hommes					
Plus faible	16,0	28,6	40,3	15,0	554 054
Faible	19,8	31,3	38,3	10,5	537 506
Moyenne	18,4	37,4	36,3	7,9	450 113
Élevée	19,8	36,1	35,8	8,4	617 820
Plus élevée	26,1	39,0	28,1	6,8	576 077
Femmes					
Plus faible	12,6	24,8	43,7	19,0	568 885
Faible	15,1	30,7	42,2	12,0	612 218
Moyenne	15,1	36,0	38,9	10,1	540 855
Élevée	15,4	39,1	36,6	8,9	554 214
Plus élevée	19,0	42,5	31,6	6,9	557 684
Niveau de revenu					
Hommes					
Très pauvre	14,7	28,3	37,1	19,9	169 136
Pauvre	17,0	26,2	40,4	16,5	289 260
Moyen inférieur	20,0	33,0	37,2	9,9	817 747
Moyen supérieur	20,5	36,3	35,4	7,8	1 115 672
Supérieur	24,3	40,5	29,2	6,0	372 920
Femmes					
Très pauvre	12,0	22,4	41,4	24,3	246 652
Pauvre	11,8	27,8	41,7	18,7	363 243
Moyen inférieur	15,7	31,9	41,1	11,3	868 728
Moyen supérieur	16,7	37,7	37,7	7,9	1 047 807
Supérieur	17,6	46,7	29,8	5,9	341 154

Tableau A.11.3

Perception de l'état de santé selon le statut d'activité habituelle ou la catégorie professionnelle, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Caractéristiques	Perception de l'état de santé				
	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais	Total
	%	%	%	%	N
Statut d'activité habituelle					
Hommes					
En emploi	21,2	37,3	35,7	5,8	1 740 027
Aux études	29,2	38,1	27,8	4,9*	355 680
À la maison	15,1**	41,1	27,2	16,6**	11 355
À la retraite	10,3	23,6	43,5	22,7	394 850
Sans emploi	15,6	25,4	35,3	23,7	262 823
Femmes					
En emploi	18,4	40,6	35,8	5,2	1 277 324
Aux études	17,7	40,3	35,6	6,4	350 250
À la maison	12,0	28,5	42,4	17,1	757 220
À la retraite	10,9	22,9	44,0	22,2	337 329
Sans emploi	13,4	23,2	39,0	24,4	145 113
Catégorie professionnelle [1]					
Hommes					
Professionnel, cadre supérieur	24,6	41,8	29,2	4,5*	221 655
Cadre intermédiaire, semi-professionnel, technicien	22,5	41,1	31,2	5,1*	273 430
Employé de bureau, de commerce et de service	22,3	34,3	37,9	5,4	352 569
Contremaître, ouvrier qualifié	19,5	38,1	36,3	6,1*	562 012
Ouvrier non qualifié, maoeuvre	20,5	34,1	38,1	7,3	300 285
Femmes					
Professionnel, cadre supérieur	20,6	45,3	29,3	4,8*	191 208
Cadre intermédiaire, semi-professionnel, technicien	20,2	44,1	30,5	5,3*	232 521
Employé de bureau, de commerce et de service	18,0	39,9	37,2	4,9	682 635
Contremaître, ouvrier qualifié	16,0	39,8	38,0	6,3	130 575
Ouvrier non qualifié, maoeuvre	15,3	36,1	39,4	9,3**	85 930

[1] Population occupant un emploi au moment de l'enquête.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécice fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.11.4

Perception de l'état de santé selon le type de fumeur, l'activité physique ou l'indice de soutien social, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Caractéristiques	Perception de l'état de santé				
	Excellent	Très bon	Bon	Moyen ou mauvais	Total
	%	%	%	%	N
Type de fumeur					
Hommes					
Jamais fumé	27,1	36,0	30,4	6,5	742 362
Ancien fumeur	18,4	35,4	36,0	10,3	977 367
Fumeur occasionnel	19,0*	35,0	33,5	12,5*	96 094
Fumeur régulier	15,7	31,3	41,2	11,8	858 178
Femmes					
Jamais fumé	17,2	34,7	37,3	10,8	987 744
Ancien fumeur	16,1	37,7	35,9	10,4	880 825
Fumeur occasionnel	18,9	37,4	35,3	8,4*	110 262
Fumeur régulier	12,5	31,3	42,4	13,8	800 891
Activité physique de loisir					
Hommes					
3 fois/semaine et plus	28,2	37,6	27,9	6,3	760 498
2 fois/semaine	19,1	39,8	33,9	7,2	367 545
1 fois/semaine	20,4	36,7	35,8	7,1	376 130
2 à 3 fois/mois	15,4	38,5	38,0	8,1	259 947
1 fois/mois et moins	15,4	28,5	41,4	14,7	945 053
Femmes					
3 fois/semaine et plus	22,4	36,6	33,2	7,8	635 648
2 fois/semaine	15,7	41,4	35,8	7,1	352 547
1 fois/semaine	15,5	36,3	39,1	9,1	439 289
2 à 3 fois/mois	13,4	39,8	40,0	6,8*	253 414
1 fois/mois et moins	12,3	30,0	41,7	16,1	1 127 036
Indice de soutien social					
Hommes					
Élevé	22,3	35,8	34,0	7,9	2 087 306
Faible	12,8	30,3	41,8	15,2	601 494
Femmes					
Élevé	16,9	36,9	37,1	9,2	2 276 677
Faible	9,3	25,4	44,8	20,4	501 141

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

CHAPITRE

SANTÉ MENTALE

12

Détresse psychologique :

Gilles Légaré, *Unité de santé publique du Centre hospitalier régional de Rimouski*

Aimé Lebeau, *Direction de la santé publique de la Montérégie*

Idées suicidaires et parasuicides :

Richard Boyer, *Centre de recherche Fernand Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine*

Danièle St-Laurent, *Service des études et analyses, ministère de la Santé et des Services sociaux*

12.0 Introduction

Il existe peu de données sur l'état de la santé mentale des Québécois non institutionnalisés et encore moins sur le phénomène entourant le suicide. L'enquête Santé Québec 1987 avait permis de poser quelques jalons en ce domaine. La santé mentale y était entre autres estimée à l'aide d'un indice de détresse pyschologique, alors que le phénomène suicidaire était étudié sous l'angle des pensées suicidaires et des tentatives de suicide.

Cinq ans après cette première enquête de santé à l'échelle provinciale, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 reprend ces mesures pour décrire leur évolution au sein de la population québécoise. De nouveaux éléments d'information se sont ajoutés afin de mieux saisir l'intensité de la détresse psychologique ressentie et de mieux évaluer la gravité des idées et gestes suicidaires.

Ces indicateurs, quoique imparfaits, permettent de documenter deux aspects associés à la santé mentale des Québécois précisés dans la Politique de la santé et du bien-être du Québec.

Le présent chapitre comprend deux sections : une première traite de la détresse psychologique, alors que la seconde examine les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Elles sont élaborées de façon similaire, présentant d'abord les aspects méthodologiques, puis les résultats et des éléments de synthèse. Une conclusion générale sur les éléments de réflexion pour la planification et la prise de décision clôt le chapitre.

12.1 Détresse psychologique

12.1.1 Présentation

Un indice de détresse psychologique avait été utilisé lors de l'enquête de 1987 pour estimer l'état de santé mentale de la population québécoise. Ce type d'indice ne mesure pas de diagnostics précis mais «... tente plutôt d'estimer la proportion de la population ayant des symptômes assez nombreux ou intenses pour se classer dans un groupe très probablement à risque d'être à un niveau de détresse psychologique qui nécessite une intervention.» (Radloff, 1977). Link et Dohrenwend (1980) mentionnent d'ailleurs que les multiples échelles de santé mentale mesurent toutes assez bien ce qu'il est convenu d'appeler la détresse psychologique, mais estiment plutôt mal la présence de troubles mentaux.

Comme le souligne justement Perreault (1987), «la détresse psychologique est à l'ensemble de la santé mentale ce que la fièvre est à l'ensemble des maladies infectieuses : un symptôme mesurable, signe évident d'un problème de santé mais qui ne peut à lui seul éclairer sur l'étiologie et la sévérité du problème auquel il se rattache». Contrairement à la fièvre cependant, le seuil de détresse psychologique n'est pas connu et il n'est pas possible de déterminer les individus ayant un niveau «pathologique de détresse». Bien qu'il ne permette pas de déterminer la prévalence des problèmes de santé mentale au sein de la population, l'indice de détresse psychologique donne néanmoins une approximation intéressante de l'état de santé mentale des Québécois.

À cet égard, il peut être avantageusement utilisé comme outil de surveillance de l'état de santé mentale de la population non institutionnalisée de 15 ans et plus, au regard de l'objectif de la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992) visant une réduction des problèmes de santé mentale d'ici l'an 2002.

12.1.2 Aspects méthodologiques

L'indice de détresse psychologique retenu par Santé Québec est dérivé du *Psychological Symptom Index (PSI)*, élaboré par Ilfeld en 1976, à Chicago (Ilfeld, 1978 et 1976). Cette échelle de 29 questions a été traduite en français et validée lors de l'enquête pilote de Santé Québec en 1983 (Kovess, 1985), puis reprise lors de l'enquête Santé Québec 1987. Les résultats obtenus ont fait l'objet de nombreuses publications au Québec (Boyer *et al.*, 1993; Massé et Poulin, 1991). Sur la base des résultats de 1987, Préville *et al.* (1992) ont par la suite démontré qu'il était possible de réduire cette échelle à 14 questions, tout en respectant de façon adéquate le construit de l'échelle de détresse psychologique et en conservant une fiabilité acceptable.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 utilise cette échelle de 14 questions; celles-ci apparaissent à la section V du questionnaire autoadministré (QAA68 à QAA81). Elles font référence à la semaine ayant précédé l'enquête et portent sur la fréquence de divers symptômes

ressentis associés aux états dépressifs, aux états anxieux, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité. L'indice est élaboré en attribuant un score à chaque réponse, lesquels sont ensuite cumulés et ramenés sur une échelle variant de 0 à 100. La distribution des répondants selon la valeur de l'indice est subdivisée en deux catégories correspondant à un niveau faible ou élevé de détresse. Le point de césure utilisé correspond à la valeur du quintile supérieur de l'échelle, obtenu sur la base de ces 14 questions avec les données de 1987[1]. Le quintile supérieur avait été fixé comme seuil du niveau élevé de l'indice en 1987, en référant particulièrement aux travaux de l'*Epidemiological Catchment Area (ECA)* (Robins et Regier, 1991), qui estimaient à 20 %, sur une période d'une année, la prévalence de l'ensemble des troubles mentaux dans la population américaine de 18 ans et plus.

Ce seuil de 1987 constitue en quelque sorte l'étalon à partir duquel il est possible d'estimer l'évolution dans le temps de la proportion de Québécois appartenant à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique. Les résultats de la présente enquête pourront donc être comparés à ceux de 1987, recalculés sur la base de l'échelle de 14 questions.

Par ailleurs, l'Enquête sociale et de santé innove par l'ajout de deux séries de questions inédites visant à rendre compte de l'intensité de détresse ressentie. Comme l'indice est établi à partir de symptômes se rapportant à la semaine ayant précédé l'enquête, une première série de questions (QAA82 à QAA84) élargit la période de référence et cherche à déterminer si ces «manifestations» ont nui à la vie familiale ou sentimentale, au travail ou aux études, ou à la vie sociale de l'individu au cours des six mois ayant précédé l'enquête.

La seconde série de questions permet de préciser si ces «manifestations» ont déjà nécessité le recours à de l'aide professionnelle ou autre. Ces questions portent sur le fait d'avoir déjà consulté un professionnel de la santé ou d'avoir eu recours à une aide extérieure (QAA85), sur le moment de cette consultation (QAA86) et sur le type de professionnels consultés, en distinguant les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les autres professionnels (QAA87). Les deux séries de questions s'adressent aux personnes ayant répondu de façon affirmative à au moins une des quatorze questions composant l'indice de détresse psychologique.

Le taux de non-réponse partielle est de 3 % pour l'indice de détresse psychologique. Il varie cependant de 12 % à 13 % pour les questions portant sur les conséquences de la détresse ressentie (QAA82 à QAA85). La non-réponse à chacune de ces questions présente un profil relativement homogène. Elle n'est pas associée au sexe des répondants mais elle varie selon l'âge et la scolarité relative. Les taux de non-réponse passent ainsi de 8 % chez les personnes de 15-24 ans à près de 30 % chez celles de 65 ans et plus, et ils décroissent lorsque s'améliore la scolarité relative (18 ou 19 % c. 8 %) (tableau A.12.1). La proportion de non-répondants est aussi plus élevée chez les personnes ayant un niveau faible à l'indice de détresse psychologique que chez celles dont le niveau est élevé (15 % c. 5 %).

Cette section vise à décrire l'évolution, depuis 1987, de la proportion de la population se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. Elle vise aussi à décrire dans quelle mesure l'indice varie selon certaines caractéristiques démographiques, socioéconomiques, sociales et de santé, comme l'avait fait l'enquête de 1987. Les résultats sur l'intensité de la détresse ressentie y sont présentés en estimant la différence de fréquence des conséquences entre les niveaux faible et élevé de l'indice.

[1] Voir le cahier technique de l'enquête pour plus de détails sur l'élaboration de l'indice.

12.1.3 Résultats

12.1.3.1 Indice de détresse psychologique

Variations selon le sexe et l'âge

Selon l'Enquête sociale et de santé, 26 % de la population québécoise de 15 ans et plus se classe dans la catégorie élevée de l'échelle de détresse psychologique en 1992-1993 (tableau 12.1). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à faire partie de cette catégorie (30 % c. 22 %), et cet écart entre les sexes se vérifie pour tous les

Tableau 12.1

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	1987	1992-1993	
	%	%	Pe
Hommes			
15-24 ans	17,4	29,7	140 806
25-44 ans	14,9	22,8	280 468
45-64 ans	13,7	20,8	153 178
65 ans et plus	11,6	9,3	25 639
Total	**14,8**	**22,1**	**600 091**
Femmes			
15-24 ans	29,6	40,8	187 198
25-44 ans	22,9	32,2	391 419
45-64 ans	22,1	26,4	197 159
65 ans et plus	21,1	20,0	74 149
Total	**23,8**	**30,4**	**849 925**
Sexes réunis			
15-24 ans	23,4	35,2	328 004
25-44 ans	19,0	27,5	671 887
45-64 ans	18,0	23,7	350 337
65 ans et plus	17,0	15,4	99 788
Total	**19,4**	**26,3**	**1 450 016**

groupes d'âge. La proportion d'individus se situant dans la catégorie élevée de l'indice diminue avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, chez les 15-24 ans, un peu plus d'un jeune Québécois sur trois (35 %) fait partie de cette catégorie élevée, alors que la proportion tombe à un sur six (15 %) pour les personnes de 65 ans et plus. En fait, des différences significatives s'observent entre chacun des groupes d'âge retenus.

Entre 1987 et 1992-1993, la proportion d'individus de 15 ans et plus ayant un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique est passée de 19 %[1] à 26 %. Cette augmentation se produit tant chez les femmes (24 % c. 30 %) que chez les hommes (15 % c. 22 %). Dans l'ensemble, cette hausse se confirme également pour tous les groupes d'âge retenus, à l'exception de celui des 65 ans et plus, où la tendance est plutôt à la baisse sans que la différence entre les deux enquêtes ne s'avère significative. Pour les 15-24 ans et les 25-44 ans, les proportions augmen-tent entre les deux enquêtes, à la fois pour les hommes (17 % c. 30 %; 15 % c. 23 %) et les femmes (30 % c. 41 %; 23 % c. 32 %). Pour les personnes de 45-64 ans cependant, l'écart ne demeure significatif que pour les hommes (14 % c. 21 %). Ces variations expliquent sans doute que l'on observe des différences significatives entre les groupes d'âge en 1992-1993, alors que celles-ci n'étaient pas détectées lors de l'enquête de 1987.

Variations selon d'autres caractéristiques démographiques

L'enquête indique également une association entre l'indice de détresse psychologique et l'état matrimonial de fait des individus, même lorsque l'effet confondant de l'âge ou du sexe est contrôlé. Dans l'ensemble, les personnes mariées se démarquent de chacun des autres états matrimoniaux en étant moins nombreuses à afficher un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique (21 %), autant chez les hommes (18 %) que chez les femmes (25 %) (tableau 12.2). Cette situation prévalait également en 1987. Cependant, aucun écart significatif n'est détecté entre les autres états matrimoniaux.

Une analyse par groupe d'âge donne toutefois un portrait plus nuancé de la situation. Elle permet d'abord de préciser que la relation entre l'état matrimonial de fait et la détresse psychologique demeure significative pour tous les groupes d'âge étudiés, à l'exception de celui des 15-24 ans. Dans chaque groupe d'âge, les personnes mariées continuent à afficher la plus faible proportion de personnes affectées par la détresse psychologique. Par ailleurs, les proportions les plus élevées ont tendance à se retrouver chez les personnes veuves, séparées ou divorcées, bien que les différences avec les statuts de célibataires et d'union de fait ne se révèlent pas significatives au seuil retenu. Il aurait été intéressant de distinguer les veufs (veuves) des personnes séparées ou divorcées, puisque les résultats de l'enquête de 1987 et ceux d'Ilfeld (1978) laissaient voir une différence significative au regard de l'indice de détresse entre ces personnes et celles des autres états matrimoniaux.

Une analyse plus poussée par groupe d'âge pour chacun des sexes montre que l'association entre la détresse psychologique et l'état matrimonial persiste chez les hommes de 25-44 ans et de 45-64 ans, et chez les femmes de 25-44 ans. Les hommes mariés de 25 à 64 ans sont moins nombreux à avoir un niveau élevé de détresse psychologique que ceux des autres états matri-

[1] La valeur utilisée comme seuil pour le niveau élevé de l'indice est la même qu'en 1987 mais la mise à jour des facteurs de pondération de 1987 a eu pour effet de modifier la position de cette valeur dans la distribution des scores de l'indice.

Tableau 12.2

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'état matrimonial de fait, le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	État matrimonial de fait			
	Marié	Union de fait	Veuf, séparé ou divorcé	Célibataire
	%	%	%	%
Sexe				
Hommes	17,8	23,7	23,7	28,3
Femmes	24,9	34,0	31,6	39,7
Groupe d'âge				
15-24 ans	23,0*	35,9	--	35,8
25-44 ans	23,5	27,7	39,9	33,3
45-64 ans	21,9	27,9	29,1	23,3
65 ans et plus	11,4	10,8**	21,0	17,7**
Total	**21,3**	**28,8**	**29,3**	**33,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

-- Données non présentées à cause des petits nombres.

moniaux, seulement 19 % ou 20 % d'entre eux se classant dans la catégorie élevée de l'échelle (tableau A.12.2). Chez les femmes de 25-44 ans, ce sont les personnes veuves, séparées ou divorcées qui se distinguent de celles des autres statuts, étant les plus nombreuses (47 %) à présenter un niveau élevé à l'indice.

La langue parlée à la maison et le groupe ethnoculturel ne sont pas associés de façon significative à l'indice de détresse psychologique (tableau A.12.3), et cela est vrai pour les hommes et les femmes. L'enquête de 1987 n'avait pas détecté de différence en fonction de la langue parlée; le groupe ethnoculturel n'était pas présent en 1987.

Variations selon les caractéristiques socioéconomiques

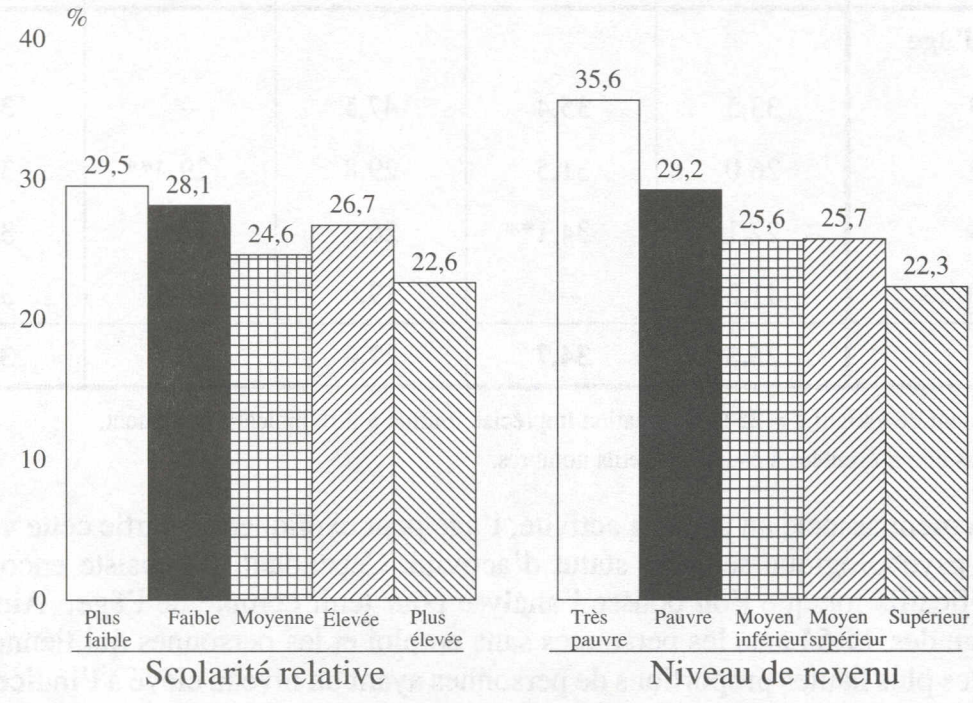
En tant que déterminants socioéconomiques, le niveau de revenu, la scolarité relative et le statut d'activité sont associés à l'indice de détresse psychologique. Ainsi, lorsque le niveau de revenu s'accroît, la proportion d'individus ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psycho-

logique baisse graduellement, passant de 36 % chez les personnes très pauvres à 22 % chez celles dont le niveau de revenu est supérieur; en fait, les personnes très pauvres se distinguent de façon significative de chacun des autres niveaux de revenu (graphique 12.1). On avait observé la même baisse graduelle lors de l'enquête Santé Québec 1987, de l'Enquête Santé Canada 1978-1979 et de l'étude d'Ilfeld (1978) à Chicago. L'écart entre les personnes très pauvres et celles ayant un revenu supérieur s'observe autant chez les hommes que chez les femmes (tableau A.12.4).

De la même manière, la proportion de personnes dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique diminue quand augmente le niveau de scolarité relative, tant chez les hommes que chez les femmes. Un écart significatif n'est toutefois détecté qu'entre les niveaux extrêmes de scolarité relative (30 % c. 23 %). On avait observé la même tendance lors de l'enquête de 1987.

Graphique 12.1

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993



L'indice de détresse psychologique varie également selon le statut d'activité déclaré pour les deux semaines ayant précédé l'enquête (tableau 12.3). Ce sont les étudiants et les personnes sans emploi qui enregistrent les plus fortes proportions d'individus au niveau élevé de détresse (35 % et 33 %). Par ailleurs, avec une proportion estimée à 16 % seulement, les personnes

à la retraite se démarquent nettement des autres statuts d'activité. Les personnes au travail et celles tenant maison affichent des proportions à peu près identiques (26 % et 28 %). Ce profil général s'observe autant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 12.3

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le statut d'activité au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Statut d'activité (2 sem.)				
	En emploi	Aux études	Tient maison	À la retraite	Sans emploi
	%	%	%	%	%
Sexe					
Hommes	21,5	28,6	26,3**	13,0	28,5
Femmes	30,9	41,0	27,6	18,9	40,1
Groupe d'âge					
15-24 ans	33,5	35,4	47,5	--	35,4
25-44 ans	26,0	31,5	29,8	29,4**	32,7
45-64 ans	22,1	34,1**	26,3	18,7	30,7
65 ans et plus	11,2**	--	19,6	14,5	35,5**
Total	**25,5**	**34,7**	**27,6**	**15,7**	**32,9**

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

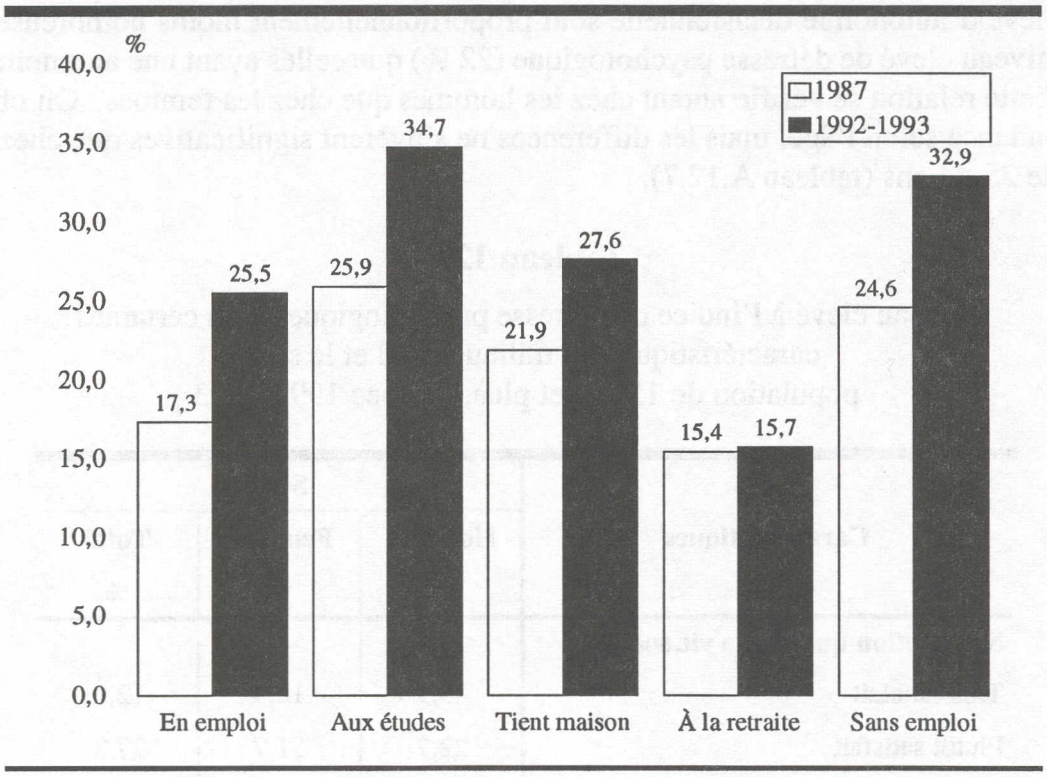
-- Données non présentées à cause des petits nombres.

Étant étroitement associé au statut d'activité, l'âge peut expliquer en partie cette variation de la détresse psychologique selon le statut d'activité. Cependant, il subsiste encore certains écarts significatifs lorsque l'on pousse l'analyse pour tenir compte de l'âge. Ainsi, pour le groupe d'âge des 45-64 ans, les personnes sans emploi et les personnes qui tiennent maison présentent les plus hautes proportions de personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse, exception faite de l'estimation pour les étudiants de cet âge qui est imprécise.

L'enquête de 1987 révélait les mêmes tendances. On observe cependant qu'entre les deux enquêtes, la présence de détresse psychologique s'est accrue de façon significative pour certains statuts d'activité. Les personnes ayant un emploi, les étudiants et les personnes sans emploi enregistrent une augmentation marquée de la proportion de personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse, ces proportions passant respectivement de 17 % à 26 %, de 26 % à 35 % et de 25 % à 33 % (graphique 12.2).

Graphique 12.2

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le statut d'activité au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993



Variations selon les déterminants liés au milieu social

La satisfaction quant à la vie sociale était l'indicateur de soutien social retenu par l'enquête de 1987, et celle-ci avait indiqué qu'à un sentiment d'insatisfaction quant à la vie sociale, correspondait un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Il en est de même en 1992-1993; ainsi, parmi les personnes insatisfaites de leur vie sociale, 60 % présentent un niveau élevé de détresse psychologique, alors que cette proportion descend à 13 % parmi celles se disant très satisfaites (tableau 12.4). Cette relation se vérifie quel que soit le sexe ou le groupe d'âge (tableau A.12.5).

Un nouvel indice de soutien social a été mis au point dans le cadre de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, et les résultats obtenus se comportent de la même manière. Parmi les personnes présentant un indice faible de soutien social, plus de 2 personnes sur 5 (44 %) ont également un score élevé de détresse psychologique, comparativement à 22 % des personnes bénéficiant d'un meilleur soutien social. Cette relation se vérifie quel que soit le sexe ou l'âge (tableau A.12.6).

La présence de certains événements stressants anciens, tels que la séparation ou le divorce des parents et le placement en foyer nourricier ou en famille d'accueil avant l'âge de 12 ans, est significativement associée au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique; par contre,

le décès de la mère ou du père avant l'âge de 12 ans ne l'est pas. Il aurait été plus intéressant d'étudier ces relations en tenant compte de l'âge des répondants, mais les faibles effectifs des sous-groupes concernés limitent les possibilités d'analyse.

Quant à l'autonomie décisionnelle au travail, l'enquête montre, comme prévu, un lien avec la détresse psychologique. Parmi les personnes occupant un emploi, celles qui bénéficient d'un niveau élevé d'autonomie décisionnelle sont proportionnellement moins nombreuses à afficher un niveau élevé de détresse psychologique (22 %) que celles ayant une autonomie faible (29 %); cette relation se vérifie autant chez les hommes que chez les femmes. On observe la même tendance selon l'âge, mais les différences ne s'avèrent significatives que chez les personnes de 25-44 ans (tableau A.12.7).

Tableau 12.4

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques du milieu social et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Sexe		
	Hommes %	Femmes %	Total %
Satisfaction quant à la vie sociale			
Très satisfait	9,9	15,4	12,6
Plutôt satisfait	22,7	31,7	27,3
Insatisfait	55,8	64,5	60,4
Indice de soutien social			
Élevé	17,3	26,1	21,9
Faible	39,3	50,7	44,5
Séparation ou divorce des parents (avant 12 ans)			
Non	21,7	27,9	25,1
Oui	33,1	38,0	35,7
Placement en foyer nourricier ou en famille d'accueil (avant 12 ans)			
Non	21,3	29,5	25,6
Oui	28,4	42,1	35,3
Autonomie décisionnelle au travail [1]			
Élevé	19,5	27,0	22,3
Faible	24,5	33,1	28,7

[1] Population occupant un emploi au moment de l'enquête.

Variations selon la perception de l'état de santé

La perception de l'état de santé est aussi associée à la détresse psychologique (tableau 12.5). Il faut cependant souligner que ces deux éléments ne sont pas totalement indépendants l'un de l'autre, la détresse psychologique étant une composante de la perception de l'état de santé. Seulement 16 % des personnes ayant une perception excellente de leur état de santé ont un indice élevé de détresse psychologique, alors que parmi les personnes ayant une mauvaise perception de leur état de santé, plus d'une personne sur deux (53 %) a un score élevé de détresse psychologique. Cette relation se maintient quel que soit le sexe ou l'âge (tableau A.12.8).

Tableau 12.5

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la perception de l'état de santé et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Perception de l'état de santé	Sexe		
	Hommes	Femmes	Total
	%	%	%
Excellente	14,9	17,3	16,0
Très bonne	19,1	25,9	22,6
Bonne	24,8	34,9	30,1
Moyenne	36,3	48,2	42,7
Mauvaise	52,6	52,8	52,7

12.1.3.2 Conséquences de la détresse psychologique

Conséquences sur la vie personnelle

La présente enquête apporte des faits nouveaux sur les conséquences de la détresse psychologique. Dans l'ensemble, 88 % des Québécois sont concernés par au moins un des énoncés de l'échelle de détresse psychologique. L'enquête révèle que pour environ le quart d'entre eux (27 %), de telles manifestations ont affecté leur vie familiale ou sentimentale au cours des six mois ayant précédé l'enquête; de plus, ces manifestations ont nui au travail ou aux études de 16 % de ces gens, et 17 % ont dû restreindre leurs activités sociales (tableau 12.6).

Les personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique déclarent plus souvent de telles répercussions que celles dont le niveau de détresse est moindre. Chez les premières, en effet, ces manifestations affectent la vie familiale ou sentimentale d'une personne sur deux (50 % c. 16 %); cette proportion correspond à une personne sur trois en ce qui concerne la capacité de travailler ou d'étudier (32 % c. 8 %) et la restriction des activités sociales (34 % c. 8 %).

Tableau 12.6

Types de conséquences selon l'indice de détresse psychologique, personnes de 15 ans et plus ayant mentionné au moins une manifestation de l'échelle de détresse psychologique, Québec 1992-1993

Types de conséquences	Indice de détresse psychologique		
	Faible	Élevé	Total
	%	%	%
Secteur de la vie affecté			
Vie familiale ou sentimentale	16,1	50,2	27,0
Travail ou études	8,3	32,0	15,9
Activités sociales	8,4	34,3	16,7
Recours à une aide extérieure	6,0	20,1	10,5

Recours à une aide extérieure

Parmi les personnes ayant mentionné au moins une manifestation de l'échelle de détresse psychologique, environ une personne sur dix (11 %) signale avoir déjà consulté quelqu'un à ce sujet (tableau 12.6). Cependant, les personnes présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu recours à une aide extérieure que les personnes dont la détresse est moindre (20 % c. 6 %).

Les personnes ayant consulté déclarent, dans une proportion de 44 %, avoir vu un médecin généraliste; le recours aux services d'un médecin spécialiste est aussi mentionné dans 20 % des cas, alors que 56 % des gens précisent un autre type de professionnel (tableau 12.7). Parmi les autres professionnels mentionnés, on trouve majoritairement des professionnels de la santé mentale et du domaine psychosocial : les psychologues représentent 51 % de l'ensemble de ces professionnels, les travailleurs sociaux, 9 %, et les psychothérapeutes, 5 %. On trouve également une variété d'intervenants des médecines douces (4 %), de même que le recours à une aide non professionnelle, comme celle d'un ami (9 %) (tableau A.12.9).

La consultation d'un médecin généraliste, de même que celle d'un spécialiste, varie peu selon l'indice de détresse psychologique. Dans le cas de ces derniers toutefois, le choix d'un psychiatre est plus souvent rapporté par des personnes ayant un niveau élevé à l'indice, que par celles dont le niveau est faible (59 % c. 38 %) (données non présentées). La détresse psychologique n'est pas associée non plus au choix du type de professionnel consulté pour les personnes ayant recours à l'aide d'une ressource non médecin.

La majorité (58 %) des personnes ayant consulté un professionnel l'ont fait au cours des quatre mois ayant précédé l'enquête. Le moment de la consultation ne varie pas selon la valeur de l'indice de détresse psychologique. En d'autres termes, une consultation plus récente n'est pas forcément associée à un niveau élevé de détresse.

Tableau 12.7

Types de professionnels consultés et délai de consultation selon l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus ayant consulté pour des manifestations contenues dans l'échelle de détresse psychologique, Québec 1992-1993

Types de professionnels et Délai de consultation	Indice de détresse psychologique		
	Faible	Élevé	Total
	%	%	%
Types de professionnels [1]			
Médecin généraliste	41,6	45,4	44,0
Médecin spécialiste	17,5	22,0	20,3
Autre professionnel	56,2	55,5	55,8
Délai de consultation (Nb de mois précédant l'enquête)			
4 mois	59,3	57,5	58,2
Entre 5 et 12 mois	20,8	24,0	22,8
Plus de 12 mois	19,9	18,5	19,0

[1] Les trois types de professionnels pouvaient être mentionnés.

12.1.4 Synthèse et pistes de recherche

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 estime à 26 % la proportion de Québécois de 15 ans et plus présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, quel que soit l'âge, et elle diminue significativement avec l'âge, passant de 35 % chez les 15-24 ans à 15 % parmi les 65 ans et plus. Il s'agit d'une augmentation importante sur une période de cinq ans, la même proportion ayant été établie à 19 % en 1987. Cette hausse s'observe autant chez les hommes que chez les femmes et se confirme pour chacun des groupes d'âge étudiés, sauf pour les personnes de 65 ans et plus, où la tendance est plutôt à la baisse sans toutefois s'avérer significative.

Il est peu probable que cette variation soit due à des différences d'ordre méthodologique entre les deux enquêtes. En effet, le même instrument a été utilisé auprès de la même population, avec le même type d'échantillonnage et la même méthode de collecte de données, et en retenant le même seuil pour la catégorie élevée de l'indice. La taille de l'échantillon était impor-

tante pour chaque enquête, et les taux de réponse sont équivalents, tant pour l'enquête elle-même que pour les questions qui composent l'échelle de détresse. La forme de la distribution des scores de l'indice est similaire entre les deux enquêtes, et l'on trouve les mêmes associations avec presque toutes les variables à l'exception de l'âge. Toutefois, l'analyse en composantes principales des éléments entrant dans l'élaboration de l'indice de détresse de 1992-1993 n'a pas été effectuée, mais il y a lieu de croire que ce dernier mesure les mêmes dimensions qu'en 1987.

En guise de synthèse, on peut retenir que l'analyse de la relation entre la détresse psychologique et certaines caractéristiques de la population confirme plusieurs résultats de la première enquête. La détresse psychologique serait, par exemple, moins présente parmi les personnes mariées de 25 ans et plus que parmi les autres catégories d'état matrimonial de fait. Les personnes sans emploi et les étudiants affichent de plus fortes proportions au niveau élevé de l'indice de détresse, et même si l'âge peut être mis en cause, ces résultats persistent pour certains groupe d'âge et de sexe. La détresse psychologique est ressentie par une moins grande proportion d'individus, quand s'améliore la scolarité relative ou le niveau de revenu.

Au regard du milieu social, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 montre également que les Québécois présentant un indice faible de soutien social ont un score élevé de détresse psychologique, quel que soit le groupe d'âge étudié. Ces personnes sont dans une situation de plus grande vulnérabilité, puisque l'effet tampon du soutien social pourrait avoir une portée plus limitée; en effet, comme l'indiquent Tousignant *et al.* (1987), le «soutien social contribue à une meilleure santé mentale en atténuant les effets psychologiques reliés à un événement, en procurant des points de repère pour évaluer la situation et en offrant des distractions ou encore diverses formes d'aide matérielle ou morale». L'enquête suggère de plus un lien entre le faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail et un score élevé à l'indice de détresse psychologique.

Les nouvelles questions concernant les conséquences de la détresse ajoutent un complément d'information à la mesure de l'indice de détresse. Elles ont en effet permis d'estimer que la moitié des personnes ayant un score élevé à l'indice déclarent qu'au cours des six mois ayant précédé l'enquête, ces manifestations ont affecté leur vie familiale ou sentimentale, alors que le tiers affirment que celles-ci ont nui à leur travail, à leurs études ou à leurs activités sociales. De plus, une personne sur cinq a eu recours à une aide extérieure, professionnelle ou non, au sujet de ces manifestations, ce qui correspond à des tendances déjà observées sur le plan clinique (NAMHC, 1993; Bland, 1985; Hennen, 1985).

De telles conséquences sont beaucoup moins fréquentes chez les personnes ayant un faible niveau de détresse. Les taux relativement élevés de non-réponse partielle à ces questions suggèrent même que les écarts observés selon le niveau de détresse psychologique pourraient être sous-estimés. Compte tenu de la relative complexité de la consigne invitant à répondre à ces questions, il est possible que les personnes ayant répondu de façon affirmative à seulement quelques-uns des quatorze énoncés de l'échelle de détresse n'aient pas jugé nécessaire de répondre aux questions sur les conséquences si elles ne se sentaient pas concernées. Selon cette hypothèse, l'effet de la non-réponse serait alors de surestimer, pour le niveau faible de l'indice de détresse, la proportion de personnes déclarant que ces manifestations ont déjà eu

des conséquences dans leur vie personnelle ou ont nécessité le recours à une aide extérieure. L'écart entre les personnes classées aux niveaux faible et élevé de l'indice de détresse au regard de l'intensité de la détresse ressentie s'en trouverait alors sous-estimé d'autant.

Quant aux pistes de recherche, deux avenues se présentent d'emblée. D'une part, l'échelle de détresse psychologique utilise un seuil qui a été établi en 1987, à l'aide d'écrits portant sur la prévalence des troubles mentaux dans l'ensemble de la population américaine. Étant donné que cet indice est utilisé comme estimateur de la santé mentale des Québécois, il serait pertinent de mener des recherches pour déterminer sa valeur prédictive et fixer plus précisément le seuil à utiliser.

D'autre part, l'augmentation de la proportion de la population québécoise dans la catégorie élevée de détresse psychologique entre 1987 et 1992 constitue probablement l'un des résultats marquants de cette enquête. Une analyse sommaire de cette hausse suggère qu'elle serait plus forte chez les hommes, et plus particulièrement chez les jeunes hommes, bien qu'elle soit également présente, mais dans une moindre mesure, chez les femmes et les personnes de 25 à 64 ans. On observe aussi une augmentation chez les personnes sans emploi et aux études, mais celle-ci semble plus forte parmi celles qui occupent un emploi. Ces quelques données orientent les hypothèses d'explication sur l'aspect économique, et plus particulièrement sur celui de la présence sur le marché du travail. Ces dernières années ont été marquées par une restructuration majeure et rapide du marché de l'emploi, ce qui a entraîné une précarisation de l'emploi pour certains groupes de la population, notamment les jeunes. L'enquête de 1987 s'était déroulée dans une période de relative prospérité économique, alors que celle de 1992-1993 s'est tenue pendant une importante récession économique, où les taux de chômage ont augmenté considérablement, particulièrement chez les jeunes, et où les possibilités d'amélioration se situaient dans un avenir lointain. Des analyses multivariées portant sur les résultats des deux enquêtes devront être réalisées afin de mieux saisir les éléments explicatifs de la variation de l'échelle de détresse psychologique et pour estimer les effets possibles des modifications survenues sur le marché de l'emploi.

12.2 Idées suicidaires et parasuicides

12.2.1 Présentation

Une revue de sept études épidémiologiques nord-américaines récentes a permis de recenser des renseignements intéressants sur la prévalence des idées et des tentatives de suicide au sein de la population générale (Boyer *et al.*, 1992). Ces études permettent de situer la prévalence à vie des idées suicidaires à 10,6 % en moyenne, alors que sur une période de douze mois, elle serait plutôt de 2,7 %. Quant aux tentatives de suicide, la prévalence moyenne est estimée à 2,9 % au cours de la vie et à 0,6 % pour des périodes à court terme, de douze ou vingt-quatre mois. Ces recherches suggèrent que les tentatives sont plus fréquentes chez les personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique au cours de leur vie. De plus, les études basées sur la prévalence à vie rapportent plus de tentatives de suicide chez les femmes,

alors que les recherches ne portant que sur la prévalence pour une période d'un à deux ans ne rapportent pas de telles différences. Ces données complètent l'information provenant d'autres sources qui renseignent sur les suicides complétés, lesquels sont d'ailleurs plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

L'objectif de la présente section est d'estimer la prévalence des idées et des tentatives de suicide au Québec, de décrire les facteurs qui leur sont associés et d'en dégager l'évolution depuis l'enquête Santé Québec 1987. Ce faisant, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 contribue au suivi de l'objectif de la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992), qui vise à réduire de 15 % le nombre de tentatives de suicide d'ici l'an 2002.

12.2.2 Aspects méthodologiques

La présente enquête reprend les quatre questions sur les idées et les tentatives de suicide utilisées dans le cadre de l'enquête Santé Québec 1987. Celles-ci apparaissent au questionnaire autoadministré s'adressant à la population de 15 ans et plus. La question concernant les idées (QAA88) se lit comme suit : «Vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie) ?». La question sur les tentatives de suicide (QAA92) est ainsi libellée : «Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie) ?». Dans le cas d'une réponse positive à l'une ou l'autre de ces questions, le répondant devait indiquer si cela s'était produit au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (QAA89, QAA93). La proportion de valeurs manquantes pour chacune de ces questions est inférieure à 3 %.

Ces questions permettent d'estimer la prévalence des idées et des tentatives de suicide, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête et au cours de la vie. Dans l'optique de la santé publique, l'information concernant la dernière année apparaît plus pertinente pour documenter l'importance de ces problèmes et en comprendre les composantes psychosociales, puisqu'elle concerne des événements récents. Par ailleurs, dans le contexte d'une enquête générale comme celle-ci, l'expression «tentative de suicide» n'est pas appropriée parce que l'intention réelle de mourir, orientation psychologique essentielle au suicide, est difficile à établir. Afin d'éliminer l'ambiguïté attachée à cette expression, le terme «parasuicide» a été adopté pour désigner l'ensemble des gestes suicidaires qui ne conduisent pas à la mort.

Considérant qu'il s'agit de deux facettes différentes du phénomène du suicide, l'analyse distingue les personnes rapportant des idées suicidaires seulement de celles ayant déclaré un parasuicide. La prévalence pour chacun de ces problèmes est calculée sur la base de populations distinctes. Ainsi, pour le calcul de la prévalence des idées suicidaires, la population de référence ne comprend pas les personnes ayant rapporté un parasuicide, et le taux est établi en ne considérant que les personnes ayant rapporté des idées suicidaires seulement. De la même manière, le calcul de la prévalence du parasuicide exclut de la population de référence les individus ne rapportant que des idées suicidaires.

Ce mode de calcul permet de produire des résultats comparables à d'autres études se consacrant uniquement aux pensées suicidaires ou aux parasuicides tout en créant des groupes

d'individus distincts au niveau des comportements suicidaires. Cette façon de calculer les prévalences induit une légère surestimation des taux de parasuicides et sous-estime les taux d'idées suicidaires puisque les dénominateurs ne comprennent pas l'ensemble de la population.[1] Les données comparatives présentées pour 1987 ont été calculées sur le même principe.

La gravité des idées et des tentatives de suicide est très difficile à évaluer. Par exemple, les parasuicides peuvent comprendre à la fois des gestes suicidaires interrompus et des gestes suicidaires graves ayant nécessité des traitements médicaux urgents. Afin de jeter un éclairage sur ce point, le questionnaire de l'enquête comporte cinq nouvelles questions. Trois d'entre elles tentent d'évaluer les moyens envisagés lors des idées ou des gestes suicidaires (QAA90, QAA91, QAA94). Les deux autres portent sur la consultation d'un professionnel de la santé ou d'une autre personne qui donne des conseils, par suite de la tentative de suicide (QAA95, QAA96). Ces questions permettent de mieux évaluer l'importance de ces idées et de ces gestes suicidaires, sans toutefois permettre de vraiment connaître l'intention réelle de mourir. Le taux de non-réponse partielle pour chacune de ces questions est inférieur à 4 %.

La section sur les résultats traite successivement des personnes ayant rapporté des idées suicidaires et des parasuicides. Les données de prévalence y sont d'abord présentées pour chacune des périodes de référence. Pour les personnes ayant déclaré des événements récents, on analyse la relation avec l'indice de détresse psychologique, et pour témoigner de leur gravité, on présente des indications sur les moyens envisagés ou utilisés et sur le recours à une aide extérieure. La variation de la prévalence selon les caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sociales y est également étudiée pour les personnes qui ont eu des idées suicidaires au cours des douze mois ayant précédé l'enquête; les effectifs en cause ne permettent cependant pas de réaliser la même analyse dans le cas des parasuicides.

12.2.3 Résultats

12.2.3.1 Idées suicidaires au cours de la vie

Selon l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, près de 8 Québécois sur 100 indiquent avoir sérieusement pensé au suicide au cours de leur vie (tableau 12.8), tant chez les hommes que chez les femmes. Ces taux varient cependant selon l'âge; environ une personne sur dix rapporte des idées suicidaires parmi les individus de 15 à 44 ans (12 % et 10 %), alors que 6 % des gens de 45-64 ans et 1,6 % de ceux de 65 ans et plus en font autant. Cette variation selon l'âge s'observe chez les hommes et les femmes.

Entre 1987 et 1992-1993, la proportion de personnes déclarant des idées suicidaires à vie est passée de 7,9 % à 8,2 %; cette différence n'est pas significative, pas plus que ne le sont les écarts observés selon l'âge et le sexe.

[1] À titre indicatif, la prévalence des parasuicides récents estimée dans cette enquête est de 0,6 % alors que le taux serait de 0,5 % selon le calcul de fréquence. Le taux des personnes ayant des idées suicidaires récentes est quant à lui évalué à 3,9 % alors que la fréquence est de 4,1 %.

12.2.3.2 Idées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête

Variations selon le sexe et l'âge

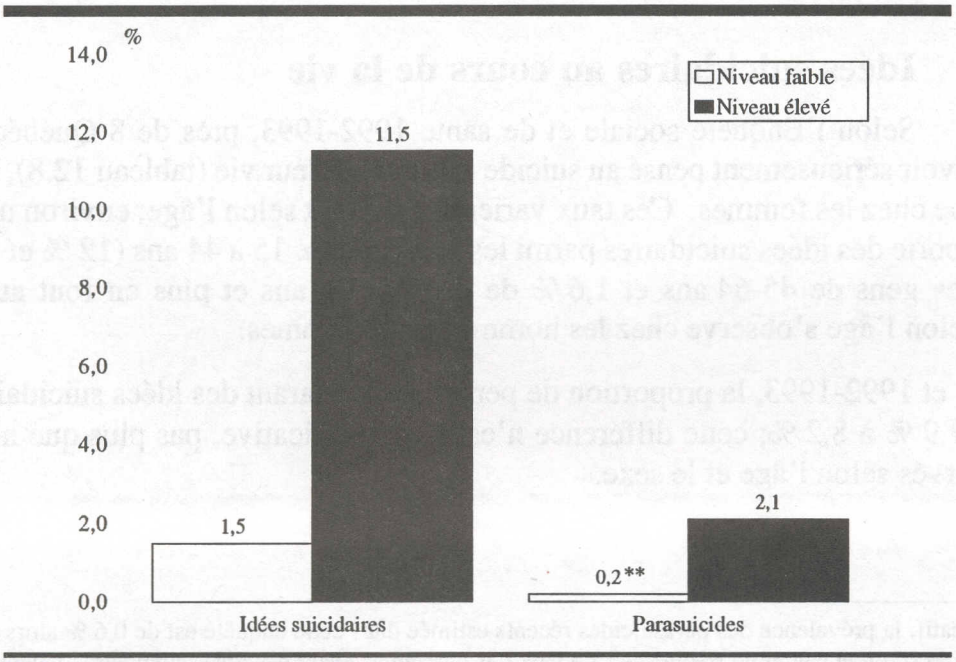
Près de 4 % de la population du Québec (ou environ 200 000 individus) rapportent avoir sérieusement pensé au suicide au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, sans qu'il soit possible de déceler une différence entre les taux d'idées suicidaires chez les hommes et les femmes. Par contre, ces taux varient inversement avec l'âge des Québécois; les personnes de 15-24 ans présentent la prévalence la plus élevée, 8 individus sur 100 rapportant des idées suicidaires, alors que cette proportion n'est plus que de 0,7 % chez les personnes de 65 ans et plus. Ce phénomène se constate tant chez les hommes que chez les femmes.

Lors de l'enquête de 1987, la prévalence était estimée à 3 %. Si l'enquête de 1992-1993 laisse croire à une tendance à la hausse (3 % c. 4 %), cette différence n'est pas statistiquement significative au seuil retenu et ce, ni chez les femmes ni chez les hommes, ni pour aucun groupe d'âge.

La présence d'idées suicidaires est associée à la détresse psychologique. Les personnes se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ont été proportionnellement plus nombreuses à déclarer des idées suicidaires que ne l'ont fait les individus ayant un degré moindre de détresse (12 % c. 1,5 %) (graphique 12.3). Vu sous un autre angle, les personnes déclarant des idées suicidaires présentent un niveau élevé de détresse psychologique dans une proportion de 71 %, alors que ce n'est le cas que de 23 % des individus ne rapportant pas de telles idées au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (données non présentées).

Graphique 12.3

Présence d'idées suicidaires ou de parasuicides au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993



** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Tableau 12.8

Présence d'idées suicidaires au cours de la vie et au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	À vie			12 mois		
	1987	1992-1993		1987	1992-1993	
	%	%	Pe	%	%	Pe
Hommes						
15-24 ans	10,1	10,9	49 657	5,6	7,5	32 950
25-44 ans	8,6	10,2	122 295	3,2	4,6	51 302
45-64 ans	5,0	5,7	41 646	1,8	2,2*	15 564
65 ans et plus	2,0	1,5**	4 358	1,0	0,5**	1 328
Total	**7,4**	**8,2**	**217 956**	**3,1**	**4,0**	**101 144**
Femmes						
15-24 ans	13,7	12,9	55 323	6,2	8,4	34 207
25-44 ans	9,8	10,5	121 450	4,4	4,6	49 905
45-64 ans	5,3	5,7	41 497	1,4	2,0*	13 961
65 ans et plus	1,1	1,7**	6 404	0,5	0,8**	2 992
Total	**8,5**	**8,4**	**224 674**	**3,5**	**3,9**	**101 065**
Sexes réunis						
15-24 ans	11,9	11,9	104 980	5,9	8,0	67 157
25-44 ans	9,2	10,3	243 745	3,8	4,6	101 207
45-64 ans	5,2	5,7	83 143	1,6	2,1	29 525
65 ans et plus	1,5	1,6*	10 762	0,7	0,7**	4 320
Total	**7,9**	**8,2**	**442 630**	**3,3**	**3,9**	**202 209**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour 1987.

Variations selon certaines caractéristiques de la population

La présence d'idées suicidaires au cours des douze mois ayant précédé l'enquête est associée à certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques des individus (tableau 12.9). Ainsi, la déclaration d'idées suicidaires est plus fréquente chez les personnes célibataires que chez les individus mariés (8 % c. 1.9 %), alors que les gens vivant en union de fait ou les

personnes veuves, séparées ou divorcées sont environ deux fois plus nombreux que les personnes mariées à rapporter de telles idées (5 % c. 1,9 %). Cette association entre l'état matrimonial de fait et les idées suicidaires pourrait s'expliquer, du moins en partie, par la relation entre l'état matrimonial et l'âge des individus.

Tableau 12.9

Présence d'idées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Personnes ayant des idées suicidaires	
	%	Pe
État matrimonial de fait		
Marié	1,9	49 440
Union de fait	4,6	33 754
Veuf, séparé ou divorcé	4,6	25 971
Célibataire	7,8	92 456
Niveau de revenu		
Très pauvre	7,2	25 312
Pauvre	4,5	26 515
Moyen inférieur	4,0	61 089
Moyen supérieur	3,5	69 349
Supérieur	3,0*	19 947
Scolarité relative		
Plus faible	4,2	42 646
Faible	3,6	37 784
Moyenne	3,9	35 425
Élevée	4,2	45 510
Plus élevée	3,9	40 157
Statut d'activité (2 sem.)		
En emploi	3,6	96 718
Aux études	8,6	42 567
Tient maison	2,6	18 666
À la retraite	0,7*	4 562
Sans emploi	7,0	39 698

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

La prévalence des idées suicidaires décroît aussi avec le niveau de revenu; le taux est environ deux fois plus élevé (7 %) chez les personnes très pauvres que chez les personnes se situant dans les catégories de revenu moyen supérieur (4 %) ou supérieur (3 %). Par ailleurs, on ne peut établir de lien entre l'indice de scolarité relative, qui tient compte de l'âge, et la prévalence des pensées suicidaires. L'analyse selon le statut d'activité, établi pour les deux semaines ayant précédé l'enquête, montre une prévalence plus élevée chez les étudiants (9 %) et les sans emploi (7 %). Néanmoins, cette caractéristique est aussi reliée à l'âge; il n'est donc pas étonnant que les personnes à la retraite, généralement plus âgées, soient proportionnellement moins nombreuses à rapporter des idées suicidaires (0,7 %).

L'analyse a aussi porté sur les variations de la prévalence en fonction de certains indicateurs reliés au milieu social de l'individu. La présence d'un confident dans l'entourage peut être considérée, entre autres, comme un facteur de protection à l'égard des pensées suicidaires; or, on constate que les personnes n'ayant pas de confident sont effectivement plus nombreuses à rapporter des idées suicidaires que celles qui en ont au moins un (6 % c. 4 %) (tableau 12.10).

Tableau 12.10

Présence d'idées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques du milieu social, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Personnes ayant des idées suicidaires	
	%	Pe
Présence d'un confident		
Non	6,3	41 882
Oui	3,6	159 329
Soutien social		
Faible	9,6	93 286
Élevé	2,6	105 583
Satisfaction quant à sa vie sociale		
Non satisfait	15,8	85 310
Plutôt satisfait	3,3	95 251
Très satisfait	1,2*	20 580
Autonomie décisionnelle au travail [1]		
Faible	4,9	60 076
Élevé	2,6	31 228

[1] Population occupant un emploi au moment de l'enquête.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Ces résultats concordent avec le fait que les personnes classées au niveau faible de l'indice de soutien social présentent une prévalence de pensées suicidaires plus élevée que celle attribuée aux personnes dont le niveau de soutien est plus élevé (10 % c. 3 %). La prévalence est aussi plus marquée chez les Québécois non satisfaits de leur vie sociale (16 %) que chez ceux qui s'en déclarent plutôt satisfaits (3 %) ou très satisfaits (1,2 %). Sous un autre aspect, l'enquête indique également que la présence d'idées suicidaires touche une plus grande proportion de travailleurs dont le niveau d'autonomie décisionnelle au travail est faible, comparativement à ceux dont le niveau est plus élevé (5 % c. 3 %).

Les moyens envisagés

Près de trois personnes sur quatre (74 %) révèlent qu'au moment où elles ont songé à se suicider, elles avaient prévu un moyen pour attenter à leurs jours. Les médicaments et autres produits chimiques, incluant la drogue, sont le plus fréquemment envisagés (43 %), alors que

Tableau 12.11

Moyens envisagés pour attenter à ses jours au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon le sexe, personnes de 15 ans et plus avec idées suicidaires, Québec 1992-1993

Moyens[1]	Sexe		
	Hommes	Femmes	Total
	%	%	%
Médicaments et autres produits chimiques	30,1	56,5	43,0
Véhicule moteur	23,1	21,8	22,4
Arme à feu	32,9	9,6*	21,6
Taillade des veines	15,4*	21,4	18,3
Gaz d'échappement	17,8*	17,1	17,5
Pendaison	22,2	7,5*	15,0
Saut	12,6*	7,5**	10,1
Autres	10,7*	5,5**	8,2*

[1] Plus d'un moyen pouvait être précisé.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %, interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

l'arme à feu (22 %), le véhicule moteur (22 %), la taillade des veines (18 %), les gaz d'échappement d'un moteur (18 %) et la pendaison (15 %) sont des méthodes souvent contemplées (tableau 12.11). Une proportion plus grande de femmes que d'hommes (57 % c. 30 %) ont envisagé les médicaments et autres produits chimiques, alors que les hommes ont davantage songé à la pendaison (22 % c. 8 %) et à l'arme à feu (33 % c. 10 %). Le choix des moyens varie peu selon l'âge, sauf en ce qui concerne la taillade des veines, qui est inversement associée à l'âge; environ le tiers des individus de 15-24 ans (33 %) ont considéré celle-ci, alors qu'elle n'a été envisagée que par 13 % des gens de 25-44 ans et par 2 % de ceux de 45-64 ans (données non présentées). Cependant, toute interprétation quant à la relation entre l'âge et les moyens utilisés doit être traitée avec prudence, car les différences observées ne sont pas significatives.

12.2.3.3 Parasuicides au cours de la vie

L'Enquête sociale et de santé permet d'estimer à près de 4 personnes sur 100 la prévalence du parasuicide au cours de la vie au sein de la population québécoise, ce qui correspond à environ à 188 300 individus de 15 ans et plus (tableau 12.12). La proportion de personnes ayant déclaré un parasuicide est plus élevée chez les Québécoises que chez les Québécois (5 % c. 3 %). Ces prévalences diminuent avec l'âge, passant de 6 % parmi les personnes de 15-24 ans à environ 1 % chez celles de 65 ans et plus. Toutes les différences observées entre les différents groupes d'âge sont significatives. Cependant, lorsque ces comparaisons sont faites entre les groupes d'âge d'un même sexe, les seules différences significatives chez les hommes s'observent entre les groupes d'âge de 15-24 ans et de 65 ans et plus (5 % c. 0,4 %), et chez les femmes, entre ceux de 15-24 ans et de 45 ans et plus (8 % c. 4 % et 1,0 %).

L'enquête ne décèle par ailleurs aucun écart significatif avec les prévalences établies sur la base des données de l'enquête Santé Québec 1987.

12.2.3.4 Parasuicides au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête

Variations selon le sexe et l'âge

En 1992-1993, la prévalence des parasuicides récents est estimée à 6 personnes pour 1 000, autant chez les hommes que les femmes (tableau 12.12). Cette prévalence correspond à près de 30 000 personnes de 15 ans et plus. La prévalence la plus élevée se retrouve chez les personnes de 15-24 ans (1,8 %), et elle demeure inférieure à 1 % pour les autres groupes d'âge. Aucun écart significatif selon l'âge n'est détecté chez les femmes alors que chez les hommes, seules les personnes de 15-24 ans et celles de 45-64 ans présentent des prévalences statistiquement distinctes (1,9 % c. 0,2 %).

L'enquête ne décèle aucun écart significatif par rapport aux prévalences établies sur la base des données de l'enquête Santé Québec 1987.

Tableau 12.12

Prévalence des parasuicides au cours de la vie et au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	À vie			12 mois		
	1987	1992-1993		1987	1992-1993	
	%	%	Pe	%	%	Pe
Hommes						
15-24 ans	4,0	4,5*	19 272	1,8	1,9**	7 841
25-44 ans	3,3	3,5	38 438	0,8	0,6**	6 619
45-64 ans	2,0	1,8*	12 439	0,3	0,2**	1 164
65 ans et plus	0,8	0,4**	1 196	0,4	0,0**	--
Total	**2,9**	**2,8**	**71 345**	**0,9**	**0,6***	**15 624**
Femmes						
15-24 ans	5,9	7,6	30 498	2,4	1,7*	6 282
25-44 ans	4,8	5,2	56 612	0,7	0,5**	5 683
45-64 ans	3,5	3,7**	26 074	0,7	0,3**	1 958
65 ans et plus	1,1	1,0**	3 751	0,7	0,1**	428
Total	**4,2**	**4,5**	**116 935**	**1,0**	**0,6***	**14 351**
Sexes réunis						
15-24 ans	4,9	6,0	49 770	2,1	1,8*	14 123
25-44 ans	4,0	4,3	95 050	0,7	0,6*	12 302
45-64 ans	2,8	2,7	38 513	0,5	0,2**	3 122
65 ans et plus	1,0	0,7**	4 947	0,6	0,1**	428
Total	**3,6**	**3,7**	**188 280**	**0,9**	**0,6**	**29 975**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %, interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour 1987.

Les résultats de l'Enquête sociale et de santé indiquent que les personnes classées au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer avoir posé un geste suicidaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, en comparaison des personnes ayant un degré moindre de détresse (2 % c. 0,2 %) (graphique 12.3). Par ailleurs, près de 80 % des personnes qui déclarent un ou des parasuicides appartiennent à la catégorie élevée de l'indice de détresse (données non présentées).

Les moyens envisagés et le recours à la consultation

Les personnes déclarant avoir posé des gestes suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête devaient indiquer par quels moyens elles avaient tenté de se suicider. Parmi ces personnes, 57 % déclarent avoir utilisé les médicaments, 32 %, s'être tailladé les veines, 9 %,

Tableau 12.13

Moyens utilisés pour attenter à ses jours au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon le sexe, personnes de 15 ans et plus rapportant un parasuicide, Québec 1992-1993

Moyens[1]	Sexe		
	Hommes	Femmes	Total
	%	%	%
Médicaments et autres produits chimiques	47,6*	66,8	56,6
Véhicule moteur	13,6**	4,6**	9,4**
Arme à feu	16,4**	0,0**	8,7**
Taillade des veines	33,8*	29,5*	31,7*
Gaz d'échappement	0,5**	0,0**	0,3**
Pendaison	12,4**	2,6**	7,8**
Saut	2,3**	12,8**	7,2**
Autres	7,8**	14,8**	11,1**

[1] Plus d'un moyen pouvait être précisé.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %, interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

avoir utilisé une arme à feu, 9 %, avoir eu recours à un véhicule moteur, 8 %, à la pendaison, 7 %, au saut, et 11 % indiquent un autre moyen (tableau 12.13). Ces proportions ne présentent pas d'écarts significatifs entre les hommes et les femmes, sans doute à cause des faibles effectifs en présence. À titre indicatif, on peut quand même souligner que le classement de ces moyens par ordre décroissant semble varier selon le sexe. Selon leurs déclarations, les hommes auraient eu tendance à utiliser comme moyens principaux : les médicaments (48 %), la taillade des veines (34 %), l'arme à feu (16 %), le véhicule à moteur (14 %) et la pendaison (12 %). Chez les femmes, ce classement présente encore en tête de liste les médicaments (67 %) et la taillade des veines (30 %); au troisième rang vient le saut (13 %), alors que les autres moyens sont moins fréquents (0 % à 5 %) ou non précisés (15 %).

L'enquête permet de plus d'obtenir des renseignements inédits sur le recours à un professionnel de la santé ou à toute autre personne par suite de ce ou ces parasuicides. Près des deux

tiers (63 %) des personnes suicidaires ont eu recours à une telle aide extérieure. Les femmes déclarent, dans une proportion de 68 %, avoir consulté par suite de ces gestes et les hommes, dans une proportion de 54 %; ces différences ne sont cependant pas significatives. Les résultats suggèrent aussi que les jeunes de 15-24 ans consultent dans une proportion moindre (49 %) que les personnes de 25-44 ans (64 %). Aucune comparaison n'a pu être effectuée avec les autres groupes d'âge à cause des petits nombres (données non présentées).

12.2.4 Synthèse et pistes de recherche

Les pensées suicidaires touchent une partie non négligeable de la population du Québec. Près de 4 % de la population, soit environ 200 000 Québécoises et Québécois, disent avoir pensé au suicide au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Parmi les études nord-américaines consultées, il en est deux qui estiment la prévalence d'idées suicidaires sur une période de 12 mois; ces taux sont de 1,5 % dans l'une (Paykel *et al.*, 1974) et de 3,9 % dans l'autre (Ramsay et Bagley, 1985).

L'enquête Santé Québec 1987 estimait à 3 % cette prévalence. L'augmentation n'est pas significative, mais la tendance observée suggère que le phénomène ne va pas en s'amenuisant. Comme dans l'enquête de 1987, les idées suicidaires (à vie et au cours des 12 derniers mois) semblent aussi prévalentes chez les hommes que chez les femmes. Ce sont toujours les jeunes qui rapportent le plus de pensées suicidaires.

Les nouvelles questions sur les moyens envisagés par les personnes ayant rapporté des idées suicidaires suggèrent que celles-ci sont très sérieuses. Trois personnes sur quatre révèlent qu'elles ont prévu un moyen de se suicider. Les médicaments et autres produits chimiques, incluant la drogue, ont été le plus fréquemment envisagés. L'arme à feu, le véhicule moteur, les gaz d'échappement d'un moteur et la taillade des veines sont aussi des moyens souvent mentionnés.

La prévalence du parasuicide au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête est estimée à 6 personnes sur 1 000. Si les femmes déclarent des parasuicides à vie en plus grand nombre que les hommes, cette différence s'estompe lorsque la période de référence est restreinte aux 12 mois ayant précédé l'enquête. Par ailleurs, autant pour les périodes de référence à long terme qu'à court terme, les jeunes de 15-24 ans rapportent plus souvent avoir posé un geste suicidaire que les personnes des autres groupes d'âge.

L'ajout de nouvelles questions à l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 apportent des renseignements intéressants sur les moyens utilisés lors des parasuicides. Les personnes ayant survécu à un geste suicidaire semblent avoir davantage utilisé des moyens considérés comme moins létaux que ceux utilisés dans les cas de suicide. Les principaux moyens utilisés pour le suicide au Québec en 1992 ont été l'arme à feu et la pendaison (Bureau du coroner, 1993), tandis que les médicaments et la taillade des veines ont été choisis, par les hommes et les femmes également, pour les tentatives de suicide déclarées dans la présente enquête. Ces derniers moyens ont un caractère moins létal et moins violent que l'arme à feu et la pendaison.

Il est important de souligner que 9 % des personnes ayant tenté de s'enlever la vie déclarent avoir opté pour un véhicule moteur. Cette proportion est très élevée en comparaison des suicides enregistrés à l'aide de ce moyen (1 %)[1]. Ces derniers étant difficiles à discerner lorsqu'ils se produisent, la présente enquête sous-entend qu'il peut y avoir une sous-déclaration non négligeable de suicides à l'aide d'un véhicule moteur.

En guise de conclusion à cette partie, il faut se demander si les résultats sur les parasuicides ne viennent pas corroborer les observations générales faites sur le suicide. On sait effectivement que les taux de mortalité reliés au suicide sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes; en 1992, ils étaient respectivement de 27,0 et de 7,5 pour 100 000 personnes au Québec (Legault, 1994). Par contre, la présente enquête indique que les femmes sont plus nombreuses à déclarer des parasuicides au cours de leur vie que les hommes. Si la prévalence des parasuicides à vie est ainsi plus élevée chez les femmes, c'est probablement parce qu'elles sont plus portées à utiliser des moyens moins létaux, de sorte qu'elles survivent plus fréquemment à ces événements. Par ailleurs, les jeunes constituent le groupe qui présente à la fois les taux de mortalité reliés au suicide et de parasuicides les plus élevés. Dans ce cas, l'hypothèse de l'utilisation de moyens différents ne peut être évoquée pour expliquer ces prévalences plus fortes. Cependant, comme les personnes qui ont complété leur suicide ne sont pas comptabilisées dans les parasuicides, cette situation a pour effet de diminuer graduellement les prévalences de parasuicides estimées pour les groupes d'âge plus vieux, puisque seuls les survivants sont pris en considération. De plus, l'analyse des cas de suicide par cohortes montre que depuis les deux dernières décennies, les jeunes de 20-24 ans sont de plus en plus suicidaires, et ce phénomène ne s'observe pas chez les autres groupes d'âge, du moins avec autant d'acuité (Legault, 1994).

Sur le plan de la recherche, il serait important que la prochaine enquête de Santé Québec estime la prévalence des psychopathologies plus particulièrement associées aux idées et aux comportements suicidaires. Sur la base des données actuelles, il est nécessaire de mener des analyses multivariées afin d'établir les relations entre les diverses variables indépendantes étudiées ici. Il serait aussi utile de vérifier si des disparités géographiques s'observent au regard du phénomène du suicide, en reproduisant ces analyses en fonction d'«aires homogènes», par exemple.

12.3 Éléments de réflexion pour la planification

La diminution des problèmes de santé mentale dans la population québécoise d'ici l'an 2002 est un des objectifs retenus par la Politique de la santé et du bien-être. L'indice de détresse psychologique n'est pas une mesure de la prévalence des troubles mentaux dans la population québécoise, mais un indicateur qui permet d'évaluer l'état de santé mentale des Québécois. Entre 1987 et 1992-1993, la proportion d'individus classés au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique a augmenté. Ce résultat suggère que l'évolution de l'importance des problèmes de santé mentale au sein de la population s'inscrit dans une tendance contraire à l'ojectif poursuivi par la politique. Force est de constater qu'il est urgent de con-

[1] Compilations spéciales effectuées au Bureau du coroner, avril 1995.

sentir plus d'efforts à l'atteinte de cet objectif. Les groupes qui semblent les plus vulnérables devront être ciblés en priorité, soit les femmes et les jeunes adultes. La pauvreté doit être retenue comme une condition associée à la présence de détresse psychologique; la plus forte proportion de personnes ayant un indice de détresse psychologique élevé se retrouve en effet chez les personnes très pauvres.

La comparaison des taux de parasuicides estimés dans le cadre de l'enquête et des taux de mortalité par suicide au Québec en 1992 suggère que le rapport parasuicides - suicides serait de 22,8:1 pour les hommes et de 95,2:1 pour les femmes. Cet écart reflète, en partie, le fait que les hommes, toutes proportions gardées, se retrouvent en plus grand nombre parmi les victimes de suicide. Mais elle suggère aussi qu'il peut être très difficile de prévenir les suicides par des interventions auprès des personnes ayant tenté de se suicider, principalement chez les femmes, d'autant plus que 40 % des suicidaires n'ont eu recours à aucun service de santé ou n'ont fait appel à aucune personne pour les aider. Enfin, les relations observées entre les idées suicidaires, les parasuicides au cours des douze mois ayant précédé l'enquête et la détresse psychologique sont corroborées par plusieurs études menées à l'aide de la technique de l'autopsie psychologique, qui montrent que plus de 75 % des victimes de suicides complétés souffraient d'un trouble psychiatrique dans les mois qui ont précédé leur suicide (Lesage *et al.*, 1994; Clark et Horton-Deutsch, 1992).

Les résultats de la présente enquête rappellent encore une fois l'ampleur du phénomène du suicide comme problématique de santé au Québec. Même si depuis 1987, la prévalence des idées et des tentatives de suicide chez les personnes de 15 ans et plus n'a pas augmenté de façon significative, la tendance semble être à la hausse. Dans cette optique, ne faudrait-il pas s'interroger sur la probabilité d'atteindre l'objectif, fixé par la Politique de la santé et du bien-être, de réduire de 15 % ces gestes d'ici l'an 2002? La tendance actuelle laisse croire qu'il faudra mieux cibler les groupes à risque pour modifier la situation. Parmi les groupes considérés vulnérables, les jeunes adultes attirent l'attention puisqu'ils représentent le groupe où la prévalence estimée est la plus élevée, tant pour les idées suicidaires que pour les parasuicides. De plus, les personnes très pauvres se démarquent encore une fois, la prévalence estimée des pensées suicidaires étant plus élevée en ce qui les concerne.

12.4 Références bibliographiques

BLAND, R.C. (1985). «L'épidémiologie, le diagnostic, l'incapacité et la définition des objectifs prioritaires en santé mentale», dans Gouvernement du Canada (éd.), *Résultats de recherche ayant une incidence sur les priorités en matière de services de santé mentale,* Ottawa.

BOYER R.; PRÉVILLE M.; LÉGARÉ G.; VALOIS P. (1993). «La détresse psychologique dans la population du Québec non-institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête Santé Québec», *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 38, pp 339-343.

BOYER R.; PRÉVILLE M.; PERRAULT C.; LÉGARÉ G. (1992). *L'épidémiologie des parasuicides et des idéations suicidaires*, Enquête Santé Québec 87, Les cahiers de recherche, no 8, ministère de la Santé et des Services sociaux, 62p.

BUREAU DU CORONER (1994). *Rapport annuel 1993*, Les Publications du Québec, Québec, p. 82.

CLARK, DC.; HORTON-DEUTSCH, SL. (1992). "Assessment in Absentia : The value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides", pp 144-182, In : R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltsberger, R.I. Yufit (eds) *Assessment and prediction of suicide*, The Guilford Press, New York, 697p.

ENQUÊTE SANTÉ CANADA; SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA; STATISTIQUE CANADA (1981). *La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, pp 133-143.

HENNEN, B. KE. (1985). «Les priorités de la santé mentale et le médecin de famille», dans Gouvernement du Canada (éd.). *Résultats de recherche ayant une incidence sur les priorités en matière de services de santé mentale*, Ottawa.

ILFELD F. W. (1978). "Psychologic status of community residents along major demographic dimensions", *Archives of General Psychiatry*, vol. 35, pp 716-724.

ILFELD F. W. (1976). "Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population", *Psychological Reports*, vol. 39, pp 1215-1228.

KOVESS, V. (1985). *«Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski»*, Tomes I et II, Unité de recherche psychosociale, Centre hospitalier Douglas, Verdun.

LEGAULT, P. (1994). «Les groupes d'âge. Statistiques sur les causes de mortalité au Québec. 1971; 1976; 1980 à 1992.», ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Tableaux T68 et T69.

LESAGE, A.; BOYER, R.; GRUNBERG, F.; VANIER, C.; MORISSETTE, R.; MÉNARD-BUTEAU, C.; LOYER, M. (1994). "Suicide and mental disorders : A case control study of young men", *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, p. 7.

LINK B.; DOHRENWEND B. (1980). "Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States", in *Mental Illness in the United States, Epidemiological Estimates*, Preeger, New-York, pp 114-132.

MASSÉ R.; POULIN C. (1991). "Mental Health of community residents in the metropolitan Montreal area : some results from the "Santé Québec Survey", *Revue Canadienne de Santé Publique*, Sept-Oct., vol. 82, no 5, pp 320-324.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192p.

NAMHC, (1993). "Health Care Reform for Americans With Severe Mental Illnesses : Report of the National Advisory Mental Health Council", *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, no 10, pp 1447-1465.

PAYKEL, ES. *ET AL.* (1974). "Suicide feelings in the general population : A prevalence study", *British Journal of Psychiatry*, vol. 124, pp 460-469.

PERREAULT, C. (1987). *Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la méthodologie utilisée*, Cahier technique 87-06, Santé Québec, Montréal, 33p.

PRÉVILLE M.; BOYER R.; POTVIN L.; PERRAULT C.; LEGARÉ G. (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*, Enquête Santé Québec 87, Les cahiers de recherche, no 7, ministère de la Santé et des Services sociaux, 54p.

RADLOFF L.S. (1977). "The CES-D Scale : a self-report depression scale for research in the general population", in applied *Psychological Measurements*, vol. 1, pp 381-389.

RAMSAY, R.; BAGLEY, C. (1985). "The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social expreriences in an urban population", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 15, no 3, pp 151-167.

ROBINS, L.N.; REGIER, D.A. (1991). *Psychiatric Disorders in America : The Epidemiological Catchment Area Study*, New-York, The Free Press, 449p.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *«Et la santé, ça va?» Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome I*, Les Publications du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 337p.

TOUSIGNANT, M. *et al.* (1987). *Utilisation des réseaux sociaux dans des interventions. État de la question et proposition d'action*, Programme de recherche de résumés, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Les Publications du Québec, pp 117-123.

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A.12.1

Taux de non-réponse partielle aux questions QAA82 à QAA85 selon certaines caractéristiques, personnes de 15 ans et plus concernées par au moins un énoncé de l'échelle de détresse psychologique, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Non-réponse partielle			
	QAA82 %	QAA83 %	QAA84 %	QAA85 %
Sexe				
Hommes	12,3	12,7	12,5	12,7
Femmes	11,8	12,3	12,1	12,5
Groupe d'âge				
15-24 ans	8,4	8,4	8,3	8,3
25-44 ans	8,5	8,6	8,6	8,8
45-64 ans	14,3	14,9	14,7	15,1
65 ans et plus	27,4	29,4	28,1	28,7
Scolarité relative				
Plus faible	18,4	19,0	18,8	19,1
Faible	13,8	14,2	13,8	14,4
Moyenne	10,7	11,0	11,1	11,1
Élevée	9,4	9,6	9,5	9,8
Plus élevée	7,5	7,8	7,6	7,8
Indice de détresse psychologique				
Faible	14,6	14,9	14,8	15,1
Élevée	4,7	5,1	4,8	5,2
Total	**12,1**	**12,5**	**12,3**	**12,6**

Tableau A.12.2

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'état matrimonial de fait, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	État matrimonial de fait			
	Marié	Union de fait	Veuf, séparé ou divorcé	Célibataire
	%	%	%	%
Hommes				
15-24 ans	28,6**	28,7	--	30,0
25-44 ans	18,9	23,5	27,5	29,0
45-64 ans	19,7	23,4	27,8	17,6*
65 ans et plus	8,6	7,5**	11,9**	5,1**
Total	**17,8**	**23,7**	**23,7**	**28,3**
Femmes				
15-24 ans	20,6**	40,1	--	42,9
25-44 ans	27,7	32,4	47,0	39,2
45-64 ans	24,4	33,7	29,7	28,8
65 ans et plus	15,0	17,4**	23,4	24,4**
Total	**24,9**	**34,0**	**31,6**	**39,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

-- Données non présentées à cause des petits nombres.

Tableau A.12.3

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques culturelles et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe	Langue parlée		
	Français	Anglais	Autre
	%	%	%
Hommes	22,3	21,2	19,8
Femmes	30,4	30,5	30,8
Total	**26,4**	**26,0**	**25,2**

Sexe	Groupe ethnoculturel		
	Majoritaire		Minoritaire
	%		%
Hommes	22,3		20,2
Femmes	30,2		32,0
Total	**26,3**		**25,5**

Tableau A.12.4

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques socioéconomiques et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe	Scolarité relative				
	Plus faible	**Faible**	**Moyenne**	**Élevée**	**Plus élevée**
	%	%	%	%	%
Hommes	24,3	22,4	21,2	23,0	19,2
Femmes	34,5	33,3	27,4	30,8	26,1
Total	**29,5**	**28,1**	**24,6**	**26,7**	**22,6**
Sexe	**Niveau de revenu**				
	Très pauvre	**Pauvre**	**Moyen inférieur**	**Moyen supérieur**	**Supérieur**
	%	%	%	%	%
Hommes	30,1	25,3	21,5	21,5	19,5
Femmes	39,4	32,4	29,6	30,1	25,4
Total	**35,6**	**29,2**	**25,6**	**25,7**	**22,3**

Tableau A.12.5

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la satisfaction quant à la vie sociale et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Groupe d'âge	Satisfaction quant à la vie sociale		
	Très satisfait	Plutôt satisfait	Insatisfait
	%	%	%
15-24 ans	20,4	38,3	69,9
25-44 ans	13,1	27,5	60,4
45-64 ans	9,5	24,2	59,6
65 ans et plus	6,9*	17,2	46,2
Total	**12,6**	**27,3**	**60,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Tableau A.12.6

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'indice de soutien social et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Groupe d'âge	Indice de soutien social	
	Élevé	Faible
	%	%
15-24 ans	30,6	59,4
25-44 ans	23,0	44,9
45-64 ans	18,0	42,4
65 ans et plus	12,6	29,4
Total	**21,9**	**44,5**

Tableau A.12.7

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'indice d'autonomie décisionnelle au travail et l'âge, population de 15 à 64 ans en emploi, Québec 1992-1993

Groupe d'âge	Autonomie décisionnelle au travail	
	Élevé	Faible
	%	%
15-24 ans	33,2	34,1
25-44 ans	22,5	28,7
45-64 ans	20,1	24,7
Total	**22,3**	**28,7**

Tableau A.12.8

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la perception de l'état de santé et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Groupe d'âge	Perception de l'état de santé				
	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise
	%	%	%	%	%
15-24 ans	23,3	31,6	43,2	59,7	83,0
25-44 ans	15,8	23,2	33,8	50,2	70,1
45-64 ans	12,7	18,5	25,0	43,5	54,2
65 ans et plus	5,1**	10,3*	14,6	24,4	37,3*
Total	**16,0**	**22,6**	**30,1**	**42,7**	**52,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.12.9

Types de professionnels consultés selon l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus ayant consulté un professionnel non médecin, Québec 1992-1993

Professionnels consultés	Indice de détresse psychologique		
	Faible	Élevé	Total
	%	%	%
Psychologue	46,8	53,4	50,8
Travailleur social	7,2*	9,8	8,8
Psychothérapeute	7,6**	3,8**	5,3*
Ami	12,6*	7,1*	9,2
Pédagogue, avocat, prêtre	4,1**	3,7*	3,8*
Spécialiste de médecines douces	4,4**	4,5**	4,4*
Autres professionnels de la santé	5,4**	2,9**	4,0*
Autres sans précision	4,0**	2,4**	3,0*
Sans information	7,9*	12,4	10,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

CHAPITRE

ACCIDENTS AVEC BLESSURES

13

Yvonne Robitaille, Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Guy Régnier, Ex-Régie de la sécurité dans les sports du Québec, Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec

I. Barry Pless, Département d'épidémiologie et de biostatistique, Université McGill

13.0 Introduction

Les accidents inquiètent et fascinent l'opinion publique. C'est l'aspect spectaculaire et inusité qui intrigue. Pour les professionnels de la santé, les accidents préoccupent par l'ampleur des dommages à réparer, chez des personnes par ailleurs souvent en bonne santé. Pour le personnel de la santé publique, les blessures occasionnées par un accident ne constituent pas un phénomène qui relève du hasard; il s'agit le plus souvent de la juxtaposition de facteurs humains et environnementaux, dont la combinaison provoque un déséquilibre qui est à l'origine des blessures (Robertson, 1983)[1]. À mesure que l'on comprend les circonstances dans lesquelles les blessures surviennent, on peut envisager des stratégies de prévention.

Les accidents sont des événements fréquents dont les conséquences sur le plan de la gravité varient grandement. Si le décès et l'hospitalisation par suite de blessures[2] intentionnelles ou non intentionnelles sont de mieux en mieux décrits (Choinière *et al.*, 1993; Baker *et al.*, 1992), les autres conséquences des blessures sont peu connues. À cet égard, les enquêtes sont utiles pour fournir d'autres indicateurs à l'échelle des populations. Depuis une dizaine d'années, plusieurs enquêtes nationales de santé ont inclus le thème des accidents avec blessures, mais ces derniers ne répondent pas à une définition unique et les méthodes de sondage varient, de sorte que les comparaisons entre les enquêtes doivent être établies avec prudence. De même, les enquêtes de santé permettent d'examiner certaines hypothèses, notamment sur la variation du taux de personnes blessées selon certains facteurs de risque rarement disponibles autrement.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 aborde le problème des blessures de diverses façons. La principale section consacrée aux accidents avec blessures est constituée d'une série de

[1] Le terme «accident» est utilisé pour désigner l'événement au cours duquel la blessure est survenue, sans conférer à ce terme une connotation d'imprévisibilité ou d'inéluctabilité.

[2] Les termes «traumatisme» et «blessure» sont interchangeables dans le texte.

questions portant sur les accidents survenus au cours des douze mois ayant précédé l'enquête et qui ont causé des blessures assez graves pour entraîner soit une limitation des activités, soit une consultation médicale; ces accidents sont déclarés selon le lieu où ils se sont produits. D'autres sections de l'enquête déterminent l'importance des blessures parmi les causes d'incapacité, de limitation d'activités et de recours aux services, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

Alors que l'enquête Santé Québec 1987 traitait des accidents ayant entraîné des blessures assez graves pour limiter les activités normales, la section sur les accidents de la présente enquête inclut également les blessures qui ont entraîné une consultation médicale, qu'il y ait eu ou non limitation d'activités. De plus, la formulation des questions permet une meilleure estimation du nombre de personnes victimes d'accidents ailleurs que sur la route ou au travail. L'information concernant les lieux où surviennent les accidents est précieuse pour suivre l'évolution de l'objectif de la Politique de la santé et du bien-être du Québec, qui vise la réduction de la mortalité et de la morbidité par traumatisme selon différents lieux (MSSS, 1992). L'information ainsi obtenue permettra de quantifier l'importance des accidents avec blessures pour les divers organismes concernés, puisqu'au Québec, le lieu détermine celui qui est responsable de l'amélioration des conditions de sécurité : la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pour la route; la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) pour le lieu de travail; la Régie de la sécurité dans les sports du Québec (RSSQ) pour le lieu de sport et de loisir, les commissions scolaires pour l'école, etc..

Les objectifs du présent chapitre sont d'établir le taux de personnes victimes d'accidents avec blessures et d'illustrer certaines conséquences subies par ces victimes. Le taux sera examiné selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, ainsi que selon les lieux d'accident et la consommation d'alcool. Le taux de victimes d'accidents et les conséquences mesurés en 1992-1993 seront comparés, le cas échéant, avec les données de l'enquête de 1987.

13.1 Aspects méthodologiques

13.1.1 Indicateurs

Le taux de personnes victimes d'un accident comprend les personnes qui, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, ont eu un accident causant des blessures assez graves pour les obliger à limiter leurs activités normales (QRI132) ou à consulter un professionnel de la santé (QRI133).

Les questions permettant de préciser le lieu de l'accident sont également tirées du questionnaire rempli par l'interviewer (QRI134 à QRI141). La section V du questionnaire contient aussi une question permettant de calculer le nombre total d'accidents subis par les victimes au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (QRI142), de même que le moment du dernier accident (QRI143). Cette dernière question permet d'estimer le biais dû à la mémoire.

Les conséquences des blessures sont décrites à partir de deux indicateurs. Le premier porte sur le nombre de personnes qui déclarent des limitations du type et de la quantité d'activités qu'elles peuvent faire par suite d'un accident, et cela à long terme (QRI12a, QRI12b, QRI13, QRI20). Le second précise le nombre de personnes qui ont arrêté ou modéré leurs activités au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (QRI8, QRI9). Ces renseignements complètent ceux obtenus d'autres sources concernant les décès et les hospitalisations résultant d'un traumatisme.

13.1.2 Comparabilité avec l'enquête Santé Québec 1987

Deux des indicateurs communs à l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, et à l'enquête Santé Québec 1987 posent des problèmes de comparaison. Ainsi, le taux des personnes victimes d'un accident avec blessures au cours des douze mois ayant précédé l'enquête et entraîné une limitation d'activités n'est pas comparable entre les deux enquêtes en raison d'une certaine différence dans la séquence des questions entre le questionnaire de 1987 et celui de 1992-1993. Il en est de même du taux des personnes ayant des limitations à long terme par suite d'un accident, en raison de modifications apportées au questionnaire pour améliorer les renseignements sur la diversité des lieux où surviennent les accidents avec blessures. Ces améliorations empêchent la comparaison du taux des personnes victimes d'accidents selon le lieu entre 1987 et 1992-1993.

13.1.3 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle aux questions portant sur les accidents avec blessures est inférieur à 2 %. Il en va de même pour les questions portant sur les incapacités au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et sur la limitation des activités, utilisées pour élaborer les indicateurs décrivant les conséquences des accidents avec blessures.

Les questions permettant d'établir l'incidence des accidents avec blessures au cours des douze mois ayant précédé l'enquête sont tirées du questionnaire rempli par l'interviewer, auprès d'une seule personne qui répond pour tous les membres du ménage. Il est concevable que pour les accidents survenus plusieurs mois avant l'entrevue, le répondant ait tendance à se rappeler plus facilement des accidents dont il a lui-même été victime que de ceux subis par les autres membres du ménage. Cette hypothèse a été testée sur les données de la présente enquête, et aucune différence n'a été détectée quant au moment du dernier accident survenu au répondant et aux autres membres du ménage.

L'information concernant les lieux où surviennent les accidents avec blessures provient d'une série de questions demandant si la personne a eu un accident dans l'un ou l'autre des huit lieux énumérés. Seul le lieu de l'accident est précisé, et non le nombre d'accidents pour celui-ci. En conséquence, si une personne est victime de plus d'un accident dans un même lieu, un seul accident est pris en compte. On estime à 9 % la proportion des accidents qui échappent ainsi à la répartition selon le lieu. Cette estimation est basée sur l'écart entre le nombre total d'accidents déclarés au cours de la période de référence (QRI142) et le nombre de lieux identifiés.

Par ailleurs, le biais de mémoire fait qu'il y aura probablement eu sous-déclaration des blessures légères et télescopage. Le télescopage est le phénomène selon lequel les répondants ont tendance à rapporter des accidents comme s'ils étaient survenus plus récemment qu'en réalité. Cet effet se traduit par une surestimation des indicateurs basés sur une courte période de rappel telle que les deux semaines ayant précédé l'entrevue (Harel *et al.*, 1994).

L'hypothèse quant à la sous-déclaration des blessures légères n'a pu être vérifiée à l'aide des données disponibles. L'effet de télescopage a cependant été vérifié en comparant la répartition dans le temps du dernier accident rapporté par les personnes ayant eu un seul accident avec la répartition attendue, à savoir une répartition uniforme pendant les douze mois que couvre l'enquête. Or, 4 % des personnes rapportent avoir subi cet accident moins de huit jours avant l'entrevue, alors que la répartition attendue pour cette période est de 1,9 %. Ces résultats laissent croire à un effet de télescopage qui devrait se traduire par la surestimation des indicateurs basés sur la période de rappel des deux semaines ayant précédé l'enquête. Par ailleurs, selon Harel *et al.* (1994), les indicateurs basés sur un rappel des douze mois précédents sont probablement légèrement sous-estimés.

13.2 Résultats

13.2.1 Victimes d'accidents avec blessures

Durant l'année qui a précédé l'enquête, environ 570 000 Québécois ont subi des blessures assez graves pour entraîner soit une limitation d'activités, soit une consultation médicale (tableaux 13.1 et A.13.1). Le taux des personnes ainsi blessées (81 pour 1 000) varie en fonction des caractéristiques démographiques et socioéconomiques.

Le taux des victimes d'accidents avec blessures est globalement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (96 pour 1 000 c. 66 pour 1 000). La fréquence plus élevée chez les hommes est présente à chaque groupe d'âge, de 5 à 44 ans. À partir de 65 ans, la tendance est inversée. Les femmes présentent alors un taux d'accidents avec blessures supérieur à celui des hommes, mais la différence entre les hommes et les femmes n'est pas significative (graphique 13.1). Un schéma analogue de surmorbidité masculine jusqu'à 45 ans suivi d'une surmorbidité féminine après 65 ans se retrouve dans les données d'hospitalisation pour traumatismes (Choinière *et al.*, 1993). Par ailleurs, les taux d'hospitalisation pour traumatismes augmentent considérablement à partir de 75 ans, alors que les taux d'accidents avec blessures observés dans la présente enquête paraissent demeurer stables à partir du groupe d'âge de 45-64 ans. Il est possible que cette apparente stabilité soit due à un biais de mémoire plus marqué chez les personnes plus âgées que chez les plus jeunes d'une part, et, d'autre part, à l'exclusion de la population d'enquête des personnes hospitalisées ou vivant en institution par suite d'un traumatisme.

Les enfants de 0-4 ans et les personnes de 65 ans et plus se distinguent des personnes des autres groupes d'âge par des taux de victimes d'accidents plus faibles (46 et 55 pour 1 000 respectivement), alors que les jeunes de 15-24 ans connaissent un taux remarquablement élevé (112 pour 1 000).

Tableau 13.1

Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et l'âge, population totale, Québec 1992-1993

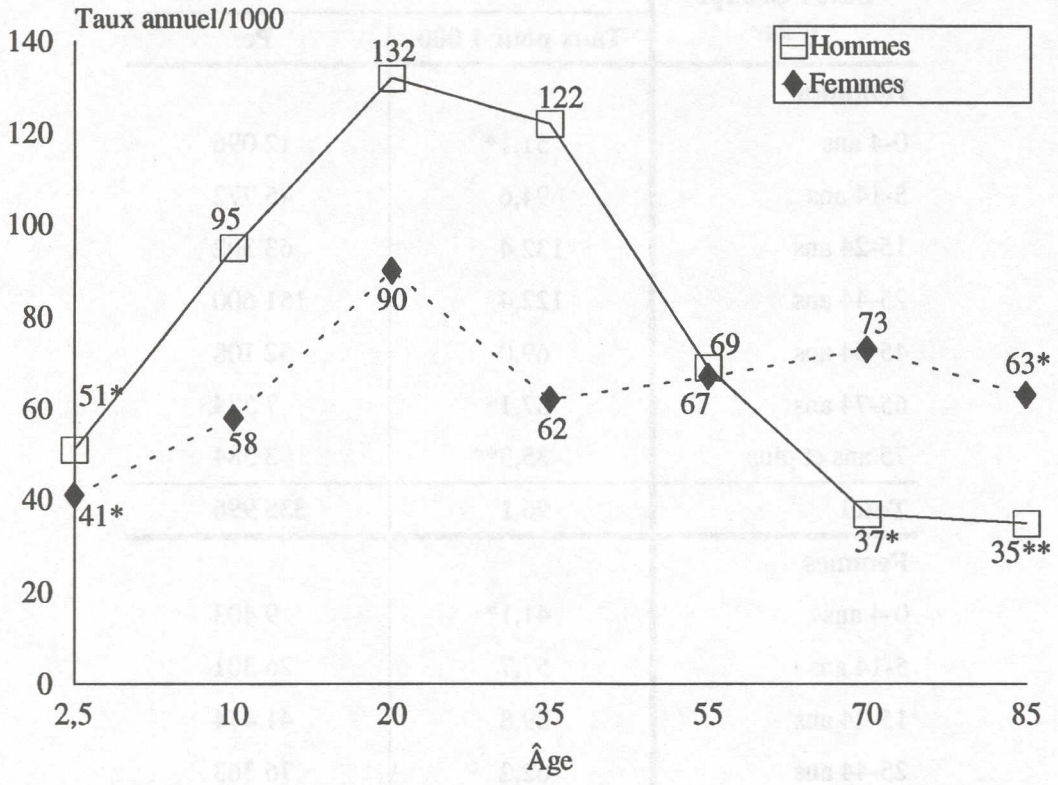
Sexe / Groupe d'âge	Victimes d'accidents avec blessures	
	Taux pour 1 000	Pe
Hommes		
0-4 ans	51,1*	12 096
5-14 ans	94,6	45 772
15-24 ans	132,4	63 302
25-44 ans	122,4	151 600
45-64 ans	69,0	52 108
65-74 ans	37,1*	7 534
75 ans et plus	35,3**	3 584
Total	**96,1**	**335 996**
Femmes		
0-4 ans	41,1*	9 403
5-14 ans	57,7	26 301
15-24 ans	89,8	41 474
25-44 ans	62,2	76 363
45-64 ans	66,6	51 613
65-74 ans	72,7	19 593
75 ans et plus	63,3*	9 615
Total	**65,6**	**234 362**
Sexes réunis		
0-4 ans	46,2	21 499
5-14 ans	76,7	72 073
15-24 ans	111,5	104 776
25-44 ans	92,4	227 964
45-64 ans	67,8	103 721
65-74 ans	57,4	27 127
75 ans et plus	52,1*	13 198
Total	**80,7**	**570 358**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Graphique 13.1

Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et l'âge, population totale, Québec 1992-1993



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Note Il s'agit des accidents avec blessures survenus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et entraîné une restriction d'activités ou une consultation médicale.

Pour l'ensemble des groupes d'âge, aucune différence n'est détectée dans les taux des victimes d'accidents avec blessures selon le niveau de revenu, ni pour les hommes, ni pour les femmes (tableau A.13.2). Cela paraît contredire plusieurs études qui ont constaté des taux de morbidité et surtout de mortalité par traumatisme plus élevés dans les segments de la population ayant les plus faibles revenus (Dougherty *et al.*, 1990; Wilkins *et al.*, 1989; Wise *et al.*, 1985). L'absence de relation entre le revenu et le taux des personnes qui déclarent avoir été victimes de blessures mérite d'être soulignée. Il est possible que l'âge agisse comme variable confondante, puisque ce sont surtout les jeunes enfants et les personnes plus âgées qui présentent les taux d'accidents avec blessures les plus faibles, alors que les ménages avec de jeunes enfants et ceux avec des personnes de 65 ans et plus sont proportionnellement plus pauvres que les ménages où sont concentrées les personnes des autres groupes d'âge. Cela viendrait masquer une différence réelle entre les personnes de groupes économiques différents.

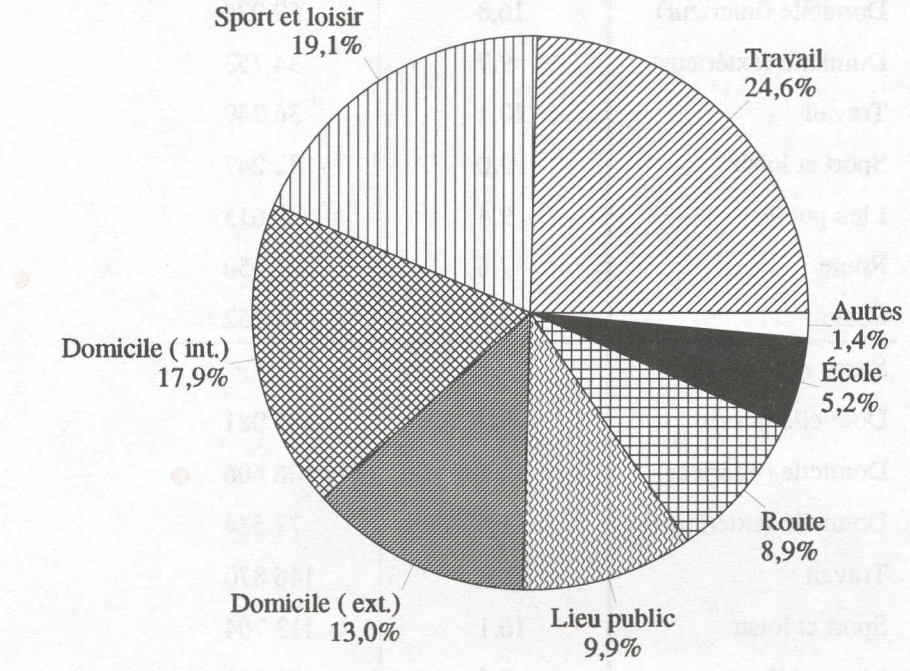
Pour les personnes de 15 ans et plus, les résultats ne révèlent pas de différence en fonction de la scolarité relative ou de la langue parlée à la maison. Par ailleurs, les personnes appartenant au groupe ethnoculturel majoritaire sont plus souvent victimes d'accidents avec blessures que les personnes appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire (91 pour 1 000 c. 63 pour 1 000).

Pour l'ensemble des groupes d'âge, le nombre moyen d'accidents par personne accidentée s'établit à 1,15 (tableau A.13.3).

Au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, environ 183 000 Québécois auraient subi un accident avec blessures à leur domicile, soit un taux de 26 pour 1 000 (tableau 13.2). Le domicile est le lieu d'accident le plus souvent mentionné et totalise à lui seul 31 % de l'ensemble des accidents dont le lieu est précisé (graphique 13.2). Le lieu de travail vient au second rang et représente 25 % des accidents avec 146 870 victimes (21 pour 1 000), suivi du lieu de sport et de loisir (19 %). Les lieux les moins souvent mentionnés sont les lieux publics, la route et l'école (10 %, 9 % et 5 % respectivement).

Graphique 13.2

Accidents avec blessures selon le lieu, population totale, Québec 1992-1993



Note Il s'agit des accidents avec blessures survenus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et entraîné une restriction d'activités ou une consultation médicale. La répartition est basée sur le nombre total de lieux déclarés et exclut le deuxième accident (ou plus) survenu à une personne dans un même lieu (8,9 % des accidents).

Tableau 13.2

Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et le lieu, population totale, Québec 1992-1993

Sexe / Lieu	Victimes d'accidents avec blessures	
	Taux pour 1 000	Pe
Hommes		
Domicile (total)	25,3	88 572
Domicile (intérieur)	13,3	46 680
Domicile (extérieur)	12,2	42 781
Travail	31,6	110 621
Sport et loisir	23,3	81 458
Lieu public	7,3	25 577
Route	7,4	25 895
École	4,7	16 287
Femmes		
Domicile (total)	26,4	94 509
Domicile (intérieur)	16,8	59 926
Domicile (extérieur)	9,7	34 753
Travail	10,1	36 249
Sport et loisir	9,0	32 247
Lieu public	9,4	33 615
Route	7,6	27 350
École	4,1	14 752
Sexes réunis		
Domicile (total)	25,9	183 081
Domicile (intérieur)	15,1	106 606
Domicile (extérieur)	11,0	77 534
Travail	20,8	146 870
Sport et loisir	16,1	113 704
Lieu public	8,4	59 192
Route	7,5	53 244
École	4,4	31 039

Les hommes sont surtout victimes d'accidents au lieu de travail, à domicile et au lieu de sport et de loisir (32, 25 et 23 pour 1 000 respectivement). Les femmes, pour leur part, sont surtout victimes de blessures à domicile et plus particulièrement à l'intérieur de celui-ci (26 et 17 pour 1 000 respectivement). Les lieux de travail, publics, et de sport et de loisir comptent sensiblement le même nombre de victimes parmi les femmes (10, 9 et 9 pour 1 000 respectivement).

Beaucoup plus d'hommes que de femmes (32 pour 1 000 c. 10 pour 1 000) sont victimes d'accidents au lieu de travail. On observe également une proportion beaucoup plus grande d'hommes que de femmes victimes d'accidents aux lieux de sport et de loisir (23 pour 1 000 c. 9 pour 1 000). Pour tous les autres lieux, les hommes et les femmes présentent des taux d'accidents avec blessures semblables.

Aux lieux de travail, et de sport et de loisir, les différences entre les taux d'accidents avec blessures des hommes et des femmes sont semblables à celles déjà rapportées dans l'enquête Santé Québec 1987, ainsi que dans l'Enquête sociale générale de 1988 portant sur les accidents au Canada (Millar et Adams, 1991). Le récent sondage sur les blessures subies lors de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec fait également état d'une forte surreprésentation des hommes parmi les victimes de ce type d'accidents (RSSQ-MSSS, 1994). Le degré d'exposition différent des hommes et des femmes au travail et aux lieux de sport et de loisir explique probablement une partie des taux d'accidents avec blessures plus élevés observés chez les hommes dans ces deux milieux.

Plusieurs facteurs ont été suggérés pour expliquer que des accidents avec blessures se produisent. Il est à peu près certain qu'aucun facteur pris isolément n'est responsable d'une importante part de la variation. En plus des facteurs présumés les plus importants, c'est-à-dire le sexe, l'âge et le niveau socioéconomique, la consommation d'alcool s'est avérée un facteur de risque de blessures dans de nombreuses études aux méthodes rigoureuses (Rutledge et Messick, 1992; Zedor, 1991; Friedman, 1985). On observe ce lien dans la présente enquête (tableau A.13.4). Ainsi, les personnes qui risquent de présenter des problèmes reliés à la consommation d'alcool, que ce risque soit faible ou élevé, ont un taux d'accidents avec blessures supérieur à celui rapporté par les personnes dont le risque est nul (111 et 110 c. 81 par 1 000 respectivement). Cette association n'est pas indépendante du sexe, puisque ces différences sont significatives seulement chez les hommes. Ce lien est aussi évident chez les jeunes de 15-24 ans et chez les 25-44 ans.

13.2.2 Conséquences des accidents avec blessures

Les conséquences des accidents avec blessures sont un peu comme un iceberg dont on n'aperçoit généralement que la pointe supérieure constituée des décès et des hospitalisations. Moins sévères, mais considérablement plus nombreuses, sont les autres conséquences moins spectaculaires des accidents avec blessures.

Les incapacités dues à des blessures ont amené environ 87 000 personnes à arrêter ou modérer leurs activités, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, soit un taux de 12 pour 1 000. Par ailleurs, environ 96 000 personnes sont aux prises avec des limitations à long terme résultant d'un accident et qui limitent leurs activités depuis plus d'une année, ce qui représente un taux de 14 pour 1 000 (tableau 13.3).

Tableau 13.3

Conséquences des accidents avec blessures, population totale, Québec 1992-1993

Conséquences	Victimes d'accidents	
	Taux pour 1 000	Pe
Décès par traumatisme (CIM E800-E999) [1]	0,5	3 469 [2]
Hospitalisations pour blessures [1] (CIM E800-E999)	8,5	60 170 [2]
Personnes ayant souffert, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, d'une incapacité due à des blessures	12,2	86 561
Personnes avec limitations à long terme	13,5	95 624
Personnes ayant subi, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, une blessure qui a entraîné une consultation médicale	72,2	510 339
Personnes ayant subi, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, une blessure qui a entraîné une limitation d'activités	72,5	512 447
Personnes ayant subi, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, une blessure qui a entraîné soit une limitation d'activités, soit une consultation médicale	80,7	570 358

[1] Sources : Décès : MSSS, fichier des décès, 1992.
Hospitalisations : Med-Echo 1991-1992.
Population (1991) : Recensement canadien (N : 7 104 238).

[2] Pour les décès et les hospitalisations, il s'agit des nombres réels.

Durant l'année qui a précédé l'enquête, 510 000 Québécois ont subi une blessure ayant entraîné une consultation médicale (72 pour 1 000), et 512 000 Québécois, une blessure ayant entraîné une limitation d'activités (73 pour 1 000). La combinaison des conséquences que révèlent ces deux indicateurs produit un taux un peu supérieur aux précédents (81 pour 1 000). Cette légère différence entre les trois indicateurs confirme que, d'une manière générale, la plupart des personnes (79 %) souffrant d'une blessure suffisamment grave pour consulter le médecin connaissent également une limitation d'activités, et vice versa (tableau A.13.5).

La comparaison des taux des personnes victimes d'un accident avec blessures ayant entraîné une limitation des activités entre 1987 et 1992-1993 indique une augmentation importante (47 pour 1 000 c. 73 pour 1 000). Cet écart pourrait être attribuable à une différence dans la séquence des questions. En 1987, la section sur les accidents débutait par une question portant

sur la mortalité par accident au cours de l'année précédente; cette entrée en matière pourrait avoir orienté l'attention du répondant vers des blessures graves. En 1992-1993, par contre, la phrase d'introduction mentionnait les blessures ayant entraîné des consultations médicales en plus de celles ayant occasionné une limitation d'activités, ce qui orientait l'attention du répondant vers des blessures plus légères. En somme, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 ne permet pas de juger de l'évolution des accidents avec blessures depuis 1987, mais elle fournit une information plus complète et précise sur les accidents avec blessures que ne le faisait la première enquête.

Le taux des personnes ayant des limitations à long terme dues à un accident avec blessures a été estimé à 15 pour 1 000 en 1987 et à 14 pour 1 000 en 1992-1993. Compte tenu de la rareté du phénomène et de la précision de chacune des enquêtes, aucune différence ne peut être détectée.

13.3 Conclusions

13.3.1 Synthèse et pistes de recherche

L'ampleur des décès par traumatisme au Québec est relativement bien connue. Les conséquences des blessures non mortelles sont cependant plus difficiles à circonscrire. Mises en perspective avec les décès survenus en 1992 au Québec par suite d'un traumatisme, les données de l'Enquête sociale et de santé permettent d'estimer que, pour chaque décès, 160 personnes sont victimes d'accidents avec blessures. Étant donné que les questions ne portaient pas explicitement sur les blessures intentionnelles (attentats, bagarres ou tentatives de suicide), il est probable qu'une partie des personnes ayant subi ce type de blessures ait omis de les inclure, de sorte que les données obtenues sont des seuils minimums. Ainsi, chaque année, au moins 570 000 Québécois subissent des blessures assez graves pour entraîner soit une limitation d'activités, soit une consultation médicale. Le groupe le plus affecté est celui des jeunes hommes de 15 à 24 ans.

Près d'un accident avec blessures sur trois est survenu à domicile, un sur quatre au travail et un sur cinq au lieu de sport et de loisir. Cette répartition des lieux où surviennent les blessures n'entraînant pas de décès permet de distinguer certains lieux ayant peu retenu l'attention jusqu'à maintenant : le domicile et le lieu de sport et de loisir.

Compte tenu de l'objectif de la Politique de la santé et du bien-être qui vise à réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives et sportives, les résultats de la présente enquête fournissent des indicateurs de départ. Pour atteindre ces objectifs et les réductions prévues, il est possible d'établir le taux des personnes ayant un accident avec blessures que l'on devrait constater en 2002. Ainsi, le taux des personnes ayant eu un accident de la route avec blessures devrait passer de 7,5 à 6,0 pour 1 000, celui des personnes ayant eu un accident à domicile, de 25,1 à 20,9 pour 1 000, des personnes ayant eu un accident de travail, de 20,8 à 16,6 pour 1 000 et des personnes ayant eu un accident lors d'activités récréatives ou sportives, de 16,1 à 12,9 pour

1 000. Pour que des indicateurs comparables soient disponibles en 1997 ou au moment de l'examen des tendances, il faudrait s'assurer que la méthode d'enquête utilisée alors n'est pas modifiée et que l'énoncé des questions demeure identique à celui de 1992-1993.

Les résultats de la présente enquête ne sont pas directement comparables avec ceux d'autres enquêtes, chacune utilisant des définitions et des méthodologies qui leur sont propres. Ainsi, l'Enquête sociale générale de 1988 portant sur les accidents au Canada n'incluait que les personnes de 15 ans et plus; les données étaient recueillies par entrevue téléphonique, et les accidents comprenaient les événements ayant obligé les personnes à interrompre leurs activités normales pendant au moins une demi-journée ou ayant occasionné des dépenses de 200 $ ou plus (Millar et Adams, 1991). Pour sa part, l'Enquête sociale générale menée en 1993 inclut tous les groupes d'âge et a été réalisée par entrevue téléphonique; on pourra tenter de faire des comparaisons avec les résultats de la présente enquête à condition de le faire avec prudence, compte tenu des différences, notamment, dans la formulation des questions.

Certains éléments du présent chapitre mériteraient une analyse plus approfondie :

- Qu'est-ce qui explique l'absence de relation observée entre le niveau économique et le taux des personnes ayant eu un accident avec blessures? Si l'on se fie à la recension des écrits, les personnes très pauvres auraient dû rapporter un nombre plus élevé d'accidents avec blessures, ce qui ne s'observe pas dans la présente enquête. Les personnes pauvres paraissent toutefois avoir un nombre accru d'accidents au travail, à domicile et dans les lieux publics, alors que les personnes ayant un revenu supérieur paraissent avoir plus d'accidents au lieu de sport et de loisir. Il est possible que la relation entre la morbidité par traumatisme et le niveau économique soit plus complexe que ne le laissait entrevoir les études antérieures. Il serait intéressant de pousser cette réflexion en utilisant des analyses multivariées pour contrôler les variables d'âge et de sexe lorsqu'on étudie le lien entre le revenu et le taux d'accidents.
- Qu'est-ce qui explique que les personnes appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire rapportent des taux d'accidents avec blessures très inférieurs à ceux du groupe majoritaire? S'agit-il d'une différence de perception, ces personnes interrompant moins facilement leurs activités et consultant moins facilement le médecin que ne le font celles du groupe majoritaire? S'agit-il d'une différence entre la région de Montréal et le reste du Québec, différence révélée par l'appartenance ethnoculturelle, le groupe minoritaire habitant principalement la région montréalaise? S'agit-il d'une différence des activités pratiquées, ou d'une plus grande prudence de la part de ceux dont l'implantation culturelle est plus récente? Il est probable que plusieurs facteurs contribuent à cette faible morbidité par traumatisme chez les Québécois provenant des groupes culturels minoritaires, et qu'une analyse beaucoup plus approfondie devrait être faite.
- Quelles sont les véritables répercussions des accidents avec blessures sur le recours aux services de santé au-delà de l'hospitalisation? L'enquête fournit des données sur la consultation de professionnels de la santé, traditionnels et non traditionnels, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. L'analyse de ces renseignements pour les personnes qui ont été victimes d'un accident avec blessures pourrait permettre d'estimer une partie des répercussions des accidents avec blessures, qui sont difficilement quantifiables sans les données issues d'enquête de santé générale. Une telle estimation ne peut être réalisée sans tout d'abord établir les limites et le degré de précision des données de l'enquête à cet effet.

13.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

Près d'un accident avec blessures sur trois est survenu à domicile. Ces traumatismes ne tombent pas sous la responsabilité d'un organisme gouvernemental particulier tel que la CSST, la SAAQ ou la RSSQ. Malgré les très nombreux organismes concernés par plusieurs types de blessures qui surviennent à domicile (Centre anti-poison du Québec, services d'incendie des municipalités, Association canadienne de normalisation), c'est certainement au ministère de la Santé et des Services sociaux que revient la responsabilité de surveiller et de faire en sorte que le nombre d'accidents qui surviennent à domicile décline. Le fait que plusieurs organismes soient actifs dans la prévention des blessures est un élément positif qui devrait favoriser la réalisation des objectifs de réduction des traumatismes. Toutefois, la multiplicité des partenaires peut être l'occasion pour eux de «se renvoyer la balle» dans les situations difficiles. Le grand nombre de partenaires sera un atout pour autant que le ministère de la Santé et des Services sociaux considère les traumatismes comme un problème de santé dont il est responsable au même titre que le sida, le cancer du sein ou la méningite par exemple (Pless, 1994).

13.4 Références bibliographiques

BAKER, S.P.; O'NEILL, B.; GINSBURG, M.J.; LI, G. (1992). *The Injury Fact Book*, Second Edition, Oxford University Press, New York, 344p.

CHOINIÈRE, R.; ROBITAILLE, Y.; DORVAL, D.; SAUVAGEAU, Y. (1993). *Profil des traumatismes au Québec : Disparités régionales et tendances de la mortalité (1976 à 1990) et des hospitalisations (1981 à 1991)*, Direction de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 493p.

COLLINS, J.G. (1990). "Types of Injuries by Selected Characteristics", *Vital Health Statistics*, vol. 10, no 175, pp 1-68.

DOUGHERTY, G.; PLESS, B.; WILKINS, R. (1990). "Social Class and the Occurence of Traffic Injuries and Deaths in Urban Children", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 81, pp 204-209.

FRIEDMAN, I.M. (1985). "Alcohol and Unnatural Deaths in San Francisco Youths", *Pediatrics*, vol. 76, pp 191-193.

HAREL, Y.; OVERPECK, M.D.; JONES, D.H.; SCHEIDT, P.C.; BIJUR, P.O.; TRUMBLE, A.C.; ANDERSON, J. (1994). "The effects of Recall on Estimating Annual Nonfatal Injury Rates for Children and Adolescents", *American Journal of Public Health*, vol. 84, pp 599-605.

MILLAR, W.; ADAMS, O. (1991). *Accidents au Canada*, Enquête sociale générale, Série analytique, Statistique Canada, Ottawa, 122p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192p.

MINISTÈRE DU LOISIR, DE LA CHASSE ET DE LA PÊCHE (1987). *Étude sur la pratique de l'activité physique par les Québécois* - Volume 2, Québec.

PLESS, I.B. (1994). "Editorial : Unintentional Childhood Injury - Where the Buck Should Stop", *American Journal of Public Health*, vol. 84, pp 537-539.

ROBERTSON, L.R. (1983). *Injuries : Causes, Control Strategies and Public Policy*, Lexington Books, Toronto, 219p.

RÉGIE DE LA SÉCURITÉ DANS LES SPORTS AU QUÉBEC; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *Sondage sur les blessures subies lors de la pratique d'activités récréatives et sportives entre octobre 1992 et septembre 1993*, Trois-Rivières.

RUTLEDGE, R.; MESSICK, W.J. (1992). "The Association of Trauma Death and Alcohol Use in a Rural State", *Journal of Trauma*, vol. 33, pp 737-742.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Rapport technique : Enquête Promotion Santé Canada*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

WILKINS, R.; ADAMS, O. BRANCKER, A. (1989). "Évaluation de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada, entre 1971 et 1986", *Rapports sur la santé*, vol. 1, no 20, pp 137-174.

WISE, P.H.; KOTELCHUCH, M.; WILSON, M.L.; MILLS, M. (1985). "Racial and Socioeconomic Disparities in Childhood Mortality in Boston", *New England Journal of Medicine*, vol. 313, pp 360-366.

ZEDOR, P.L. (1991). "Alcohol-Related Relative Risk of Fatal Driver Injuries in Relation to Driver Age and Sex", *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 52, pp 302-310.

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A.13.1

Victimes d'accidents avec blessures[1] selon le sexe et l'âge, population totale, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Personnes dont la blessure a entraîné une :		
	Limitation d'activités et/ou consultation médicale	Consultation médicale	Limitation d'activités
	Taux pour 1 000[2]	Taux pour 1 000[2]	Taux pour 1 000[2]
Hommes			
0-4 ans	51,1*	48,0*	36,7*
5-14 ans	94,6	87,1	81,6
15-24 ans	132,4	114,8	121,3
25-44 ans	122,4	109,1	110,0
45-64 ans	69,0	64,4	63,1
65-74 ans	37,1*	29,4*	36,1*
75 ans et plus	35,3**	30,6**	32,1**
Total	**96,1**	**86,1**	**86,0**
Femmes			
0-4 ans	41,1*	32,2*	30,8**
5-14 ans	57,7	52,5	49,5
15-24 ans	89,8	85,0	82,0
25-44 ans	62,2	55,6	55,3
45-64 ans	66,6	59,6	62,5
65-74 ans	72,7	57,1	68,3
75 ans et plus	63,3*	56,6*	61,0*
Total	**65,6**	**58,5**	**59,2**
Sexes réunis			
0-4 ans	46,2	40,2	33,8*
5-14 ans	76,7	70,3	66,0
15-24 ans	111,5	100,2	102,0
25-44 ans	92,4	82,5	82,7
45-64 ans	67,8	62,0	62,8
65-74 ans	57,4	45,2	54,4
75 ans et plus	52,1*	46,2*	49,4*
Total	**80,7**	**72,2**	**72,5**

[1] Il s'agit des accidents avec blessures, survenus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale, ou les deux, selon ce qui est précisé.

[2] Nombre de personnes avec blessures, par an, pour 1 000 personnes dans la population.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.13.2

Victimes d'accidents avec blessures[1] selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Personnes dont la blessure a entraîné une :		
	Limitation d'activités et/ou consultation médicale Taux pour 1 000[2]	Consultation médicale Taux pour 1 000[2]	Limitation d'activités Taux pour 1 000[2]
Scolarité relative			
Hommes			
Plus faible	108,9	101,7	96,8
Faible	105,0	94,1	94,6
Moyenne	123,2	115,8	111,6
Élevée	106,0	88,7	99,3
Plus élevée	79,3	65,1	73,3
Femmes			
Plus faible	63,4	56,4	57,8
Faible	71,1	64,8	64,5
Moyenne	67,9	61,1	63,3
Élevée	79,3	73,5	74,1
Plus élevée	80,5	70,3	72,2
Sexes réunis			
Plus faible	85,8	78,7	76,9
Faible	87,0	78,6	78,6
Moyen	92,9	85,9	85,2
Élevée	93,4	81,5	87,4
Plus élevée	79,9	67,6	72,8
Niveau de revenu[3]			
Hommes			
Très pauvre	93,8	83,1	79,9
Pauvre	88,4	78,8	79,6
Moyen inférieur	89,0	80,5	79,2
Moyen supérieur	105,6	94,6	94,5
Supérieur	92,9	82,8	85,9
Femmes			
Très pauvre	71,3*	62,7*	64,7*
Pauvre	63,9	54,4	56,8
Moyen inférieur	62,9	57,1	55,7
Moyen supérieur	65,6	59,2	60,9
Supérieur	70,7	62,2	62,2
Sexes réunis			
Très pauvre	80,9	71,4	71,2
Pauvre	75,2	65,6	67,3
Moyen inférieur	75,9	68,7	67,4
Moyen supérieur	86,1	77,3	78,1
Supérieur	82,2	72,8	74,5
Langue parlée à la maison			
Français	89,0	79,9	81,9
Anglais	92,9	78,5	81,2
Autre	63,1*	56,3*	55,7*
Groupe ethnocultutrel			
Majoritaire	90,9	81,4	83,0
Minoritaire	63,0	53,8	57,2
Total	**80,7**	**72,2**	**72,5**

[1] Il s'agit des accidents avec blessures, survenus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale, ou les deux, selon ce qui est précisé.

[2] Nombre de personnes avec blessures, par an, pour 1 000 personnes dans la population.

[3] Taux établi sur la base de la population totale.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Tableau A.13.3

Victimes d'accidents avec blessures[1], nombre d'accidents et nombre moyen d'accidents par accidenté, selon le sexe et l'âge, population totale, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Victimes d'accidents avec blessures	Accidents	Nombre moyen[2] d'accidents par accidenté
	Taux pour 1 000	Taux pour 1 000	
Hommes			
0-4 ans	51,1*	54,0	1,06
5-14 ans	94,6	116,4	1,23
15-24 ans	132,4	163,8	1,24
25-44 ans	122,4	143,2	1,17
45-64 ans	69,0	74,6	1,09
65-74 ans	37,1*	37,9	1,00
75 ans et plus	35,3**	36,3	1,03
Total	**96,1**	**112,2**	**1,17**
Femmes			
0-4 ans	41,1*	41,1	1,00
5-14 ans	57,7	68,3	1,18
15-24 ans	89,8	107,8	1,20
25-44 ans	62,2	67,5	1,09
45-64 ans	66,6	72,1	1,08
65-74 ans	72,7	76,4	1,05
75 ans et plus	63,3*	67,5	1,07
Total	**65,6**	**72,8**	**1,11**
Sexes réunis			
0-4 ans	46,2	47,6	1,03
5-14 ans	76,7	93,0	1,21
15-24 ans	111,5	136,3	1,22
25-44 ans	92,4	105,5	1,14
45-64 ans	67,8	73,3	1,09
65-74 ans	57,4	59,4	1,04
75 ans et plus	52,1*	55,0	1,06
Total	**80,7**	**92,3**	**1,15**

[1] Il s'agit des accidents avec blessures, survenus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale.

[2] Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour cette variable.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre d'indicateur seulement.

Tableau A.13.4

Victimes d'accidents avec blessures[1] selon le risque de problèmes reliés à la consommation d'alcool, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Risque de problèmes liés à la consommation d'alcool (CAGE)			
	Risque nul	Risque faible	Risque élevé	Total
	Taux pour 1 000[2]	Taux pour 1 000[2]	Taux pour 1 000[2]	Taux pour 1 000[2]
Hommes				
15-24 ans	129,9	114,0*	183,4*	136,6
25-44 ans	118,8	163,1	121,7	125,1
45-64 ans	63,6	93,9**	84,3*	70,6
65 ans et plus	35,5*	52,7**	78,1**	40,8
Total	**94,8**	**128,5**	**119,1**	**103,5**
Femmes				
15-24 ans	88,2	84,9*	192,0*	96,0
25-44 ans	63,2	67,5**	67,2*	63,9
45-64 ans	68,9	100,1**	73,6**	71,1
65 ans et plus	75,2	115,9**	11,7**	74,9
Total	**70,5**	**81,0***	**88,5**	**72,6**
Sexes réunis				
15-24 ans	107,4	102,3	186,1	116,6
25-44 ans	87,9	126,2	104,8	94,6
45-64 ans	66,6	96,2*	81,9*	70,8
65 ans et plus	59,9	68,6**	64,8**	60,5
Total	**81,1**	**110,5**	**110,4**	**87,8**

[1] Il s'agit des accidents avec blessures, survenus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale, ou les deux.

[2] Nombre de personnes avec blessures, par an, pour 1 000 personnes dans la population.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.13.5

Victimes d'accidents avec blessures[1] selon que ces dernières ont entraîné une consultation médicale, une limitation d'activités ou les deux, ensemble des victimes, Québec 1992-1993

La blessure a entraîné une consultation médicale	La blessure a entraîné une limitation d'activités		
	Oui	Non	Total
	%	%	%
Oui	79,3	10,2	89,5
Non	10,5	---	10,5
Total	**89,8**	**10,2**	**100,0**

[1] Il s'agit des accidents avec blessures survenus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

--- Sans objet.

CHAPITRE

AUTONOMIE FONCTIONNELLE ET ESPÉRANCE DE VIE EN SANTÉ

14

Russell Wilkins,
Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada

avec la participation de

Madeleine Rochon et Pierre Lafontaine,
Service des études et analyses, ministère de la Santé et des Services sociaux

14.0 Introduction

L'état de santé d'une population se mesure non seulement par la prévalence de problèmes de santé, mais aussi par la capacité des individus d'exercer pleinement et de façon autonome leurs rôles sociaux et leurs activités quotidiennes. L'Enquête sociale et de santé 1992-1993, tout comme l'avait été l'enquête Santé Québec 1987, est une source importante d'information sur l'autonomie fonctionnelle de la population québécoise de tout âge vivant en ménage privé. Elle permet d'estimer la prévalence de différentes formes de perte d'autonomie et recueille des renseignements sur leurs causes, origines, durées et conséquences. L'un des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992) cible les personnes ayant subi des pertes d'autonomie, en particulier les personnes âgées. Le tableau que trace le présent chapitre devrait aider à mieux caractériser cette clientèle.

De plus, en combinant les données d'enquêtes avec des renseignements supplémentaires concernant la population hébergée en institution et la mortalité dans la population totale, ce chapitre permet d'estimer l'espérance de vie en santé, c'est-à-dire le nombre d'années de vie attendues dans chaque état d'autonomie fonctionnelle.

14.1 Aspects méthodologiques

Selon les termes de la Classification internationale des handicaps (OMS, 1988), l'Enquête sociale et de santé ne mesure pas la déficience (troubles de fonctionnement des organes) ni l'incapacité au sens strict (difficulté ou impossibilité de faire des activités particulières comme monter un escalier ou lire un journal avec ses lunettes, le cas échéant), mais plutôt le désavantage (handicap) quant aux rôles de survie. Elle recueille surtout de l'information sur quatre aspects de la perte d'autonomie fonctionnelle : les journées d'incapacité

pour raisons de santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, les limitations d'activité à cause d'un problème de santé ou d'une maladie chronique physique ou mentale, le besoin d'aide pour les soins personnels ou les activités instrumentales, et les restrictions de mobilité. Les données relatives aux journées d'incapacité s'appliquent à l'ensemble des pertes d'autonomie fonctionnelle, qu'elles soient de courte ou de longue durée, alors que les trois autres aspects font plutôt état de pertes d'autonomie à long terme; la présentation des indicateurs et des résultats respecte cette distinction.

Les questions proviennent des sections I et II du questionnaire administré par l'interviewer (QRI). Le taux de non-réponse partielle pour chacune d'elles et pour les indices qui en découlent est inférieur à 5 %. La majorité des questions sont identiques à celles de l'enquête Santé Québec 1987; les modifications ou ajouts sont indiqués au besoin.

14.1.1 Journées d'incapacité

Ces journées sont comptées sous forme de journées d'alitement, de journées d'incapacité par rapport à une activité principale, et de journées de restriction des activités habituelles (QRI1 à QRI7). Des renseignements sur le problème de santé en cause et l'origine accidentelle des journées d'incapacité figurent également au questionnaire (QRI8, QRI9).

Puisque le nombre de journées d'incapacité fluctue selon la saison, et que les entrevues ont eu lieu tout au long de l'année, certaines personnes ont été interviewées en hiver, lorsque les journées d'incapacité sont plus fréquentes, et d'autres, en été, lorsqu'elles sont moins fréquentes. L'information ainsi traitée représente donc les journées d'incapacité sur une base annuelle. La moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personne a été calculée en multipliant par 26 le nombre de journées d'incapacité déclarées pour les deux semaines ayant précédé l'enquête. Cependant, la moyenne annuelle s'applique uniquement à l'ensemble de la population, et non aux individus. Les données ne permettent toutefois pas de dire quelle proportion de la population connaît au moins une journée d'incapacité au cours de l'année.

L'incapacité est considérée comme «lourde» si la personne est obligée de garder le lit toute la journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital). L'incapacité est «modérée» si la personne est incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école (sans compter les journées d'incapacité lourde). L'incapacité «légère» comprend toute autre journée où la personne a dû modérer ses activités. L'incapacité totale est la somme des journées d'incapacité lourde, modérée et légère.

14.1.2 Perte d'autonomie fonctionnelle à long terme

L'analyse de la perte d'autonomie fonctionnelle à long terme sera développée en deux temps. Dans un premier temps, les limitations d'activité, la dépendance pour les soins personnels ou les activités instrumentales et les restrictions de mobilité sont abordées séparément, afin d'estimer la prévalence de chacun de ces états et de les décrire sommairement. Une échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme est ensuite proposée, qui intègre ces trois aspects pour permettre l'analyse globale de la perte d'autonomie à long terme.

Limitations, dépendance et restrictions de mobilité

La limitation d'activité est ce qui restreint la personne dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle peut faire à cause d'une maladie chronique physique ou mentale, ou d'un problème de santé (QRI12a, 12b). Une personne peut être incapable d'exercer une activité principale (travailler, étudier ou tenir maison), être restreinte dans une activité principale, ou avoir d'autres limitations d'activité (QRI14 à QRI18). En rapportant la limitation d'activité d'un membre du ménage, le répondant devait en préciser la durée (QRI13) et spécifier si elle était le résultat d'un accident ou d'une blessure (QRI20); ces renseignements permettent de déterminer l'origine de la limitation. Si la limitation dure depuis la naissance, l'origine est considérée comme «congénitale»; si elle est due à un accident ou à une blessure, l'origine est considérée comme «externe», et toute autre origine est portée à la catégorie «autres».

Quant aux problèmes de santé ayant causé cette limitation (QRI19), ils sont regroupés en six catégories : les problèmes ostéo-articulaires, les problèmes cardiovasculaires, les traumatismes comprenant les accidents, les empoisonnements et les blessures intentionnelles, les problèmes respiratoires, les troubles mentaux et les autres problèmes.

Une personne est considérée comme dépendante si elle a besoin de l'aide d'une autre personne pour les soins personnels ou les activités instrumentales. Par soins personnels (QRI21), on entend manger, se laver, s'habiller ou se déplacer dans la maison; par activités instrumentales (QRI23a), on entend s'occuper de ses affaires, faire l'entretien ménager quotidien, faire ses courses ou se déplacer à l'extérieur de la maison. Les questions sur la dépendance ne s'appliquent pas aux enfants de moins d'un an; dans l'analyse, ils sont considérés comme non-dépendants. L'enquête de 1992-1993 comprend de nouvelles questions afin de préciser la provenance de l'aide apportée aux personnes dépendantes (QRI22, QRI23b).

Les réductions de mobilité sont classées de deux façons : la personne doit habituellement rester assise ou couchée durant la plus grande partie de la journée à cause de son état de santé (QRI11); ou la personne ne peut habituellement pas sortir de la maison lorsqu'il fait beau (QRI10). Dans le premier cas, il faut rappeler qu'il peut y avoir une différence d'autonomie entre une personne qui doit rester couchée et une autre qui doit seulement rester assise. Dans le second cas, il peut aussi y avoir une différence entre une personne capable de sortir de la maison avec de l'aide et une autre personne incapable de sortir même avec de l'aide; l'enquête ne permet cependant pas de faire cette distinction.

Échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme

Cette échelle s'inspire de la Classification internationale des handicaps (OMS, 1988). Au regard de cette classification, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, comme l'Enquête Santé Québec 1987, permet de mesurer trois dimensions de handicap dans les rôles de survie. Il s'agit des désavantages qui portent atteinte à l'indépendance physique, à l'occupation ou à la mobilité des individus; ces différentes dimensions sont présentées dans un ordre hiérarchique au schéma 14.1.

Schéma 14.1

Dimensions et mesures de handicap dans les enquêtes de Santé Québec, 1987 et 1992-1993

Dimensions	Mesures des désavantages (handicaps)
Indépendance physique	Hébergement en institution[1] Dépendance pour les soins personnels Dépendance pour les activités instrumentales
Occupation	Limitation d'activité[2] • Incapable de l'activité principale • Restreint dans l'activité principale • Restreint dans les autres activités Journées d'incapacité[2] • Alitement (lourde) • Incapable de l'activité principale (modérée) • Autres limitations (légère)
Mobilité	Ne peut pas sortir de la maison lorsqu'il fait beau Doit rester assis ou couché la plus grande partie de la journée

[1] Ces mesures sont obtenues de sources administratives ou du recensement.

[2] Les catégories sont définies de façon hiérarchique.

L'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle est élaborée à l'aide des questions sur la dépendance, les limitations d'activité et la réduction de mobilité. Puisque les personnes en perte d'autonomie peuvent avoir de multiples problèmes, cette échelle sert à classer chaque personne dans la première (et la plus grave) catégorie applicable, ce qui permet d'éliminer toute possibilité de classement multiple. Par son élaboration, l'échelle donne priorité à l'indépendance physique, puis à l'exécution de l'activité principale (schéma 14.2). Ainsi, les personnes ayant une mobilité réduite ou des limitations d'activité, mais qui ne sont ni dépendantes ni incapables de faire une activité principale, sont classées dans la catégorie «autres limitations». Ces catégories sont mutuellement exclusives.

L'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle est un nouvel indicateur conçu expressément aux fins de la présente analyse. Cependant, comme les données qui entrent dans sa composition sont disponibles dans l'enquête Santé Québec 1987, il a été calculé pour cette période afin d'établir une comparaison entre les deux enquêtes.

Schéma 14.2

Définition de l'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme pour la population en ménage privé

Niveaux hiérarchiques[1] de perte d'autonomie
Dépendance pour les soins personnels
Dépendance pour les activités instrumentales
Incapacité de faire une activité principale
Autres limitations d'activité
Aucune perte d'autonomie fonctionnelle à long terme

[1] Les niveaux sont hiérarchiques : le premier niveau applicable est celui qui sert au classement des personnes.

14.1.3 Espérance de vie en santé

Le calcul de l'espérance de vie en santé tient compte à la fois de la mortalité, de l'hébergement en institution et des pertes d'autonomie fonctionnelle de longue ou de courte durée.

Les tables de mortalité abrégées du Bureau de la statistique du Québec (Duchesne et Thibault, 1994) ont servi au calcul de l'espérance de vie en santé et de ses diverses composantes. Elles fournissent des renseignements sur le nombre de survivants attendus à chaque âge, et le nombre de personnes-années de vie attendues entre les âges successifs. Les tables ont été calculées pour les années 1987 et 1992, sur la base des nouvelles estimations de population qui tiennent compte du sous-dénombrement au recensement (tableau A.14.6).

Les données concernant la perte d'autonomie fonctionnelle de longue durée estimées par la présente enquête ne s'appliquent qu'à la population vivant en ménage privé. Elles doivent être complétées par des données concernant les personnes vivant dans un établissement de soins de santé de longue durée, étant donné que celles-ci sont presque toujours limitées dans leurs activités. Afin d'estimer les taux d'hébergement en institution selon l'âge et le sexe, on a consulté des sources de données administratives pour l'exercice financier 1992-1993 (Rochon et Lafontaine, 1994); celles-ci fournissent des données sur les personnes hébergées dans des unités ou des établissements de soins à long terme (tels que les centres d'accueil ou d'hébergement et les hôpitaux pour malades chroniques) pour des raisons de santé physique ou mentale, de déficience ou de mésadaptation sociale (tableau A.14.5).

Quant aux données relatives à la perte d'autonomie fonctionnelle de courte durée, elles sont toutes issues de l'enquête et basées sur les journées d'incapacité déclarées pour les personnes n'ayant aucune perte d'autonomie à long terme.

La classification hiérarchique de toutes ces pertes d'autonomie est indiquée au schéma 14.3. Afin de réduire le nombre de catégories pour la présentation des résultats, les huit sous-catégories de pertes ont été regroupées en trois niveaux : lourde, modérée, et légère. L'espérance de vie en santé estime le nombre d'années de vie attendues pour chaque état d'autonomie fonctionnelle. La précision des estimations n'a pu cependant être évaluée dans le cadre de ce chapitre. Le cahier technique de l'enquête précise la méthode de calcul de l'espérance de vie en santé; pour une information plus complète, le lecteur peut également consulter Péron et Strohmenger (1985).

Schéma 14.3

Classification hiérarchique des pertes d'autonomie fonctionnelle de courte et de longue durée pour le calcul de l'espérance de vie en santé

Degré	Pertes de courte durée[1]	Pertes de longue durée
Lourde	Journées d'alitement	Hébergement en institution Dépendance pour les soins personnels Dépendance pour les activités instrumentales
Modérée	Journées d'incapacité d'une activité principale	Incapacité de faire une activité principale
Légère	Autres journées d'incapacité	Autres limitations d'activité

[1] Journées d'incapacité parmi les personnes sans aucune perte d'autonomie fonctionnelle à long terme.

La section sur les résultats comprend trois volets. Le premier traite des journées d'incapacité; il présente les moyennes annuelles estimées par groupe d'âge et de sexe, précise la gravité, la durée et l'origine de l'incapacité, et trace sommairement le profil de l'évolution de la situation depuis l'enquête Santé Québec 1987 et l'enquête Santé Canada de 1978. Quelques analyses selon certaines caractéristiques socioéconomiques sont également présentées. Le second volet concerne la perte d'autonomie fonctionnelle à long terme. Il présente d'abord la prévalence estimée pour chacune des formes de perte d'autonomie. L'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle synthétise ensuite ces résultats, puis est utilisée à des fins de comparaison avec les résultats de 1987. Les variations des indicateurs de santé, des caractéristiques du milieu social et des conditions socioéconomiques selon cette échelle sont aussi examinées. Le troisième volet examine l'espérance de vie en santé à la naissance et à 65 ans, et fait état des gains enregistrés depuis 1987.

14.2 Résultats

14.2.1 Journées d'incapacité

En 1992-1993, la moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personne est estimée à 13 jours pour les hommes, 17 jours pour les femmes, et 15 jours pour les sexes réunis (tableau 14.1). Le nombre total de journées d'incapacité augmente considérablement selon l'âge; il double entre les groupes d'âge de 15-24 ans et 25-44 ans, et double à nouveau entre ceux de 25-44 ans et de 65-74 ans.

Tableau 14.1

Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Groupe d'âge	Journées d'incapacité		
	Hommes	Femmes	Total
	Jours	Jours	Jours
0-14 ans	6,9	6,3	6,6
15-24 ans	6,3	9,2	7,8
25-44 ans	12,5	16,7	14,6
45-64 ans	18,5	23,1	20,8
65-74 ans	25,8	32,3	29,5
75 ans et plus	41,0	39,7	40,2
Total	**13,4**	**17,3**	**15,4**

Ces journées d'incapacité se composent de 3 jours d'alitement, 6 autres jours pendant lesquels les personnes ont été incapables d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école, et 7 jours où elles ont dû modérer leurs activités (tableau 14.2). La moyenne annuelle du nombre de journées d'alitement est plus élevée chez les femmes (4 jours) que chez les hommes (2 jours); cela est également le cas pour les journées d'incapacité légère (8 jours c. 5 jours). Les journées d'incapacité par rapport à l'activité principale tendent à être un peu plus nombreuses chez les hommes (6 jours) que chez les femmes (5 jours), mais cette différence n'est pas significative.

Tableau 14.2

Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le genre d'incapacité et le sexe, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Sexe	Genre d'incapacité			
	Lourde	Modérée	Légère	Total
	Jours	Jours	Jours	Jours
Hommes	2,3	6,0	5,1	13,4
Femmes	3,8	5,4	8,1	17,3
Total	**3,1**	**5,7**	**6,6**	**15,4**

L'enquête permet d'estimer que plus de la moitié de toutes les journées d'incapacité (54 %) sont attribuables aux personnes souffrant d'une perte d'autonomie fonctionnelle à long terme, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 14.3). L'autre moitié reflète une incapacité de courte durée, puisque ces journées sont rapportées pour des personnes ne souffrant pas d'une perte d'autonomie fonctionnelle à long terme. Par ailleurs, la proportion des journées d'incapacité d'origine externe, c'est-à-dire résultant d'un accident ou d'une blessure, est de 20 % pour l'ensemble de la population, soit 27 % chez les hommes et 16 % chez les femmes; cette proportion varie sensiblement selon l'âge et le sexe, dépassant 40 % chez les hommes âgés de 15-44 ans (données non présentées).

Tableau 14.3

Durée et origine de l'incapacité selon le sexe, journées d'incapacité au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Sexe	Durée		Origine	
	Long terme	Court terme	Externe	Autre
	%	%	%	%
Hommes	55,2	44,8	26,8	73,2
Femmes	53,6	46,4	15,5	84,5
Total	**54,3**	**45,7**	**20,4**	**79,6**

Depuis l'Enquête Santé Canada 1978 et l'enquête Santé Québec 1987, la moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personne a peu évolué (tableau 14.4). On peut néanmoins souligner une légère tendance à la baisse du nombre de journées d'alitement par personne entre 1987 et 1992-1993, donc de l'incapacité lourde. Cependant, le nombre total de journées d'incapacité semble à la hausse, puisque le nombre de journées d'incapacité modérée ou légère a tendance à augmenter, du moins chez les femmes.

Tableau 14.4

Moyenne annuelle de journées d'incapacité totale et de journées d'alitement par personne selon le sexe, population en ménage privé, Québec 1978, 1987 et 1992-1993

Enquêtes	Journées d'incapacité					
	Alitement			Total		
	Homme Jours	Femmes Jours	Total Jours	Homme Jours	Femmes Jours	Total Jours
Enquête Santé Canada 1978	2,1	4,2	3,2	10,4	18,5	14,5
Santé Québec 1987	2,7	4,0	3,4	13,5	16,3	14,9
Enquête sociale et de santé 1992-1993	2,3	3,8	3,1	13,4	17,3	15,4

Le nombre de journées d'incapacité est associé aux caractéristiques socioéconomiques des individus. Ainsi, la moyenne annuelle des journées d'incapacité diminue de moitié, entre les niveaux de revenu très pauvre et supérieur : les personnes très pauvres ont une moyenne annuelle de 27 journées d'incapacité par personne, dont 6 passées au lit, alors que les mieux nanties ne présentent que 11 journées d'incapacité par personne, dont 2 journées d'alitement (tableau A.14.1). Ces résultats n'ont pas été ajustés pour l'âge. Selon la scolarité relative, les différences au niveau des journées d'incapacité semblent un peu moins prononcées que celles selon le niveau de revenu : les personnes les plus scolarisées déclarent 13 journées d'incapacité comparativement à 21 journées chez les moins scolarisées.

La variation du nombre de jours d'incapacité selon le statut d'activité habituelle est évidemment associée à l'âge des individus. Il est cependant intéressant de souligner que les étudiants et les personnes en emploi ont un nombre de jours d'incapacité moindre (8 et 12 jours), tandis que les personnes sans emploi et à la retraite en ont un plus grand nombre (45 et 34 jours). Les personnes dont l'activité principale est de tenir maison se situent entre les autres groupes (19 jours).

Selon la catégorie professionnelle, les professionnels et cadres supérieurs affichent les meilleurs résultats quant aux journées d'incapacité (9 jours), tandis que les ouvriers non qualifiés et les manoeuvres affichent les pires (14 jours), suivis par les employés de bureau et de commerce (12 jours); les cadres intermédiaires et les contremaîtres se situent généralement entre les deux (10 jours). Tous ces groupes professionnels présentent néanmoins un nombre de journées d'incapacité inférieur à celui des personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison.

14.2.2 Perte d'autonomie à long terme

Limitations d'activité

L'Enquête sociale et de santé estime à environ 7 % la proportion de Québécois de tout âge affectés par des limitations d'activité pour des raisons de santé au moment de l'enquête, mais cette proportion s'élève à 23 % chez les 75 ans et plus (tableau 14.5). Dans 90 % des cas, ces limitations durent depuis au moins 6 mois; seulement 3 % des personnes concernées déclarent être limitées depuis moins d'un mois (données non présentées). Par extension, ces limitations d'activité seront donc considérées comme des limitations «à long terme», même si ce n'est pas toujours le cas.

Tableau 14.5

Personnes limitées dans leurs activités, dépendantes pour les soins personnels ou les activités instrumentales, ou restreintes dans leur mobilité, selon le sexe ou l'âge, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Limitée dans ses activités	Dépendante soins personnels	Dépendante activités instrumentales	Doit rester assise ou couchée	Ne peut sortir dehors
	%	%	%	%	%
Sexe					
Hommes	6,4	0,7	1,9	1,1	0,9*
Femmes	8,0	0,9	3,4	1,5	1,2
Groupe d'âge					
0-14 ans	2,2	0,3**	0,3**	0,2**	0,8**
15-24 ans	3,6	0,3**	0,6**	0,2**	0,8**
25-44 ans	6,1	0,3*	1,3	0,8	0,7*
45-64 ans	10,2	0,8*	2,9	1,9	1,0*
65-74 ans	17,2	2,0*	9,9	4,2	1,8*
75 ans et plus	22,7	7,8	22,6	7,5	5,2*
Total %	**7,2**	**0,8**	**2,7**	**1,3**	**1,0***
Pe	**511 639**	**54 135**	**188 716**	**90 929**	**72 510**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Note Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives.

De nombreuses enquêtes canadiennes sur l'incapacité à long terme présentent des résultats similaires. Une compilation spéciale de dix enquêtes nationales a été faite concernant la ou les questions les plus semblables à celle de Santé Québec sur les limitations (générales) d'activité. Cette comparaison porte uniquement sur la population de 15 ans et plus, et le tableau 14.6 en présente les résultats. Selon les quatre enquêtes effectuées au Québec de 1985 à 1987, la proportion estimée de la population limitée dans ses activités variait entre 8,2 % et 8,7 %. Santé Québec 1987 situait cette proportion à 8,5 %. Plus récemment, les quatre enquêtes menées au Québec de 1991 à 1992-1993 estimaient cette proportion entre 9,1 % et 10,3 %. L'Enquête sociale et de santé de 1992-1993 la situe à 9,6 %. Les résultats des enquêtes de Santé Québec se situent donc entre les autres résultats, pour chaque période concernée. La hausse d'environ 1 % de la proportion de la population limitée dans ses activités, telle qu'indiquée par les enquêtes de Santé Québec, semble confirmée par les autres enquêtes.

Tableau 14.6

Évolution des taux de limitations d'activité, population en ménage privé de 15 ans et plus, Québec 1978 à 1993

Année	Sources[1]	Taux %
1993	Enquête sociale et de santé 1992-1993	9,6
1991	Enquête sur la santé et les limitations d'activités	9,1
1991	Recensement du Canada	9,6
1991	Enquête sociale générale	10,3
1987	Enquête Santé Québec 1987	8,5
1986	Enquête sur la santé et les limitations d'activités	8,7
1986	Recensement du Canada	8,2
1985	Enquête sociale générale	8,4
1983	Enquête sur la santé et les incapacités	7,6
1978	Enquête Santé Canada[2]	12,5

[1] Sources : Compilations spéciales.

[2] Les questions n'étaient pas tout à fait comparables à celles des autres enquêtes. Les personnes dont l'activité principale était «en retraite pour des raisons de santé» ne répondaient pas aux questions sur l'incapacité; elles étaient automatiquement classées comme limitées dans leurs activités. Cela a pour effet d'augmenter le nombre de personnes classées comme limitées.

Les causes principales des limitations d'activité sont, par ordre décroissant d'importance : les problèmes ostéo-articulaires (27 %), les maladies cardiovasculaires (13 %), les maladies respiratoires (13 %), les traumatismes (7 %) et les problèmes d'ordre mental (6 %) (tableau A.14.2). Les différences selon le sexe ne sont pas significatives.

Environ 9 % des limitations sont d'origine congénitale (présentes depuis la naissance), 19 % sont d'origine externe (accidentelles), et 73 % sont dues à d'autres causes telles que les maladies chroniques dégénérescentes (tableau 14.7). Néanmoins, l'importance relative de ces trois grandes causes varie sensiblement selon l'âge. Les limitations d'origine congénitale sont responsables de 45 % des limitations à long terme chez les enfants, celles d'origine externe représentent 14 % à 29 % des limitations chez les groupes de personnes de 15 à 64 ans, et chez les personnes de 65 ans et plus, au-delà de 90 % des limitations sont d'origine autre que congénitale ou accidentelle.

Tableau 14.7

Origine des limitations d'activité selon le sexe ou l'âge, population en ménage privé avec limitation dans les activités, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Origine			
	Congénitale	Accidentelle	Autre	Total
	%	%	%	N
Sexe				
Hommes	11,7	25,0	63,3	225 469
Femmes	6,5	13,6	79,9	286 170
Groupe d'âge				
0-14 ans	44,8	3,0**	52,2	31 532
15-24 ans	30,9	14,0*	55,2	33 809
25-44 ans	10,4	28,8	60,9	150 980
45-64 ans	2,8**	22,7	74,5	156 352
65-74 ans	0,4**	6,2*	93,4	81 345
75 ans et plus	0,1**	9,5*	90,4	57 621
Total %	**8,8**	**18,6**	**72,6**	**511 639**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Dépendance pour les soins personnels ou les activités instrumentales

Moins de 1 % de la population de tout âge vivant en ménage privé a besoin de l'aide d'une autre personne pour ses soins personnels (manger, se laver, s'habiller, ou se déplacer dans la maison), mais cette proportion s'élève à 8 % chez les personnes de 75 ans et plus (tableau 14.5). Environ 3 % de la population de tout âge a besoin d'aide pour les activités instrumentales (s'occuper de ses affaires, faire l'entretien ménager quotidien, faire ses courses ou se déplacer à l'extérieur de la maison), mais 23 % des personnes de 75 ans et plus ont besoin d'une telle aide.

L'aide pour les soins personnels et les activités instrumentales provient essentiellement de personnes apparentées. Une personne sur quatre reçoit de l'aide provenant uniquement de personnes non parentes (23 % et 24 %) (tableau 14.8). L'aide est assurée en totalité ou en partie par un parent pour les trois quarts des personnes dépendantes et, dans la majorité des cas, cette aide provient d'une personne vivant dans le même ménage que la personne dépendante. Ainsi, la moitié des personnes ayant besoin d'aide pour les soins personnels ou les activités instrumentales sont aidées uniquement par un parent vivant dans le même ménage (54 % et 49 %); si les personnes ne cohabitant pas sont prises en compte, cette proportion s'élève aux deux tiers (64 % et 65 %). L'aide apportée par la parenté ne vivant pas dans le ménage est relativement plus importante pour les activités instrumentales (16 %) que pour les soins personnels (9 %).

Tableau 14.8

Sources d'aide pour les soins personnels et les activités instrumentales, population dépendante en ménage privé, Québec 1992-1993

Sources d'aide	Personnes dépendantes	
	Soins personnels	Activités instrumentales
	%	%
Personne apparentée vivant dans le ménage	54,4	49,2
Personne apparentée ne vivant pas dans le ménage	9,1**	16,1
Personne non apparentée	23,4	24,4
Combinaison des précédentes	13,0*	10,3
Total **N**	**100,0**	**100,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Réduction de la mobilité

Environ 4 % des personnes de 65-74 ans doivent rester assises ou couchées la plus grande partie de la journée, contre 8 % des 75 ans et plus (tableau 14.5). La proportion de la population ne pouvant ordinairement pas sortir de la maison lorsqu'il fait beau est estimée à 1 %,

Tableau 14.9

Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie [1]					
	Soins personnels	Activités instrumentales	Incapable de l'activité principale	Autres limitations	Total avec perte d'autonomie	
	%	%	%	%	%	Pe
Hommes						
0-14 ans	0,3**	0,1**	0,1**	2,9	3,4	24 454
15-24 ans	0,3**	0,4**	0,5**	2,6*	3,8*	18 303
25-44 ans	0,3**	0,8*	1,5	3,4	5,9	73 525
45-64 ans	0,4**	2,0*	4,6	3,5	10,6	79 768
65-74 ans	2,8*	4,8*	6,5*	3,8*	17,9	36 360
75 ans et plus	8,1*	8,6*	3,7*	1,9**	22,3	22 630
Total	**0,7**	**1,3**	**2,1**	**3,2**	**7,3**	**255 040**
Femmes						
0-14 ans	0,3**	0,0**	0,0**	2,4*	2,7	18 590
15-24 ans	0,3**	0,3**	0,5**	4,0	5,1	23 522
25-44 ans	0,2**	1,2	2,1	4,2	7,8	95 877
45-64 ans	1,2*	2,2	4,0	4,1	11,5	89 068
65-74 ans	1,3**	10,7	4,4*	4,6*	21,0	56 685
75 ans et plus	7,6*	19,6	2,9*	2,6**	32,7	49 758
Total	**0,9**	**2,6**	**2,1**	**3,8**	**9,3**	**333 500**
Sexes réunis						
0-14 ans	0,3**	0,1**	0,1**	2,6	3,1	43 044
15-24 ans	0,3**	0,4**	0,5*	3,3	4,4	41 825
25-44 ans	0,3*	1,0	1,8	3,8	6,9	169 403
45-64 ans	0,8*	2,1	4,3	3,8	11,0	168 836
65-74 ans	2,0*	8,1	5,3	4,3	19,7	93 045
75 ans et plus	7,8	15,2	3,2*	2,3*	28,6	72 388
Total	**0,8**	**2,0**	**2,1**	**3,5**	**8,3**	**588 540**

[1] Les catégories sont mutuellement exclusives.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

mais chez les personnes de 75 ans et plus, 5 % sont dans une telle situation. L'enquête de 1992-1993 ne permet pas de préciser si, avec de l'aide, ces personnes peuvent quand même sortir lorsqu'il fait beau; l'enquête de 1987 indiquait cependant que cela était souvent le cas.

Échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme

L'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle tient compte de l'ensemble des formes de perte d'autonomie à long terme, classant les personnes qui en sont affectées selon la gravité de leur perte d'autonomie. Les résultats figurent au tableau 14.9; contrairement au tableau 14.5, les catégories décrivant les différents niveaux de perte d'autonomie fonctionnelle sont ici mutuellement exclusives. Elles sont aussi hiérarchiques, du fait que le premier niveau applicable est celui utilisé pour classer la personne.

Selon cette échelle, environ 1 % de la population vivant en ménage privé est dépendante pour les soins personnels, 2 %, pour les activités instrumentales, et un autre 2 % est incapable de faire une activité principale; la présence d'autres limitations affecte près de 4 % de la population. En tout, 8 % de la population vivant en ménage privé a une perte d'autonomie à long terme.

La prévalence de la perte d'autonomie fonctionnelle croît rapidement à partir du groupe d'âge des 45-64 ans. Parmi la population en ménage privé de 75 ans et plus, environ un homme sur cinq et une femme sur trois souffrent d'une perte d'autonomie fonctionnelle (22 % et 33 %), soit 29 % de la population de cet âge. Il s'agit le plus souvent d'une perte lourde d'autonomie caractérisée par une dépendance envers d'autres personnes pour les soins personnels et les activités instrumentales (8 % et 15 %). Dans la population de 25 à 64 ans, la perte d'autonomie fonctionnelle est plutôt modérée, et reliée à une incapacité de faire une activité principale ou légère, laquelle résulte d'autres limitations.

Tableau 14.10

Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme selon le sexe, population en ménage privé, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe	Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie[1]				
	Soins personnels	Activités instrumentales	Incapable de l'activité principale	Autres limitations	Total
	%	%	%	%	%
Hommes					
1987	0,8	1,0	1,6	4,0	7,3
1992-1993	0,7	1,3	2,1	3,2	7,3
Femmes					
1987	1,0	2,3	1,4	3,5	8,2
1992-1993	0,9	2,6	2,1	3,8	9,3
Sexes réunis					
1987	0,9	1,6	1,5	3,7	7,7
1992-1993	0,8	2,0	2,1	3,5	8,3

[1] Les catégories sont mutuellement exclusives.

Par rapport aux données de l'enquête Santé Québec 1987, la proportion de personnes présentant une perte d'autonomie à long terme est demeurée stable chez les hommes et semble avoir augmenté chez les femmes, bien que la différence ne soit pas significative au seuil retenu (tableau 14.10). Cette tendance à la hausse semble être associée aux formes moins graves de perte d'autonomie, puisque la proportion de la population affectée par la forme la plus grave, soit la dépendance pour les soins personnels, a peu varié. Quant aux variations selon l'âge et le sexe, les résultats de 1987 sont similaires à ceux de la présente enquête (tableau A.14.3).

On a vérifié le lien entre la perte d'autonomie fonctionnelle à long terme et quelques indicateurs de santé. Ainsi, la moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personne s'élève à 100 jours, dont 19 journées d'alitement, pour les personnes ayant une perte d'autonomie à long terme, contre 8 journées d'incapacité, dont 2 journées d'alitement, pour les personnes n'ayant aucune perte d'autonomie (tableau 14.11). Le nombre de journées d'incapacité est d'autant plus élevé que la perte d'autonomie est grave. L'enquête permet également d'estimer que plus de la moitié (52 %) des personnes dépendantes pour les soins personnels doivent habituellement rester assises ou couchées, alors que ce n'est le cas que d'une personne sur vingt chez celles ayant d'«autres limitations».

Tableau 14.11

Journées d'incapacité et personnes restreintes dans leur mobilité selon l'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie	Journées d'incapacité (moyenne annuelle / personne)				Restriction de mobilité	
	Alitement	Activité principale	Autres activités	Total	Doit rester assis ou couché	Ne peut pas sortir
	Jours	Jours	Jours	Jours	%	%
Avec perte d'autonomie	18,6	42,1	39,6	100,3	15,4	12,3
Soins personnels	78,2	85,7	43,3	207,3	52,4	22,6*
Activités instrumentales	21,9	53,6	57,2	132,7	23,5	10,6*
Activité principale	16,1	67,9	48,1	132,1	12,4	1,5**
Autres limitations	5,2	10,4	23,6	39,2	4,6*	17,6*
Sans perte d'autonomie	1,7	2,4	3,6	7,7	0,0**	0,0**
Total	**3,1**	**5,7**	**6,6**	**15,4**	**1,3**	**1,0***

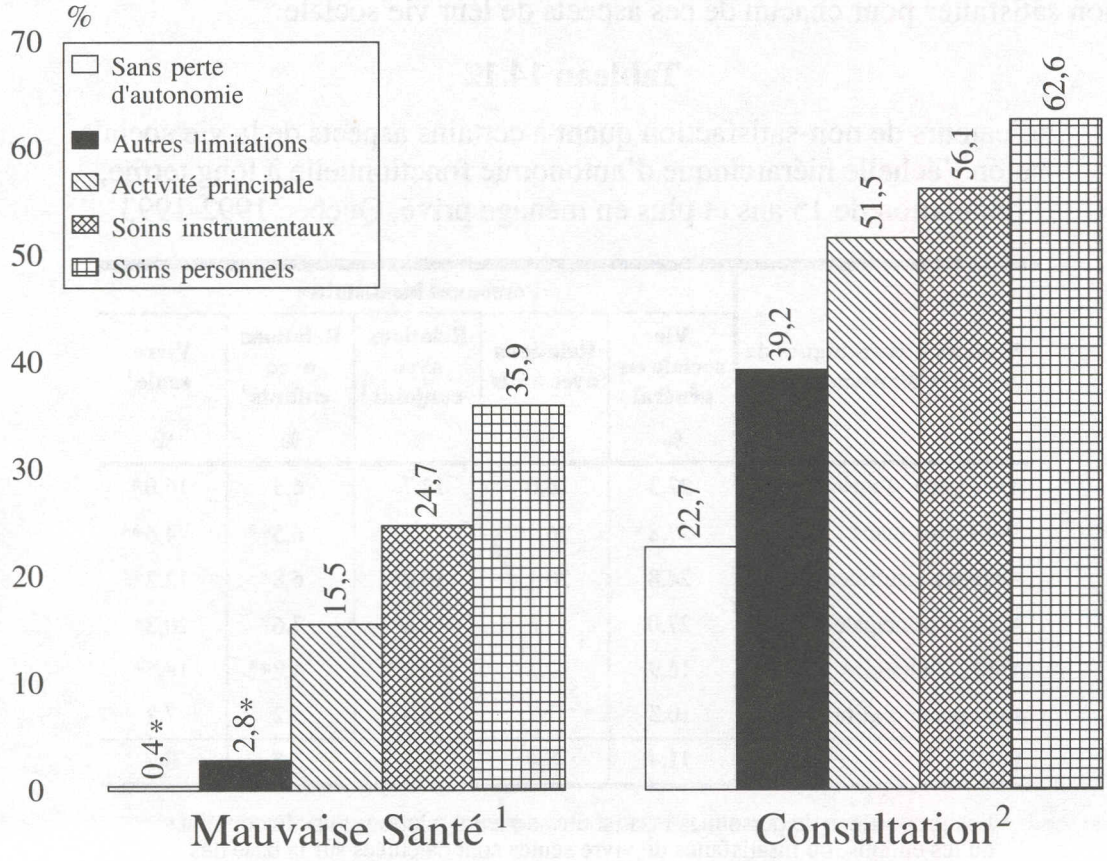
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

La proportion des personnes qui perçoivent leur santé comme mauvaise augmente à mesure que s'aggrave la perte d'autonomie fonctionnelle (graphique 14.1). Elle est presque nulle (0,4 %) chez les personnes n'ayant aucune perte, puis passe de 3 % chez celles qui n'ont que des limitations de type «autres» à 36 % chez les personnes dépendantes pour les soins personnels. De plus, les consultations d'un professionnel de la santé sont plus fréquentes à mesure que la perte d'autonomie est plus grave. Presque la moitié (49 %) des personnes ayant une perte d'autonomie fonctionnelle à long terme ont consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Cette proportion atteint 63 % chez les personnes dépendantes pour leurs soins personnels, alors qu'une personne sur quatre (23 %) faisait de même chez les personnes n'ayant aucune perte d'autonomie.

Graphique 14.1

Personnes percevant leur santé comme mauvaise et personnes ayant consulté un professionnel de la santé au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête selon l'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme, population en ménage privé, Québec 1992-1993



[1] Population de 15 ans et plus.

[2] Population totale.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Concernant les disparités socioéconomiques (tableau A.14.4), l'enquête indique que la proportion de la population souffrant d'une perte quelconque d'autonomie fonctionnelle à long terme est plus élevée chez les personnes très pauvres (19 %) que chez les personnes dont le niveau de revenu est supérieur (4 %). Ces résultats n'ont pas été ajustés pour l'âge. Seulement 6 % des personnes les plus scolarisées ont une perte d'autonomie fonctionnelle à long terme, contre 13 % des moins scolarisées. Si l'on examine le statut d'activité habituelle, les personnes au travail ou aux études présentent les plus faibles prévalences de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme (5 % et 4 %), tandis que les personnes sans emploi et celles à la retraite ont les prévalences les plus élevées (26 % et 22 %). Les personnes dont l'activité principale est de tenir maison se situent entre les deux (13 %).

Selon la catégorie professionnelle, les professionnels et cadres supérieurs affichent les meilleurs résultats quant à ces mesures (3 %), tandis que les ouvriers présentent les pires prévalences (6 %). Néanmoins, pour toutes les catégories professionnelles, la prévalence est inférieure à celle des personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison.

La perte d'autonomie fonctionnelle à long terme est aussi associée à certains aspects du milieu social relatifs à la satisfaction quant à la vie sociale, aux relations avec les amis et, le cas échéant, avec le conjoint et les enfants, ou au fait de vivre seule (tableau 14.12). En général, les personnes ayant une perte d'autonomie fonctionnelle sont plus susceptibles que les autres d'être non satisfaites pour chacun de ces aspects de leur vie sociale.

Tableau 14.12

Indicateurs de non-satisfaction quant à certains aspects de la vie sociale selon l'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme, population de 15 ans et plus en ménage privé, Québec 1992-1993

Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie	Personnes insatisfaites				
	Vie sociale en général	Relations avec amis	Relations avec conjoint [1]	Relations avec enfants [1]	Vivre seule [1]
	%	%	%	%	%
Avec perte d'autonomie	22,3	16,0	12,7	6,3	16,0*
Soins personnels	27,8*	26,1*	8,0**	6,5**	4,6**
Activités instrumentales	24,8	20,1	10,8*	6,8*	12,2**
Activité principale	27,0	15,6	14,6*	7,6*	20,3*
Autres limitations	16,9	12,3	12,8	4,8**	18,5*
Sans perte d'autonomie	10,3	7,7	9,4	3,2	7,2
Total	**11,4**	**8,4**	**9,5**	**3,5**	**8,7**

[1] Les proportions de personnes insatisfaites de leurs relations avec le conjoint ou les enfants, ou insatisfaites de vivre seules sont calculées sur la base des populations concernées. Les personnes non satisfaites de leurs relations avec le conjoint incluent celles qui se sont déclarées «plutôt satisfaites».

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

14.2.3 Espérance de vie en santé

L'espérance de vie en santé résume les données de mortalité et d'hébergement en institution, de même que les données déjà présentées sur l'autonomie fonctionnelle à long terme et les incapacités à court terme. L'espérance de vie en santé présentée ici est axée sur l'effet des problèmes de santé sur le fonctionnement des individus (exécution des activités principales, mobilité et autres activités), mais particulièrement sur l'indépendance physique par rapport à autrui pour l'exécution des activités de la vie quotidienne (soins personnels et activités instrumentales). L'évolution des données sur l'hébergement et la mortalité entre 1987 et 1992 sera d'abord brièvement commentée, afin de tisser la toile de fond de l'évolution de l'espérance de vie en santé.

Hébergement en institution

Selon les données de fichiers administratifs (Rochon et Lafontaine, 1994), il y avait au Québec, en 1992-1993, moins d'une personne sur cent hébergée en institution (tableau A.14.5); néanmoins, l'hébergement en institution est beaucoup plus fréquent à un âge avancé. On observe une légère diminution des taux d'institutionnalisation depuis 1987. Ainsi, chez les personnes de 75 ans et plus, le taux est passé de 11 % à 9 % chez les hommes, et de 16 % à 14 % chez les femmes. Cette baisse s'explique par deux phénomènes : le changement d'orientation du secteur de la santé et de la déficience mentales, et la relative stabilité du nombre de places en établissement de soins de longue durée pour la population âgée, même si celle-ci augmente rapidement.

Mortalité

Selon les tables de mortalité de 1992 (Duchesne et Thibault, 1994), presque huit hommes sur dix et neuf femmes sur dix peuvent s'attendre à vivre jusqu'à l'âge de 65 ans (tableau A.14.6). Entre 1987 et 1992, la probabilité de survie jusqu'à l'âge de 75 ans est passée de 51 % à 56 % chez les hommes, et de 72 % à 75 % chez les femmes. Par conséquent, l'espérance de vie est plus élevée en 1992 qu'en 1987. L'espérance de vie à la naissance est en effet estimée à 77,7 ans en 1992-1993, comparativement à 76,1 ans en 1987, et l'espérance de vie à 65 ans, à 18,0 ans alors qu'elle était de 16,9 ans en 1987 (tableau 14.13). Les gains concernent les hommes autant que les femmes.

Espérance de vie en santé

En 1992-1993, les Québécoises ont une espérance de vie de 81,1 ans à la naissance (tableau 14.13). Cependant, elles sont appelées à passer, en moyenne, 3,0 ans avec une perte lourde d'autonomie dont la moitié en institution, 5,4 ans avec une perte modérée d'autonomie et 3,8 ans avec une perte légère, ce qui leur permet d'espérer vivre 68,8 ans sans aucune forme de perte d'autonomie. L'espérance de vie des hommes n'est que de 74,2 ans. Cependant, les durées de vie avec contraintes sont moins élevées pour eux. Ils peuvent s'attendre à vivre 1,8 an avec une forme lourde de perte d'autonomie, 3,6 ans avec une perte modérée et 2,9 ans avec une perte légère, ce qui leur laisse une espérance de vie en santé de 65,9 ans. La différence entre les deux sexes est donc de 6,9 ans de vie totale, dont 2,9 ans sans incapacité.

Tableau 14.13

Espérance de vie en santé à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Québec 1987 et 1992-1993

État d'autonomie fonctionnelle	Hommes		Femmes		Total	
	1987	1992	1987	1992	1987	1992
	ans	ans	ans	ans	ans	ans
Espérance de vie à la naissance						
Totale	**72,3**	**74,2**	**79,8**	**81,1**	**76,1**	**77,7**
Sans perte d'autonomie fonctionnelle	64,0	65,9	68,2	68,8	66,1	67,4
Avec perte d'autonomie fonctionnelle	8,3	8,2	11,6	12,3	9,9	10,3
- lourde	1,9	1,8	3,5	3,0	2,7	2,4
en institution	0,8	0,8	1,8	1,6	1,3	1,2
dépendant pour les soins personnels	1,0	1,0	1,8	1,5	1,4	1,2
- modérée	2,9	3,6	4,4	5,4	3,7	4,5
dépendant pour les activités instrumentales	1,0	1,3	2,7	3,2	1,8	2,2
incapable de l'activité principale	1,9	2,3	1,8	2,3	1,9	2,3
- légère (autres limitations)	3,6	2,9	3,6	3,8	3,6	3,3
Espérance de vie à 65 ans						
Totale	**14,4**	**15,5**	**19,1**	**20,1**	**16,9**	**18,0**
Sans perte d'autonomie fonctionnelle	10,6	11,5	12,7	13,2	11,8	12,4
Avec perte d'autonomie fonctionnelle	3,8	4,0	6,4	6,9	5,2	5,6
- lourde	1,4	1,5	3,1	2,5	2,3	2,0
en institution	0,8	0,7	1,8	1,6	1,3	1,2
dépendant pour les soins personnels	0,6	0,8	1,3	0,9	0,9	0,8
- modérée	1,3	1,8	2,5	3,5	1,9	2,7
dépendant pour les activités instrumentales	0,7	0,9	1,9	2,8	1,3	1,9
incapable de l'activité principale	0,7	0,9	0,6	0,7	0,6	0,8
- légère (autres limitations)	1,1	0,6	0,8	0,9	1,0	0,8

La description des changements survenus depuis 1987 est présentée au tableau 14.14 sous forme de hausse et de réduction en mois d'espérance de vie pour chaque état d'autonomie. À la naissance, les gains en espérance de vie sont de 22 mois chez les hommes et de 16 mois chez les femmes. Les gains en espérance de vie sans perte d'autonomie fonctionnelle sont estimés à 24 mois pour les hommes et à huit mois pour les femmes. Par rapport à 1987, l'espérance de vie avec perte d'autonomie a diminué d'un mois pour les hommes, tandis que les femmes peuvent s'attendre à vivre 7 mois de plus dans cet état. Néanmoins, pour les personnes des deux sexes, il y a une réduction du temps attendu avec perte lourde d'autonomie fonctionnelle (1 mois chez les hommes et 6 mois chez les femmes), et une hausse importante du temps attendu avec perte modérée (8 mois chez les hommes et 12 mois chez les femmes).

À l'âge de 65 ans, les gains en espérance de vie sont de 13 mois chez les hommes et de 12 mois chez les femmes. Les gains en espérance de vie sans perte d'autonomie fonctionnelle sont de 11 mois chez les hommes et de 5 mois chez les femmes. Par rapport à 1987, les hommes peuvent s'attendre à vivre 2 mois de plus avec perte d'autonomie fonctionnelle et les femmes, 7 mois de plus.

Tableau 14.14

Changements dans l'espérance de vie en santé au Québec, entre 1987 et 1992-1993, selon le sexe (mois)

État d'autonomie fonctionnelle	À la naissance			À 65 ans		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
	Mois	Mois	Mois	Mois	Mois	Mois
Espérance de vie totale	+22	+16	+20	+13	+12	+13
Sans perte d'autonomie fonctionnelle	+24	+ 8	+16	+11	+ 5	+ 8
Avec perte d'autonomie fonctionnelle	- 1	+ 7	+ 4	+ 2	+ 7	+ 5
- lourde	- 1	- 6	- 3	+ 1	- 7	- 3
- modérée	+ 8	+12	+10	+ 6	+13	+10
- légère	- 8	+ 2	- 3	- 6	+ 1	- 2

Finalement, pour l'espérance de vie avec puis sans perte d'autonomie fonctionnelle, les changements survenus entre 1987 et 1992 ont été analysés plus étroitement, selon une méthode utilisée par Wilkins, Chen et Ng (1994) (tableau A.14.7). À la naissance, la baisse de mortalité entre 1987 et 1992 a un effet positif sur l'espérance de vie sans perte d'autonomie fonctionnelle, qui équivaut à un gain de 17 mois chez les hommes et de 6 mois chez les femmes. Chez les hommes,

la réduction des taux d'incapacité (y compris celle des taux d'hébergement en institution) a aussi un effet positif, qui se traduit par un gain de 7 mois. Cependant, la hausse des taux d'incapacité chez les femmes a un effet négatif sur l'espérance de vie sans perte d'autonomie fonctionnelle, qui entraîne une perte de 3 mois.

À 65 ans, la baisse de mortalité entre 1987 et 1992 a un effet positif qui correspond à une hausse de 9 mois chez les hommes et de 7 mois chez les femmes. Par ailleurs, les changements des taux d'incapacité ont pour effet d'ajouter 2 mois à la durée de vie sans perte d'autonomie chez les hommes, mais d'en enlever 2 aux femmes de cet âge.

14.3 Conclusions

14.3.1 Synthèse et pistes de recherche

Pour la population québécoise vivant en ménage privé, la présente enquête porte à croire qu'il y a, depuis 1987, une tendance à la baisse du nombre de journées d'alitement par personne (moyenne annuelle), donc de l'incapacité lourde, alors que cette tendance serait à la hausse pour les autres formes d'incapacité, modérées ou légères.

La proportion de personnes présentant une perte d'autonomie fonctionnelle à long terme est restée stable chez les hommes depuis 1987, mais a augmenté chez les femmes. Cependant, cette augmentation serait plus particulièrement associée aux formes moins graves de perte d'autonomie, puisque la proportion de la population affectée par la forme la plus lourde, soit la dépendance pour les soins personnels, a peu varié. Des données administratives indiquent par ailleurs que les taux d'hébergement en institution ont baissé durant cette période pour les personnes des deux sexes.

Considérés dans leur ensemble, ces résultats suggèrent que la prévalence des formes lourdes de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme a diminué depuis 1987 au sein de la population québécoise, mais qu'il y a néanmoins une prévalence accrue pour les formes moins graves. De plus, entre 1987 et 1992, les statistiques de l'état civil enregistrent une diminution importante des taux de mortalité chez les deux sexes.

L'enquête Santé Québec 1987 avait révélé des gains en espérance de vie sans incapacité par rapport à l'Enquête Santé Canada 1978-1979. Depuis 1987, les gains en espérance de vie et en espérance de vie sans perte d'autonomie fonctionnelle ont été remarquables. La vie est maintenant plus longue, de même que la durée de vie sans dépendance ou limitation. À la naissance et à 65 ans, les hommes ont gagné un peu plus que les femmes en matière d'espérance de vie. Mais sur le plan de l'espérance de vie sans perte d'autonomie, ils ont gagné un net avantage sur les femmes; ce dernier disparaît cependant, si on ne considère que les pertes modérées ou lourdes. Par rapport aux résultats de 1987, il n'en demeure pas moins qu'à la naissance, une Québécoise peut s'attendre à passer huit mois de plus avec une perte d'autonomie fonctionnelle, et à l'âge de 65 ans, les Québécois et Québécoises peuvent s'attendre à vivre quelques mois de plus (2 à 7) avec une perte d'autonomie fonctionnelle. Les résultats indiquent en particulier une plus longue période de dépendance pour les activités instrumentales chez les personnes âgées en perte d'autonomie.

La recherche sur l'autonomie fonctionnelle de la population du Québec pourrait prendre plusieurs directions, dont voici quelques pistes importantes :

- Examiner les inégalités sociales par rapport à l'espérance de vie en santé. Cela demanderait l'élaboration de tables de mortalité selon la suffisance du revenu (seul le revenu du quartier est disponible), ou le lieu de naissance (Québec, ailleurs au Canada, autres pays). Des calculs selon la scolarité relative et la profession seraient aussi souhaitables, mais les données de mortalité disponibles actuellement ne permettent pas de telles analyses.

- Étudier le niveau d'autonomie des personnes hébergées en institution. Cela pourrait se faire à partir des données administratives ou des enquêtes fédérales sur la santé et les limitations d'activité (mais l'échantillon au Québec est restreint). Il serait d'ailleurs important de s'assurer que les personnes qui ne vivent pas en ménage privé ou en ménage collectif institutionnel soient aussi visées par l'étude.

- Distinguer les personnes qui reçoivent effectivement toute l'aide dont elles ont besoin de celles dont le besoin d'aide n'est pas satisfait. Cela exigerait l'ajout d'une ou deux questions supplémentaires.

- Décrire le type particulier d'activité pour laquelle on a besoin d'aide. Cette information serait utile pour la planification des services d'aide à domicile ou en établissement.

14.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

Si les gains en espérance de vie en santé indiquent que la santé de la population générale s'est améliorée, les répercussions sur les services de santé sont plutôt ambiguës. L'augmentation de l'espérance de vie, dont une partie plus longue avec perte d'autonomie, laisse prévoir un plus grand besoin d'aide personnelle, qu'il s'agisse d'aidants familiaux ou de services à domicile (pour les soins personnels et les activités instrumentales), de même que de services institutionnels d'hébergement, à mesure que la population vieillit et que la taille de la population très âgée augmente. L'enquête a mis en lumière l'importance de la parenté dans la prestation des soins personnels et le soutien des activités instrumentales; pour les trois quarts de la population ayant besoin d'aide pour les soins personnels ou les activités instrumentales, l'aide est assurée en totalité ou en partie par une personne apparentée.

Afin de planifier des stratégies visant à réduire les conséquences négatives des problèmes de santé, les concepts de la Classification internationale des handicaps permettent de discerner plusieurs points d'intervention. On peut prévenir les maladies et les traumatismes à l'origine des déficiences et des incapacités, ou en réduire les conséquences. Par exemple, en assurant l'aide technique nécessaire, on peut faire en sorte qu'une déficience ne se solde pas en incapacité. On peut aussi diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles qu'en soient l'origine et la nature. Cette approche vise à éliminer les obstacles que rencontrent les personnes ayant des incapacités dans le milieu physique et social, obstacles qui gênent l'exécution de leur rôles sociaux.

14.4 Références bibliographiques

DUCHESNE, L.; THIBAULT, N. (1994). *Tables de mortalité abrégées pour le Québec en 1987 et 1992, à partir des décès observés et des nouvelles estimations de la population (Statistique Canada, Octobre 1993)*, Direction des statistiques sociodémographiques, Bureau de la Statistique du Québec, Québec.

ENQUÊTE SANTÉ CANADA; SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA; STATISTIQUE CANADA (1981). *La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1988). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*, CTNERHI-INSERM, Paris.

PÉRON, Y.; STROHMENGER, C. (1985). *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation*, Statistique Canada, Catalogue 82-843F, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

ROCHON, M.; LAFONTAINE, P. (1994). *Nombre et taux de personnes hébergées dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, Québec, 1987 et 1992-93*, Note de service, Service des études et analyses, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 8 juin.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Les Publications du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

STATISTIQUE CANADA (1986). *Rapport de l'enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-1984*, Catalogue 82-555F, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

STATISTIQUE CANADA (1987). *Santé et aide du milieu, 1985*, Enquête sociale générale, Série analytique, Catalogue 11-612F, no 1., ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

STATISTIQUE CANADA (1988). *L'enquête sur la santé et les limitations d'activités : Données sélectionnées, Canada, provinces et territoires*, Programme de la base de données sur l'incapacité, Statistique Canada, Ottawa.

STATISTIQUE CANADA (1994). *L'état de santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, Catalogue 11-612E, no 8., ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, Ottawa.

WILKINS, R. (1992). «Espérance de santé au Québec, 1987», dans : Robine, J.M.; Blanchet, M.; Dowd, J.E., éds, *Espérance de santé*, Éditions INSERM, Collection Analyses et Prospective, La Documentation Française, Paris, pp 81-100.

WILKINS, R.; CHEN, J.J.; NG, E. (1994). "Changes in health expectancy in Canada from 1986 to 1991", dans : Mathers, C.D.; McCallum, J.; Robine, J.M., *Advances in Health Expectancies : Proceedings of the Seventh Meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES)*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, pp 112-129.

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A.14.1

Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Journées d'incapacité	
	Alitement Jours	Total Jours
Niveau de revenu		
Très pauvre	5,6*	27,4
Pauvre	3,6*	18,3
Moyen inférieur	3,0	15,8
Moyen supérieur	2,8	13,1
Supérieur	2,3*	10,9
Scolarité relative (15 ans et plus)		
Plus faible	3,2	21,2
Faible	3,4	18,3
Moyenne	2,8	17,9
Élevée	2,1*	13,5
Plus élevée	1,5	13,3
Statut d'activité habituelle (15 ans et plus)		
En emploi	2,1	11,6
Aux études	1,6*	7,5
Tient maison	4,2	18,6
À la retraite	6,3	33,8
Sans emploi	7,4*	45,0
Catégorie professionnelle (15 ans et plus)[1]		
Professionnel et cadre supérieur	1,7*	8,9*
Cadre intermédiaire, semi-prof. et technicien	1,4*	9,7
Contremaître et ouvrier qualifié	1,5*	9,9
Employé de bureau, de commerce et de service	2,1	11,8
Ouvrier non qualifié et manoeuvre	2,3**	14,0

[1] Population occupant un emploi au moment de l'enquête.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.14.2

Causes principales des limitations d'activité selon le sexe, population en ménage privé avec limitations d'activité, Québec 1992-1993

Causes	Sexe			
	Hommes	Femmes	Total	
	%	%	%	Pe
Problèmes ostéo-articulaires	25,4	27,5	26,6	135 869
Problèmes cardiovasculaires	13,7	12,6	13,1	66 824
Problèmes respiratoires	13,4	12,4	12,9	37 146
Traumatismes	8,3	6,4	7,3	65 811
Troubles mentaux	5,0	6,8	6,0	30 650
Autres	34,2	34,3	34,3	175 338

Tableau A.14.3

Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec 1987

Sexe / Groupe d'âge	Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie[1]				
	Soins personnels	Activités instrumentales	Incapable de l'activité principale	Autres limitations	Total avec perte d'autonomie
	%	%	%	%	%
Hommes					
0-14 ans	0,6	0,0	0,3	2,6	3,6
15-24 ans	0,2	0,3	0,5	1,5	2,5
25-44 ans	0,4	0,5	0,9	3,5	5,3
45-64 ans	0,9	1,9	3,9	6,9	13,6
65-74 ans	3,1	3,5	4,8	8,8	20,2
75 ans et plus	5,5	7,3	3,7	4,1	20,5
Total	**0,8**	**1,0**	**1,6**	**4,0**	**7,3**
Femmes					
0-14 ans	0,4	0,0	0,4	1,9	2,7
15-24 ans	0,1	0,3	0,6	2,8	3,9
25-44 ans	0,2	1,2	1,2	2,9	5,5
45-64 ans	0,9	3,9	2,8	6,2	13,8
65-74 ans	2,9	5,9	3,3	5,1	17,1
75 ans et plus	11,1	16,3	2,2	1,9	31,5
Total	**1,0**	**2,3**	**1,4**	**3,5**	**8,2**
Sexes réunis					
0-14 ans	0,5	0,0	0,3	2,3	3,1
15-24 ans	0,1	0,3	0,6	2,1	3,2
25-44 ans	0,3	0,9	1,0	3,2	5,4
45-64 ans	0,9	3,0	3,3	6,5	13,7
65-74 ans	3,0	4,9	3,9	6,6	18,5
75 ans et plus	8,9	12,7	2,8	2,7	27,1
Total	**0,9**	**1,6**	**1,5**	**3,7**	**7,7**

[1] Les catégories sont mutuellement exclusives.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour les résultats de 1987.

Tableau A.14.4

Limitations d'activité et perte d'autonomie fonctionnelle à long terme selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Caractéristiques socioéconomiques	Limitations d'activité	Perte d'autonomie fonctionnelle à long terme	
	%	%	Pe
Niveau de revenu			
Très pauvre	16,8	18,6	97 464
Pauvre	9,5	11,2	101 374
Moyen inférieur	7,1	8,2	178 541
Moyen supérieur	5,7	6,6	173 283
Supérieur	4,0	4,4	37 878
Scolarité relative (15 ans et plus)			
Plus faible	11,6	13,1	148 504
Faible	8,7	10,3	119 431
Moyenne	8,5	9,4	93 533
Élevée	5,9	6,6	77 082
Plus élevée	5,4	6,2	71 011
Statut d'activité habituelle (15 ans et plus)			
En emploi	3,9	4,6	139 176
Aux études	3,3	3,7	26 474
Tient maison	11,6	12,9	99 553
À la retraite	19,0	22,2	164 128
Sans emploi	24,9	26,4	116 165
Catégorie professionnelle (15 ans et plus)[1]			
Professionnel et cadre supérieur	2,6*	3,3*	13 195
Cadre intermédiaire, semi-prof. et technicien	3,8	4,3	21 092
Contremaître et ouvrier qualifié	3,5	4,4	30 848
Employé de bureau, de commerce et de service	4,0	4,5	47 117
Ouvrier non qualifié et manoeuvre	4,5	5,7	22 546

[1] Population occupant un emploi au moment de l'enquête.

* Coefficients de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Tableau A.14.5

Taux d'hébergement en centre de soins de longue durée, selon le sexe et l'âge, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	1987 %	1992-1993 %
Hommes		
0-14 ans	0,2	0,2
15-24 ans	0,6	0,3
25-44 ans	0,3	0,2
45-64 ans	0,6	0,5
65-74 ans	2,1	1,7
75 ans et plus	10,7	8,5
Total	**0,7**	**0,6**
Femmes		
0-14 ans	0,1	0,1
15-24 ans	0,2	0,2
25-44 ans	0,2	0,2
45-64 ans	0,5	0,4
65-74 ans	2,1	1,7
75 ans et plus	16,3	13,6
Total	**1,2**	**1,1**
Sexes réunis		
0-14 ans	0,2	0,1
15-24 ans	0,3	0,2
25-44 ans	0,2	0,2
45-64 ans	0,6	0,5
65-74 ans	2,1	1,7
75 ans et plus	14,3	11,8
Total	**1,0**	**0,9**

Source : Fichiers administratifs, Gouvernement du Québec, données compilées par le Service des études et analyses, MSSS (Rochon & Lafontaine, 1994).

Tableau A.14.6

Taux de survie et personnes-années de vie
selon les tables de mortalité abrégées, Québec 1987 et 1992

Âge	1987			1992		
	Taux de survie (%)					
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0 an	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
15 ans	98,6	99,1	98,9	99,0	99,2	99,1
25 ans	97,4	98,7	98,1	98,0	98,9	98,5
45 ans	94,2	97,2	95,7	94,9	97,4	96,1
65 ans	75,9	87,3	81,5	79,2	88,6	83,9
75 ans	50,6	72,3	61,4	56,4	75,1	64,8
Groupe d'âge	**Personnes-années**					
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0-14 ans	1 483 577	1 488 866	1 486 223	1 488 252	1 490 745	1 489 468
15-24 ans	980 529	989 248	984 889	985 851	990 828	988 288
25-44 ans	1 920 977	1 962 589	1 941 784	1 932 187	1 966 321	1 948 911
45-64 ans	1 752 170	1 871 527	1 811 850	1 784 363	1 883 141	1 833 116
65-74 ans	640 651	805 873	723 262	687 340	825 681	757 123
75 ans et plus	450 481	864 536	657 510	537 526	955 793	753 602

Note Selon les estimations de population corrigées pour le sous-dénombrement au recensement.

Source Bureau de la statistique du Québec.

Tableau A.14.7

Décomposition des changements dans l'espérance de vie en santé au Québec entre 1987 et 1992-1993, selon le sexe (en mois)

État d'autonomie fonctionnelle	À la naissance			À 65 ans		
	Hommes (mois)	Femmes (mois)	Total (mois)	Hommes (mois)	Femmes (mois)	Total (mois)
Avec perte d'autonomie fonctionnelle						
Total [1]	- 1,3	8,4	4,2	1,9	6,7	5,1
Mortalité [2]	5,3	5,7	6,0	3,8	5,0	4,8
Autonomie fonctionnelle [3]	- 6,5	2,8	- 1,7	- 1,9	1,8	0,3
Résidu [4]	- 0,1	- 0,1	- 0,1	0,1	- 0,2	- 0,1
Sans perte d'autonomie fonctionnelle						
Total [1]	23,8	7,2	15,6	11,1	5,0	8,0
Mortalité [2]	17,2	5,9	13,8	9,3	6,7	8,2
Autonomie fonctionnelle [3]	6,5	- 2,8	1,7	1,9	- 1,8	- 0,3
Résidu [4]	0,1	0,1	0,1	- 0,1	0,2	0,1

[1] Le changement total observé entre 1987 et 1992, par rapport à cet état de santé.

[2] L'effet des changements en mortalité si l'autonomie fonctionnelle n'avait pas changé.

[3] L'effet des changements en autonomie fonctionnelle si la mortalité n'avait pas changé.

[4] La différence entre le changement total et la somme des deux autres effets. Le résidu s'explique par l'interaction des changements simultanés en mortalité et en autonomie fonctionnelle.

PARTIE 3

CONSÉQUENCES

Recours aux services sociaux et de santé
Consommation de médicaments

CHAPITRE

RECOURS AUX SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

15

Marc-André Fournier, GRIS, Université de Montréal

Jacques Piché, Direction des études et indicateurs, ministère de la Santé et des Services sociaux

Lise Côté, Centre de santé publique de Québec

15.0 Introduction

On peut considérer le recours aux services sociaux et de santé comme une conséquence des problèmes qui surviennent dans la vie des individus, ou comme un déterminant de leur état de santé, au même titre que les facteurs biologiques, les habitudes de vie ainsi que l'environnement physique et social (ICRA, 1991).

Cependant, l'utilisation des services ne dépend pas uniquement des besoins des individus, mais aussi des caractéristiques sociodémographiques, des attitudes et de la capacité de ceux-ci de s'offrir des services non assurés; elle dépend également du mode d'organisation des services qui en conditionne les modalités d'accès, notamment la disponibilité des ressources et leur répartition sur le territoire (Béland, 1994; Evans et Stoddart, 1990; Andersen et Newman, 1973). Elle repose enfin sur les dispensateurs de services dont l'effectif, la qualification et la formation sont autant de facteurs qui influent sur la pratique des professionnels (Donabedian, 1973). À maints égards, l'offre régit la demande de services (Wennberg, 1993; Blais, 1990 et 1989).

Bien qu'elles n'en brossent pas le tableau complet, les données de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permettent de mieux comprendre un certain nombre de facteurs qui sont associés au recours aux services sociaux et de santé. Elles permettent de comparer le niveau de recours aux services des différents types de professionnels selon les caractéristiques sociodémographiques des individus, leurs conditions de vie, leur état de santé et leur région de résidence. Elles permettent également de connaître les motifs et la durée des problèmes à l'origine des consultations, de même que le lieu de ces consultations.

En plus de porter sur la consultation de professionnels, les données de l'enquête permettent aussi de comparer l'accessibilité financière à d'autres services de santé. Le régime d'assurance-maladie du Québec assure à l'ensemble de la population un accès gratuit à une gamme importante de services, dont l'ensemble des services médicaux et les services en établisse-

ment. Par contre, de nombreux services, dont les médicaments et les services dentaires ou d'optométrie, ne sont pas couverts ou ne le sont que partiellement. À cet égard, l'enquête permet de voir si des contraintes financières limitent l'accès à certains services non assurés par le régime d'assurance-maladie.

L'enquête contient ainsi des renseignements sur le recours aux professionnels de services sociaux et de santé que ne peuvent fournir les banques de données provenant de fichiers administratifs. En effet, ceux-ci ne portent que sur certains types de professionnels, presque exclusivement les médecins, et contiennent très peu de renseignements sur les caractéristiques des utilisateurs.

Les données de l'enquête permettent aussi de suivre l'évolution du niveau d'utilisation des services sociaux et de santé depuis l'enquête Santé Québec 1987. De plus, elles contiennent des renseignements absents de l'enquête précédente sur l'accessibilité géographique et financière.

15.1 Aspects méthodologiques

Le présent chapitre aborde cinq aspects du recours aux services sociaux et de santé : le taux de consultation de professionnels et les caractéristiques des individus ayant consulté, les motifs et les lieux de la consultation, l'accessibilité géographique ainsi que l'accessibilité financière aux services. Les données relatives à ce chapitre sont tirées de la section III du questionnaire rempli par l'interviewer (QRI), lequel concernait l'ensemble de la population. Comme c'est généralement le cas pour les questions du QRI, le taux de non-réponse partielle à chacune des questions de cette section est inférieure à 5 %.

15.1.1 Indicateurs

Le recours aux professionnels des services sociaux et de la santé est mesuré par le fait d'avoir consulté ou non un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. La mesure utilisée est le taux de consultation, soit le pourcentage de la population qui s'est adressée à un professionnel des services sociaux et de la santé. Douze blocs de questions (QRI29 à QRI81) permettent de dresser l'éventail des types de professionnels consultés. Neuf d'entre eux concernent spécifiquement une seule catégorie de professionnels, les trois autres portent sur un regroupement de catégories. Ainsi «les praticiens de médecine non traditionnelle» incluent les chiropraticiens, les acupuncteurs, les sages-femmes, les naturopathes, les ostéopathes et les homéopathes; les physiothérapeutes et les ergothérapeutes forment un type de professionnels; un dernier type comprend les professionnels autres que ceux déjà précisés.

Les données relatives au lieu, au motif et à la durée du problème à l'origine de la consultation ne portent que sur la dernière consultation d'un professionnel (QRI82 à QRI85). Le fait de ne considérer que la dernière consultation n'affecte en rien la qualité des résultats, car la très grande majorité des personnes déclarent avoir consulté un seul type de professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Au surplus, la structure des taux de consultation

selon le type de professionnel est semblable, qu'il s'agisse du dernier ou de tous les professionnels consultés. Puisque seule la dernière consultation est retenue, le nombre de personnes ayant consulté correspond, aux fins de l'analyse, à un nombre de consultations; ainsi, le taux de consultation désigne indifféremment les personnes ou les consultations. Il est à noter que les motifs de consultation sont définis selon la Classification internationale des maladies (CIM-9).

L'accessibilité géographique aux services de professionnels est analysée en comparant les taux de consultation de la population des différentes régions du Québec, et la distance parcourue pour effectuer ces consultations. Les questions relatives à l'accessibilité géographique font partie du bloc de questions concernant chacun des types de professionnels (QRI29 à QRI81).

L'accessibilité financière aux services non couverts par l'assurance-maladie du Québec est traitée sous deux aspects. D'une part, on s'intéresse aux personnes «couvertes par une assurance qui défraie, au moins en partie, les dépenses non assurées par l'assurance-maladie du Québec» (QRI88). L'analyse décrit les caractéristiques de ces personnes et compare le taux de consultation de certains professionnels dont les services ne sont pas assurés par l'assurance-maladie du Québec, notamment les dentistes et les praticiens de médecine non traditionnelle, selon que les individus sont couverts ou non par une telle assurance. D'autre part, l'accessibilité financière est évaluée en estimant la proportion de la population qui, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, n'a pu acheter, à cause de leur coût, des médicaments prescrits par un médecin (QRI86) ou des lunettes, des prothèses ou toutes autres fournitures médicales qu'elle «aurait dû se procurer» (QRI87).

Certaines données portant sur la consultation des professionnels ne sont pas traitées dans ce chapitre. Ainsi, la question visant à déterminer si la consultation est attribuable à une blessure ou à un accident a plutôt fait l'objet d'analyse au chapitre consacré aux accidents et blessures. Par ailleurs, l'analyse des données de mi-enquête concernant les honoraires versés et le nombre d'heures de travail rémunérées perdues pour une consultation amène à conclure qu'il serait préférable de vérifier la validité des résultats, entreprise qui ne pouvait être réalisée dans le cadre du présent rapport.

15.1.2 Comparabilité avec l'enquête Santé Québec 1987

La formulation des questions sur le fait d'avoir consulté ou non un professionnel de la santé est la même que celle de l'enquête Santé Québec 1987. Cependant, des différences sont à noter en ce qui concerne les types de professionnels. Considérés séparément en 1987, le chiropraticien et l'acupuncteur font partie, dans la présente enquête, des praticiens de médecine non traditionnelle. Par ailleurs, la diététiste, classée parmi les «autres professionnels» lors de l'enquête de 1987, est un type de professionnel distinct en 1992-1993. Ces modifications n'affectent pas le taux global de consultation.

Un autre changement par rapport à l'enquête de 1987 concerne le motif de la consultation. Avant de demander le motif précis de la consultation, le questionnaire de 1992-1993 comprend une question supplémentaire qui invite les gens à classer le problème à l'origine de la

consultation selon trois catégories : «problème de santé, problème familial ou social, consultation préventive ou de routine» (QRI84). Il faut garder à l'esprit que la catégorisation des raisons de consultation telles que déclarées par la population ne correspond pas nécessairement à celle qui est basée sur la CIM-9, surtout pour ce qui est de la prévention ou des examens de routine.

15.1.3 Portée et limites des données

En ce qui concerne l'interprétation des résultats sur le taux de consultation, il importe de souligner que plusieurs études ont décelé la présence de biais dans la mesure de l'utilisation des services de santé, lorsqu'il faut faire appel à la mémoire des personnes qui participent à une enquête (Camirand *et al.*, 1994; Hayes *et al.*, 1990; Cleary et Jetté, 1984; U.S.D.H.E.W., 1977). Bien que le pourcentage d'erreurs augmente avec la longueur de la période de référence, ce taux peut quand même être important pour une période de référence de deux semaines. En jumelant les données de Santé Québec 1987 au fichier de facturation des médecins de la RAMQ, des chercheurs québécois (Camirand et *al.*, 1994), ont comparé les réponses aux questions de l'enquête portant sur la consultation d'un médecin et les consultations facturées pour les mêmes individus. Les résultats montrent qu'une proportion importante des consultations facturées par les médecins à la RAMQ n'ont pas été déclarées lors de l'enquête, et que cette sous-déclaration est beaucoup plus importante chez les personnes en bonne santé que chez celles en mauvaise santé.

Par contre, le taux de sous-déclaration ne varie pas de façon significative selon les caractéristiques sociodémographiques et le niveau de revenu. La sous-déclaration n'affecterait donc pas la validité des résultats portant sur le niveau relatif de consultation entre les catégories à l'intérieur de ces variables indépendantes. Toutefois, même si la sous-déclaration peut être compensée, en partie, par une surdéclaration, c'est-à-dire le fait d'avoir mentionné des consultations qui n'ont pas eu lieu au cours de la période, il faut interpréter avec prudence les résultats obtenus en ce qui concerne les écarts selon l'état de santé, lesquels pourraient être surestimés.

Il faut aussi préciser que l'indicateur d'utilisation des services employé ici est le fait d'avoir consulté ou non un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, peu importe la gravité du problème de santé à l'origine de cette consultation et le type de services utilisés. Or, une véritable comparaison du niveau d'utilisation des services entre différentes sous-populations ne doit pas se limiter à la quantité de services, puisqu'elle devrait également tenir compte du fait que la nature des services est très variable : de l'examen ordinaire jusqu'aux actes chirurgicaux les plus complexes. Dans la mesure où l'utilisation faite par les personnes en bonne santé concerne surtout des services simples et peu coûteux, la sous-estimation de leur taux de consultation n'implique pas nécessairement une sous-estimation de leur niveau d'utilisation des services. Compte tenu d'un effet compensatoire, le biais dû aux écarts de sous-déclaration selon l'état de santé n'est peut-être pas aussi problématique qu'il ne le paraît de prime abord.

De façon générale, l'analyse du recours aux services selon le type de professionnel est effectuée en examinant le taux de consultation d'au moins un professionnel, puis en distinguant les

médecins des autres professionnels et en précisant le type de professionnel, lorsque cela s'avère pertinent. Les résultats sont analysés selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, et d'après certains indicateurs de l'état de santé de la population.

15.2 Résultats

15.2.1 Taux de consultation des professionnels

Variations selon le sexe et l'âge

Une personne sur quatre (25 %) a consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (tableau 15.1). Parmi les différents types de professionnels, ceux qui sont les plus fréquemment consultés sont les médecins généralistes (11 %), les médecins spécialistes (6 %) et les dentistes (4 %). Globalement, le taux de consultation de professionnels autres que les médecins (14 %) est à peine inférieur à celui des médecins (15 %).

Tableau 15.1

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le type de professionnel, population totale, Québec 1992-1993

Types de professionnels	Personnes ayant consulté	
	%	Pe
Médecin généraliste	10,7	757 450
Médecin spécialiste	5,5	386 164
Médecin (généraliste ou spécialiste)	14,7	1 041 114
Dentiste	4,3	305 806
Pharmacien	2,4	170 940
Praticien de médecine non traditionnelle	2,4	170 675
Optométriste ou opticien	2,0	140 379
Infirmière	1,6	110 709
Physiothérapeute ou ergothérapeute	0,9	60 983
Psychologue	0,7	52 488
Travailleur social	0,6	39 436
Diététiste	0,3	23 169
Autre professionnel	0,7	50 202
Professionnel autre qu'un médecin	14,1	993 699
Au moins un professionnel	**24,8**	**1 753 951**

Parmi l'ensemble des personnes ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, 19 % ont vu un type de professionnel, 5 % en ont consulté deux, et 1,3 %, trois ou plus (tableau 15.2). En somme, environ les trois quarts (77 %) des gens ayant consulté durant cette période n'ont vu qu'un seul type de professionnels. La proportion de gens consultant trois types de professionnels ou plus a tendance à augmenter avec l'âge, passant de 0,6 % chez les jeunes de 0-14 ans à 2 % chez les personnes de 65 ans et plus. De plus, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir consulté trois types de professionnels ou plus (1,7 % c. 0,8 %).

Tableau 15.2

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le nombre de types de professionnels consultés, le sexe ou l'âge, population totale, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Nombre de types de professionnels consultés				
	Un	Deux	Trois et plus	Total	
	%	%	%	%	Pe
Sexe					
Hommes	16,3	3,5	0,8	20,7	722 212
Femmes	21,8	5,4	1,7	28,9	1 031 739
Groupe d'âge					
0-14 ans	19,3	3,6	0,6*	23,4	329 369
15-24 ans	16,4	3,5	0,8*	20,7	194 802
25-44 ans	18,5	4,7	1,4	24,5	603 981
45-64 ans	18,9	4,7	1,6	25,1	383 482
65 ans et plus	25,0	6,3	2,1*	33,4	242 317
Total	**19,1**	**4,5**	**1,3**	**24,8**	**1 753 951**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Le tableau 15.3 montre que le groupe des 15-24 ans demeure celui où le pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel est le plus faible (21 %), tandis que le pourcentage le plus élevé s'observe chez les personnes de 65 ans et plus (33 %). Cependant, la relation entre l'âge et le recours aux services diffère en fonction du type de professionnels consultés. Le recours aux services des médecins est beaucoup plus présent chez les personnes de 65 ans et plus (25 %) que parmi les personnes des autres groupes d'âge (de 11 % à 16 %), alors que la consultation auprès de professionnels autres que médecins varie peu selon l'âge.

La proportion de la population ayant consulté au moins un professionnel est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, soit 29 % contre 21 %. Le taux de consultation des femmes est plus élevé autant en ce qui concerne les médecins (18 % c. 12 %) que les autres professionnels (16 % c. 12 %).

Tableau 15.3

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le sexe ou l'âge, population totale, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Types de professionnels consultés		
	Au moins un professionnel	Médecin	Professionnel autre qu'un médecin
	%	%	%
Sexe			
Hommes	20,7	11,7	11,8
Femmes	28,9	17,7	16,3
Groupe d'âge			
0-14 ans	23,4	13,1	13,3
15-24 ans	20,7	11,3	12,4
25-44 ans	24,5	13,3	15,2
45-64 ans	25,1	15,8	13,7
65 ans et plus	33,4	25,1	14,6
Total	**24,8**	**14,7**	**14,1**

En 1987, lors de la première enquête, la proportion des personnes qui avaient consulté au moins un professionnel était de 22 % (graphique 15.1). La proportion estimée dans la présente enquête, soit 25 %, représente une augmentation par rapport à celle de 1987. Chez les hommes, la proportion est passée de 19 % à 21 % et chez les femmes, de 25 % à 29 %. Par ailleurs, l'augmentation générale du recours aux professionnels serait surtout attribuable au recours accru aux professionnels autres que les médecins (11 % c. 14 %), l'augmentation observée du recours aux médecins n'étant pas significative.

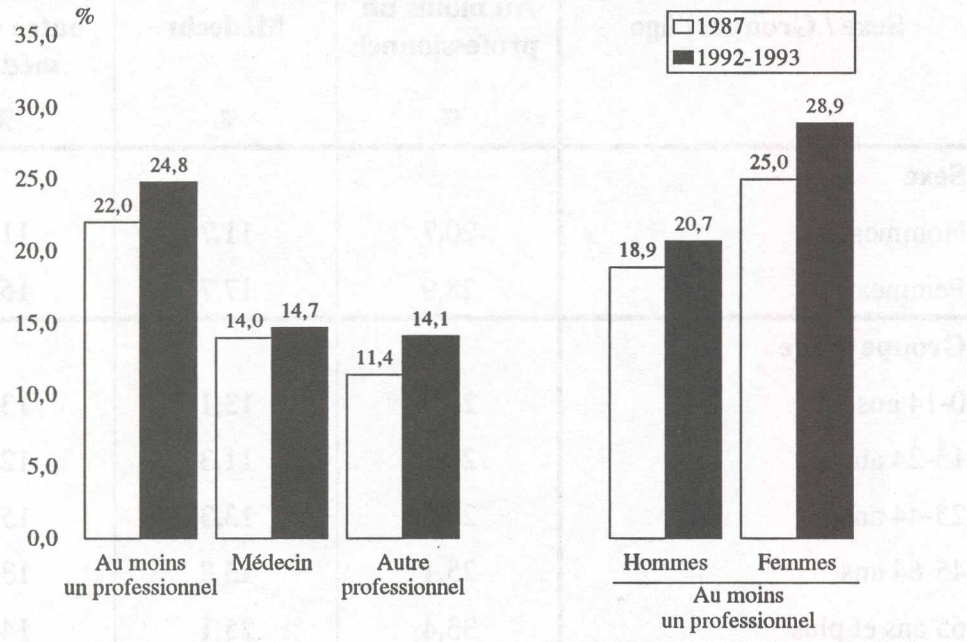
Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Les données selon l'état matrimonial de fait indiquent qu'une forte proportion des personnes veuves, séparées ou divorcées, soit 35 %, ont consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (tableau 15.4). Cette proportion est de 22 % chez les

célibataires, de 25 % chez les personnes mariées, et de 26 % chez les personnes vivant en union de fait. Outre les médecins, les pharmaciens, les psychologues et les travailleurs sociaux sont les types de professionnels pour lesquels le taux de consultation des personnes veuves, séparées ou divorcées est plus élevé que celui des autres groupes (tableau A.15.1). Cette relation entre l'état matrimonial et le recours aux services de professionnels est attribuable en partie à l'âge, qui varie selon l'état matrimonial.

Graphique 15.1

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le sexe, population totale, Québec 1987 et 1992-1993



Les résultats en fonction du statut d'activité indiquent que les personnes retraitées (32 %) ainsi que les personnes à la maison (30 %) sont celles qui recourent le plus souvent aux services de professionnels. Toutefois, cette distinction ne vaut que pour le recours aux services de médecins, et non pour le recours aux services d'autres professionnels. Ainsi, 24 % des personnes à la retraite et 20 % des personnes qui tiennent maison ont consulté au moins un médecin au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, contre 17 % des personnes sans emploi, 12 % de celles qui occupent un emploi, et 10 % des étudiants. Ces résultats sont évidemment liés à l'âge et au sexe, qui diffèrent selon le statut d'activité.

En ce qui a trait au recours aux services de professionnels autres que les médecins, l'absence d'une tendance générale cache des résultats propres à certains types de professionnels. À l'inverse de ce que l'on observe pour le recours aux médecins, les retraités sont les personnes qui en proportion recourent le moins aux dentistes et aux praticiens de médecine non traditionnelle, tandis que les personnes occupant un emploi sont celles qui y recourent le plus (tableau A.15.2).

Il n'existe pas de relation significative entre le niveau de revenu et le taux de consultation au regard de l'ensemble des professionnels consultés. Ce résultat global cache des tendances diverses selon le type de professionnels concernés. Ainsi le recours aux médecins augmente lorsque le revenu diminue. En ce qui concerne les professionnels autres que les médecins, le recours aux dentistes et aux praticiens de médecine non traditionnelle croît à mesure que s'élève le revenu, tandis que le phénomène inverse s'observe en ce qui a trait aux travailleurs sociaux (tableau A.15.3).

Tableau 15.4

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population totale, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Types de professionnels consultés		
	Au moins un professionnel	Médecin	Professionnel autre qu'un médecin
	%	%	%
État matrimonial de fait[1]			
Marié	24,6	15,0	13,7
Union de fait	25,7	14,5	14,4
Veuf, séparé ou divorcé	34,7	23,0	18,5
Célibataire	22,1	11,6	13,9
Niveau de revenu[2]			
Très pauvre	27,5	18,5	13,9
Pauvre	24,5	16,1	12,6
Moyen inférieur	24,4	15,0	13,5
Moyen supérieur	24,6	13,8	14,5
Supérieur	25,2	13,2	15,6
Statut d'activité[1] (2 sem.)			
En emploi	23,0	12,1	14,2
Aux études	19,9	9,9	12,8
Tient maison	30,2	20,3	15,9
À la retraite	31,7	24,0	14,0
Sans emploi	25,4	16,5	14,0

[1] Population de 15 ans et plus.
[2] Population totale.

Variations selon certains indicateurs de l'état de santé

La perception de l'état de santé est fortement liée au recours aux services des professionnels, notamment aux services médicaux (tableau 15.5). Parmi les personnes qui s'estiment en excellente santé, 19 % ont consulté au moins un professionnel. Cette proportion augmente évidemment à mesure que se dégrade l'état de santé perçu, et se situe à 60 % chez les personnes qui se jugent en mauvaise santé. En ce qui concerne le recours aux services médicaux, 10 % des personnes qui se disent en excellente santé ont consulté un médecin comparativement à 49 % de celles qui se déclarent en mauvaise santé. Ces proportions sont respectivement de 11 % et de 30 % pour le recours aux services des professionnels autres que les médecins.

Tableau 15.5

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon certains indicateurs de santé, population totale, Québec 1992-1993

Indicateurs de santé	Types de professionnels consultés		
	Au moins un professionnel	Médecin	Professionnel autre qu'un médecin
	%	%	%
État de santé perçu [1]			
Excellent	18,8	10,0	11,2
Très bon	22,3	11,8	13,5
Bon	26,2	15,5	14,8
Moyen	40,0	29,2	20,1
Mauvais	60,1	48,9	29,5
Incapacité à court ou à long terme [2]			
Sans incapacité	20,9	10,9	12,4
Avec incapacité	61,6	50,0	29,8
Indice de détresse psychologique [1]			
Niveau faible	23,6	13,9	13,0
Niveau élevé	30,7	17,8	18,4

[1] Population de 15 ans et plus.

[2] Population totale.

Le fait d'être frappé d'incapacité est également relié étroitement au taux de consultation. Ainsi, les gens qui rapportent avoir limité leurs activités par suite d'un problème de santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête sont proportionnellement plus nombreux à avoir consulté un professionnel que ceux qui ne rapportent pas d'incapacité (62 % c. 21 %).

Ces proportions sont respectivement de 50 % et de 11 % pour les consultations d'un médecin, et de 30 % et de 12 % pour les consultations de professionnels autres que les médecins.

Dans une moindre mesure, la détresse psychologique est un autre facteur qui est associé au recours aux professionnels de services sociaux et de santé. Au total, 31 % des personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique ont consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, comparativement à 24 % du reste de la population. Des taux plus élevés s'observent à la fois pour le recours aux médecins (18 % c. 14 %) et aux autres professionnels (18 % c. 13 %). Les psychologues étant plus directement concernés par ce type de problèmes, les données montrent que les personnes présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique les consultent dans une proportion significativement plus grande que celle estimée pour les personnes classées au niveau faible de l'indice, soit 1,9 % comparativement à 0,5 % (données non présentées).

15.2.2 Problèmes à l'origine de la dernière consultation

Six personnes sur dix (59 %) ayant consulté un professionnel déclarent l'avoir fait pour des problèmes de santé, 3 %, pour des problèmes sociaux ou familiaux, et plus du tiers (38 %) à des fins préventives ou pour des examens de routine (tableau 15.6). C'est auprès des optométristes ou opticiens (72 %), des dentistes (66 %) et des infirmières (65 %) que le taux de consultation pour des raisons de prévention ou des examens de routine est le plus élevé, et auprès des physiothérapeutes et des ergothérapeutes qu'il est le plus faible (7 %); dans le cas des médecins généralistes et spécialistes, les taux de consultation reliés à ces motifs sont de 30 % et 32 %. Par ailleurs, 78 % des consultations d'un travailleur social et 46 % de celles d'un psychologue sont effectuées pour des problèmes d'ordre social ou familial.

Lorsque les personnes sont appelées à préciser le motif ou le problème à l'origine de la dernière consultation, c'est 26 % des consultations[1] qui peuvent être associées à des activités de prévention ou à des examens de routine (tableau 15.7). Les autres motifs de consultation les plus fréquemment déclarés sont les troubles du système ostéo-articulaire (10 %), de l'appareil respiratoire (9 %), du système nerveux et des organes des sens (7 %), les lésions et accidents (6 %), les problèmes de digestion (5 %), les symptômes et les signes mal définis (5 %).

Il n'y a pas de différence significative entre les sexes, selon les catégories de problèmes à l'origine des consultations (tableau A.15.4). Par contre, certaines différences apparaissent selon l'âge. Alors que les problèmes reliés à l'appareil circulatoire représentent moins de 2 % des motifs de consultation rapportés par les personnes de moins de 45 ans, ils constituent 7 % de ceux déclarés par les personnes de 45-64 ans, et 12 %, par celles de 65 ans et plus. Exception faite des consultations à des fins de prévention et des examens de routine, les problèmes respiratoires sont la principale cause de consultation chez les moins de 15 ans (15 %) et les problèmes ostéo-articulaires, chez les 25 à 64 ans (13 % et 14 %).

[1] Il importe de rappeler que dans cette section et la suivante, la mesure utilisée, pourcentage ou taux, s'applique indifféremment aux personnes ayant consulté ou aux consultations, puisque seule la dernière consultation fait l'objet d'une analyse.

Tableau 15.6

Raison invoquée pour la dernière consultation selon le type de professionnel, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Types de professionnels	Raison invoquée pour la dernière consultation			
	Problème de santé	Problème familial ou social	Consultation préventive ou de routine	Total
	%	%	%	N
Médecin généraliste	69,6	0,5**	30,0	592 823
Médecin spécialiste	66,9	1,5**	31,7	340 772
Dentiste	33,9	0,0**	66,1	263 788
Infirmière	34,6	0,0**	65,4	67 924
Pharmacien	65,6	0,1**	34,3	86 431
Optométriste ou opticien	28,5	0,0**	71,5	114 108
Physiothérapeute ou ergothérapeute	92,4	0,5**	7,1**	45 071
Praticien de médecine non traditionnelle	78,5	0,3**	21,3	144 301
Psychologue	33,0*	46,4	20,6*	39 760
Travailleur social	8,8**	78,0	13,3*	24 365
Diététiste	66,0	2,1**	31,9*	16 298
Autre	55,4	12,3**	32,3*	18 263
Au moins un professionnel	**58,9**	**2,8**	**38,3**	**1 753 903**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Les motifs de consultation diffèrent selon le professionnel consulté. Ainsi, 23 % des consultations d'un médecin généraliste sont liées à des examens de routine ou de prévention, 18 %, à des troubles respiratoires et 8 %, à des accidents et lésions (tableau A.15.5). Les raisons sont plus diversifiées pour les médecins spécialistes : 18 % des consultations concernent les examens de routine et de prévention, 10 %, les troubles du système nerveux et des organes des sens, 7 %, les problèmes ostéo-articulaires et musculaires, 7 %, les accidents et lésions et 6 % les troubles de l'appareil respiratoire. La principale raison invoquée pour la consultation d'un pharmacien est un problème de l'appareil respiratoire (21 %), alors que le deuxième motif en importance est la prévention (8 %), suivent les symptômes mal définis (8 %) et les accidents et lésions (7 %).

Quant aux consultations de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes, plus de la moitié (54 %) sont motivées par des problèmes ostéo-articulaires et musculaires, et plus du quart (26 %), par des accidents et lésions. Plus de la moitié (52 %) des consultations de praticiens non traditionnels sont aussi le résultat de problèmes ostéo-articulaires et musculaires, alors que 15 % sont pour des examens de routine ou de prévention, et 7 %, pour des maux mal définis.

Une comparaison du motif de la dernière consultation avec les données de Santé Québec 1987 révèle que, parmi les personnes ayant consulté, celles qui rapportent des problèmes liés à l'appareil circulatoire et au système digestif sont proportionnellement moins nombreuses en 1992-1993 qu'en 1987 (4 % c. 6 % et 5 % c. 8 %), tandis que la proportion de personnes qui consultent pour des raisons de prévention ou un examen de routine est en hausse (26 % c. 21 %) (tableau 15.7).

Tableau 15.7

Problème à l'origine de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1987 et 1992-1993

Problèmes de santé	1987 %	1992-1993 %
Endocrinien et métabolique	2,0	2,7
Troubles mentaux	2,6	3,1
Nerveux et organes des sens	6,4	6,6
Circulatoire	6,1	3,7
Respiratoire	9,5	8,7
Digestif	7,9	5,4
Génito-urinaire	3,0	2,0
Affection cutanée	2,9	2,5
Ostéo-articulaire	9,1	9,7
Symptômes et signes mal définis	6,3	5,3
Lésion et accident	7,0	6,0
Prévention et examen de routine	20,6	25,5
Autres	16,7	19,1
Total	**100,0**	**100,0**

Pour 20 % des personnes ayant consulté au moins un professionnel, le problème à l'origine de la dernière consultation est présent depuis une semaine ou moins, pour un peu moins de 20 %, depuis plus d'une semaine à un mois, pour plus du quart (28 %), depuis plus d'un mois à un an,

et pour le tiers, depuis plus d'un an (tableau A.15.6). Plus du tiers des problèmes à l'origine des consultations d'un médecin généraliste (34 %) ont débuté une semaine ou moins avant l'enquête comparativement à 9 % des consultations d'un médecin spécialiste et à 44 % de celles d'un pharmacien. Plus de la moitié des personnes qui consultent un praticien de médecine non traditionnelle (58 %) le font pour des problèmes qui durent depuis plus d'un an, comparativement à 22 % de celles qui consultent un médecin généraliste et à 41 % de celles qui s'adressent à un médecin spécialiste.

15.2.3 Lieu de la dernière consultation

Les deux tiers des consultations (67 %) ont lieu en cabinet privé, 14 %, à la clinique externe d'un hôpital, 4 %, dans un CLSC, 3 %, à l'urgence d'un hôpital, et 3 %, à domicile (tableau 15.8). Il y a peu de différence selon le sexe, mais des écarts s'observent entre certains groupes d'âge. Chez les personnes de 65 ans et plus, 10 % des consultations ont lieu à domicile comparativement à un peu moins de 2 % chez les personnes des autres groupes d'âge (tableau A.15.7). Plus de 6 % des consultations effectuées par les jeunes de 0-14 ans et de 15-24 ans ont lieu dans un CLSC comparativement à 3 % de celles des personnes de 65 ans et plus.

Tableau 15.8

Lieu de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1987 et 1992-1993

Lieu	1987	1992-1993	
	%	%	Pe
Bureau privé	66,0	66,8	1 172 135
CLSC	5,8	4,1	72 251
Urgence-Centre hospitalier	5,7	3,2	55 753
Clinique externe	11,0	13,7	239 950
Centre hospitalier-séjour	2,2	1,6	27 732
Travail	1,5	0,6*	11 023
École	0,5	1,3*	22 441
Domicile	3,1	2,6	45 504
Téléphone	1,4	1,1*	19 282
Autre	3,0	5,0	87 673
Total	**100,0**	**100,0**	**1 753 744**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour 1987.

Le lieu de consultation varie aussi selon le niveau de revenu du ménage (tableau A.15.8). Seulement 55 % des personnes très pauvres qui consultent le font en cabinet privé comparativement à environ 70 % des personnes dont le niveau de revenu est moyen supérieur ou supérieur. Par contre, 8 % des consultations des gens très pauvres ont lieu dans un CLSC comparativement à 2 % de ceux se situant dans la catégorie de revenu supérieur. Il semble également que la proportion relative des consultations à domicile ou à l'urgence d'un centre hospitalier diminuent quand le niveau de revenu augmente, mais cette association n'est pas significative. Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec ceux observés entre le type de professionnels consultés et le niveau de revenu.

Le lieu de consultation varie selon le type de professionnels consultés (tableau A.15.9). Dans plus de 90 % des cas, les consultations de dentistes, d'optométristes ou d'opticiens, et de praticiens de médecine non traditionnelle ont lieu en bureau privé comparativement à environ les deux tiers des consultations de médecins généralistes et de psychologues, et à la moitié des consultations de médecins spécialistes, de physiothérapeutes ou d'ergothérapeutes, ou de diététistes. C'est à la clinique externe qu'ont également lieu 32 % des consultations d'un médecin spécialiste et 34 % des consultations d'un physiothérapeute ou d'un ergothérapeute. Par ailleurs, à peine 5 % des consultations de médecins généralistes ont lieu dans un CLSC et 3 %, à domicile. Les consultations d'une infirmière ou d'un travailleur social se répartissent principalement entre le CLSC, le milieu scolaire et le domicile; l'infirmière est aussi consultée en clinique externe et le travailleur social, en bureau privé.

Une comparaison avec les résultats de l'enquête de 1987 montre peu de changements quant au lieu de la dernière consultation (tableau 15.8). Les personnes qui consultent un professionnel sont proportionnellement plus nombreuses à consulter à la clinique externe en 1992-1993 qu'en 1987 (14 % c. 11 %). Par contre, le pourcentage des consultations à l'urgence d'un centre hospitalier a diminué, passant de 6 % à 3 %. Bien qu'aucune différence significative n'apparaisse, cette baisse pourrait être attribuée au fait que le recours aux professionnels autres que des médecins ait augmenté (et que ceux-ci n'exercent presque pas à l'urgence) ou que la consultation de médecins à l'urgence ait diminué.

15.2.4 Accessibilité géographique

Pour simplifier la comparaison de l'accès aux services de professionnels entre les différentes régions sociosanitaires, celles-ci ont été regroupées en fonction de leur éloignement des grands pôles urbains. Les régions centrales sont formées des régions de Québec, de Montréal-centre et de Laval. Les régions en périphérie des régions centrales sont celles de Chaudière-Appalaches, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie. Les régions intermédiaires comprennent le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Mauricie–Bois-Francs, l'Estrie et l'Outaouais. Les régions éloignées se composent de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

En considérant globalement la proportion des personnes qui ont consulté au moins un professionnel durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, les données de l'enquête ne révèlent pas d'écarts selon les quatre types de régions (tableau 15.9). Toutefois, des différences apparaissent lorsqu'on distingue le recours aux médecins de celui d'autres professionnels. Le recours aux médecins est plus répandu dans les régions centrales (16 %) que dans les autres régions (14 % et 13 %), tandis qu'on observe le phénomène inverse en ce qui a trait au recours à des professionnels autres que des médecins (13 % c. 15 %).

Tableau 15.9

Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le type de région, population totale, Québec 1992-1993

Types de régions	Types de professionnels consultés		
	Au moins un professionnel %	Médecin %	Professionnel autre qu'un médecin %
Centrale	25,0	15,8	12,7
Périphérique	24,8	14,3	15,1
Intermédiaire	24,9	14,0	14,8
Éloignée	23,5	13,0	15,0
Total	**24,8**	**14,7**	**14,1**

Un examen plus approfondi du recours aux services médicaux peut s'avérer particulièrement intéressant, compte tenu du débat sur la répartition géographique des médecins. Une distinction entre l'accès aux services des généralistes et à ceux des spécialistes montre que la proportion des personnes qui ont recours aux services des médecins généralistes ne varie pas de manière significative selon le type de régions (tableau A.15.10). Chez les médecins spécialistes par contre, les variations sont notables. Dans les régions centrales, 7 % de la population a eu recours aux services d'un spécialiste au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Cette proportion est de 5 % dans les régions intermédiaires et en périphérie des régions centrales, et de 4 % dans les régions éloignées.

Les données de l'enquête permettent également de comparer les distances parcourues pour consulter un professionnel. Il s'agit en l'occurrence de la distance à l'aller pour se rendre au lieu de consultation. La distance parcourue peut servir d'indicateur pour cerner l'accessibilité d'un service, mais il faut garder à l'esprit qu'elle n'est pas toujours directement associée à la durée du trajet. Ainsi, à distance égale, le temps de déplacement est généralement plus long dans les zones urbaines qu'il ne l'est ailleurs.

Le seuil de vingt kilomètres a été choisi comme point de démarcation entre un trajet court et un trajet long. En général, on peut estimer qu'un trajet de vingt kilomètres requiert normalement au moins trente minutes, ce qui donne une heure de déplacement, lorsqu'on considère l'aller-retour. Sur cette base, on présume que d'avoir à parcourir une distance de plus de vingt kilomètres peut représenter un obstacle à l'accessibilité.

Une proportion relativement faible des consultations (14 %), requièrent un trajet de plus de vingt kilomètres (tableau 15.10). Ce pourcentage est, à peu de chose près, le même pour les consultations de médecins et les consultations de professionnels autres que des médecins. Par

contre, les variations régionales sont beaucoup plus fortes pour les médecins que pour les autres professionnels. La proportion des consultations de médecins qui ont nécessité un trajet de plus de vingt kilomètres est de 6 % dans les régions centrales et de 29 % dans les régions éloignées. Quant aux consultations d'un professionnel autre qu'un médecin, ces proportions sont respectivement de 8 % et de 17 %.

Tableau 15.10

Consultations ayant nécessité un trajet de plus de 20 kilomètres selon le type de région, consultations auprès d'un professionnel, médecin ou autre, déclarées pour les 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Types de régions	Types de professionnels consultés		
	Au moins un professionnel %	Médecin %	Professionnel autre qu'un médecin %
Centrale	7,1	6,0	8,4
Périphérique	16,6	17,5	15,8
Intermédiaire	17,5	18,9	16,2
Éloignée	22,3	28,7	17,0
Total	**13,5**	**13,6**	**13,4**

Les distances que les gens doivent parcourir pour consulter un médecin spécialiste sont plus grandes que pour toutes les autres catégories de professionnels (tableau 15.11). Chez les résidents des régions centrales, 10 % des consultations de spécialistes requièrent un trajet de plus de vingt kilomètres. Cette proportion est de 35 % dans les régions en périphérie des régions centrales, de 33 % dans les régions intermédiaires, et de 51 % dans les régions éloignées. Lorsqu'il s'agit de consultations nécessitant un trajet de plus de cent kilomètres, la proportion passe de 1 % pour les résidents des régions centrales à 8 % pour les personnes des régions intermédiaires, et grimpe à 23 % pour celles qui habitent les régions éloignées.

15.2.5 Accessibilité financière

Couverture par une assurance complémentaire

Au total, plus de la moitié (53 %) de la population québécoise est couverte par une assurance privée «qui défraie en tout ou en partie le coût des services non assurés par l'assurance-maladie du Québec» (tableau 15.12). À peu de chose près, cette proportion est la même chez les hommes et les femmes. Toutefois, chez les personnes de 65 ans et plus, la proportion dépasse à peine le quart de la population (27 %). Cette observation doit être interprétée à la lumière du fait que l'assurance-maladie du Québec défraie le coût des médicaments des personnes de 65 ans et plus,

Tableau 15.11

Consultation d'un médecin spécialiste selon la distance parcourue et le type de région, consultations déclarées pour les 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Types de régions	Distance parcourue		
	20 kilomètres et moins	21-100 kilomètres	Plus de 100 kilomètres
	%	%	%
Centrale	89,8	9,4	0,9 **
Périphérique	65,2	33,1	1,8 **
Intermédiaire	67,0	24,7	8,3 *
Éloignée	48,8	28,3 *	23,0 *
Total	**76,1**	**20,5**	**3,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

moyennant une contribution de quelques dollars par prescription de la part du bénéficiaire. Le besoin d'une assurance privée n'est donc pas le même pour les personnes de 65 ans et plus que pour les personnes des autres groupes d'âge qui ne bénéficient pas d'une couverture aussi complète du régime public.

La proportion des personnes qui possèdent une assurance privée varie en fonction du niveau de revenu. Elle est de 12 % chez les personnes très pauvres et atteint environ 70 % chez les personnes dont le revenu est considéré comme moyen supérieur ou supérieur. Par ailleurs, le fait de posséder ou non une assurance privée est également fortement lié au statut d'activité. Les personnes qui occupent un emploi forment le groupe où l'on retrouve la plus forte proportion d'assurés (67 %), alors que les retraités et les sans emploi sont ceux qui présentent la plus faible proportion de personnes possédant une assurance privée (31 % et 28 %). L'interprétation de ces résultats doit tenir compte du fait que la couverture de l'assurance-maladie du Québec varie selon les groupes sociaux. Ainsi, les bénéficiaires d'aide sociale profitent d'une couverture plus étendue que le reste de la population.

Le fait de posséder une assurance privée n'est pas associé au recours aux services de professionnels, sauf dans le cas des dentistes et des praticiens de médecine non traditionnelle. Parmi les personnes qui possèdent une assurance privée, 5 % ont consulté un dentiste au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, contre 3 % pour les personnes ne possédant pas une telle assurance. Quant aux consultations de praticiens de médecine non traditionnelle, ces proportions sont respectivement de 3 % et de 1,6 % (données non présentées).

Tableau 15.12

Personnes couvertes par une assurance privée selon l'âge ou certaines caractéristiques socioéconomiques, population totale, Québec 1992-1993

Groupe d'âge / Caractéristiques	Personnes couvertes par une assurance privée	
	%	Pe
Groupe d'âge		
0-14 ans	58,8	816 937
15-24 ans	47,9	444 137
25-44 ans	58,8	1 439 204
45-64 ans	55,8	851 004
65 ans et plus	26,7	193 214
Total	**53,4**	**3 744 496**
Niveau de revenu		
Très pauvre	11,5	60 187
Pauvre	21,6	195 245
Moyen inférieur	50,5	1 088 510
Moyen supérieur	70,4	1 820 544
Supérieur	68,6	580 008
Statut d'activité[1] (2 sem.)		
En emploi	66,7	1 926 923
Aux études	48,1	260 375
Tient maison	40,9	320 064
À la retraite	31,3	232 820
Sans emploi	28,0	186 800

[1] Population de 15 ans et plus seulement.

Obstacles à l'acquisition de produits ou services

Une personne sur onze s'est fait prescrire des médicaments au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Parmi ces personnes, 4 % affirment s'être privées des médicaments prescrits à cause de leur coût (tableau 15.13). On n'observe aucune différence significative selon le sexe. Par contre, des différences existent entre les groupes d'âge. Ainsi, dans le groupe des 15-24 ans, la proportion de ceux qui disent s'être privés de médicaments prescrits est de 8 %, alors qu'elle est de 1,4 % chez les 65 ans et plus.

Tableau 15.13

Personnes s'étant privées de médicaments à cause de leur coût, selon l'âge, personnes ayant eu une prescription de médicaments au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Groupe d'âge	Personnes s'étant privées de médicaments à cause de leur coût	
	%	Pe
0-14 ans	2,3**	2 075
15-24 ans	7,8**	4 434
25-64 ans	4,5*	14 330
65 ans et plus	1,4**	1 479
Total	**3,9**	**22 318**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Par ailleurs, les données de l'enquête ne révèlent pas de lien significatif entre la privation de médicaments prescrits et le niveau de revenu, le statut d'activité ou le fait de posséder ou non une assurance privée (données non présentées). Cependant, ces résultats portent sur un petit nombre de cas; il serait donc prudent de ne pas conclure à l'absence complète de relation.

Parmi les personnes qui, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, auraient dû se procurer des lunettes, des prothèses ou toute autre fourniture médicale, soit environ 3 % de la population, 29 % affirment s'en être privées à cause de leur coût (tableau 15.14). Les données de l'enquête ne permettent pas d'établir si la privation persiste longtemps après la période de référence de deux semaines. Il faut éviter de conclure qu'il s'agit d'une privation définitive. Comme l'acquisition de lunettes ou de toute autre fourniture médicale représente généralement une dépense importante, il est possible que l'achat en soit retardé pendant un certain temps seulement.

Tableau 15.14

Personnes s'étant privées de lunettes, de prothèses ou de toute autre fourniture à cause de leur coût, selon certaines caractéristiques socioéconomiques, personnes qui auraient dû se procurer ces produits au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Personnes s'étant privées de lunettes, de prothèses ou de toute autre fourniture médicale à cause de leur coût	
	%	Pe
Niveau de revenu		
Très pauvre	36,3*	6 383
Pauvre	47,5	12 193
Moyen inférieur	29,7*	18 344
Moyen supérieur	23,5*	14 226
Supérieur	11,0**	1 976
Statut d'activité (2 sem.)		
En emploi	27,3	21 252
Aux études	30,4*	3 188
Tient maison	33,6*	9 784
À la retraite	16,8**	4 598
Sans emploi	46,8	10 797
Total	**28,9**	**53 122**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

La proportion de personnes qui se sont privées de lunettes, de prothèses ou de toute autre fourniture médicale augmente, lorsque le revenu diminue, passant de 11 % à environ 40 %. Elle varie également selon le statut d'activité, la privation étant plus fréquente chez les personnes sans emploi (47 %). Par contre, la privation de ces produits n'est pas significativement associée avec le sexe, le groupe d'âge, ou le fait de posséder ou non une assurance privée (données non présentées).

15.3 Conclusions

15.3.1 Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de l'enquête montrent que les professionnels autres que les médecins occupent une place importante dans le système de santé. D'une part, ils sont consultés dans la même proportion que le sont les médecins. D'autre part, la comparaison des données de l'enquête de 1992-1993 avec celles de l'enquête Santé Québec 1987 indique une augmentation significative du taux de consultation de professionnels autres que des médecins, alors que ce n'est pas le cas pour ces derniers.

Comme en 1987, les femmes recourent en plus grand nombre aux services de professionnels, médecins ou non. Il en est de même des personnes veuves, séparées ou divorcées, de celles qui souffrent d'incapacité, qui perçoivent leur état de santé comme étant moyen ou mauvais, ou qui ont un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Par contre, s'il est vrai qu'une plus grande proportion de personnes de 65 ans et plus recourent aux services des médecins, ce n'est cependant pas le cas pour les services des autres professionnels.

L'analyse en fonction du revenu montre que le recours aux services des médecins et des travailleurs sociaux augmente à mesure que diminue le niveau de revenu, alors que le recours aux services des dentistes et des praticiens de médecine non traditionnelle augmente avec le niveau de revenu. Ces résultats corroborent ceux de l'enquête de 1987. Par ailleurs, on a déjà observé l'augmentation du recours aux dentistes en fonction du revenu, à l'échelle du Canada (Birch et Eyles, 1992).

L'état de santé semble être le principal facteur qui influence la consultation d'un professionnel, particulièrement d'un médecin. Béland (1995) a montré aussi, en jumelant les données de l'enquête de 1987 aux fichiers de la RAMQ, que même si l'utilisation de services de médecins est plus élevée chez les personnes à faible revenu, l'écart disparaît en contrôlant pour l'état de santé. Ainsi, les personnes à faible revenu ne surutilisent pas les services médicaux, mais le fait que ces services soient complètement couverts par l'assurance-maladie permettrait une équité d'accès en fonction des besoins de santé. Cet accès serait compromis pour les services non couverts par le régime, comme le laisseraient voir les données de l'enquête.

Les trois quarts des personnes ayant consulté un professionnel l'ont fait en raison de problèmes de santé. Pour le quart des personnes, des examens de routine ou des activités de prévention sont à l'origine de la consultation. Les troubles du système ostéo-articulaire et de l'appareil respiratoire sont ensuite les plus souvent invoqués comme motif de consultation. Les motifs de consultation varient de façon importante selon l'âge. Comparativement aux résultats de l'enquête de 1987, les consultations pour des examens de routine ou des activités de prévention ont augmenté de façon significative. Parmi les personnes ayant consulté un professionnel, une sur cinq l'a fait pour un problème ayant débuté moins d'une semaine auparavant, alors que pour une personne sur trois, le problème à l'origine de la consultation remontait à plus d'un an.

Plus de la moitié des consultations de praticiens de médecine non traditionnelle sont attribuables à un problème survenu il y a plus d'un an. On peut raisonnablement croire que dans la plupart des cas, il s'agit d'un problème que la médecine traditionnelle n'a pas résolu.

Le lieu de la consultation varie selon le type de professionnels consultés et certaines caractéristiques des individus. La très grande majorité des consultations, y compris celles des médecins, ont eu lieu en cabinet privé, alors que les CLSC jouent un rôle marginal même en ce qui concerne la consultation de première ligne des médecins généralistes. Les CLSC attirent davantage les plus jeunes (moins de 25 ans), alors que les consultations à domicile sont beaucoup plus importantes chez les personnes de 65 ans et plus.

Les données de l'enquête permettent de déceler certains modèles de comportement selon le niveau de revenu. Les personnes des ménages à faible revenu consultent moins en cabinet privé que les personnes dont le revenu est plus élevé; par contre, elles vont davantage au CLSC, à l'urgence et à la clinique externe d'un hôpital, et ont davantage recours aux visites à domicile. Cela soulève la question du type de services reçus selon le niveau socioéconomique. On peut penser que la continuité des soins est plus difficile à assurer pour les personnes qui font un usage plus fréquent des salles d'urgence et des visites d'urgence à domicile que pour celles qui ont une source régulière de soins auprès de leur médecin exerçant en cabinet privé (Béland, 1995).

Des données sur l'accessibilité géographique, deux phénomènes sont à souligner. Le niveau global de consultation est semblable, si l'on compare les quatre types de régions. Cependant, le taux de consultation varie en fonction du type de professionnels. La population des régions centrales utilise davantage les services des médecins et moins ceux des autres professionnels. Le phénomène inverse caractérise l'utilisation des services dans les autres régions. Les régions éloignées sont particulièrement défavorisées au niveau de l'accessibilité aux services de médecins spécialistes. Les données de consommation obtenues de la Régie d'assurance-maladie du Québec confirment ces résultats (MSSS, 1993).

En ce qui concerne l'accessibilité financière, l'Enquête sociale et de santé permet d'estimer que plus de la moitié de la population, soit environ 3 750 000 Québécois, est couverte par une assurance privée complémentaire. Ce nombre se rapproche de celui estimé par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, qui évalue à un peu plus de quatre millions le nombre de Québécois qui étaient assurés en 1992-1993. L'enquête indique également que ceux qui sont couverts par une telle assurance utilisent davantage les services des dentistes et des praticiens de médecine non traditionnelle.

Parmi les personnes à qui un médicament a été prescrit, 4 % affirment s'en être privées à cause de son coût. La privation de médicament serait plus fréquente chez les jeunes de 15 à 24 ans. Parmi les personnes qui, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, auraient dû se procurer des lunettes, des prothèses ou toute autre fourniture médicale, près du tiers déclarent s'en être privées à cause de leur coût. Cette privation est plus fréquente chez les personnes à faible revenu. La durée de cette privation est toutefois inconnue, puisque la période de référence est limitée à deux semaines.

Comme piste de recherche, il serait intéressant de pousser plus loin les résultats de l'enquête en procédant à une analyse multivariée des facteurs associés au recours aux services. Il faudrait distinguer ceux qui, relevant de l'état de santé, sont une manifestation des besoins (âge, perception de l'état de santé, présence d'incapacité, détresse psychologique), de ceux qui caractérisent les conditions de vie (scolarité, revenu, l'état matrimonial, etc.) et les lieux de résidence. Une telle analyse permettrait de faire ressortir les interactions entre les facteurs et de situer l'importance relative des uns et des autres. Elle devrait permettre également de différencier les facteurs déterminants en fonction du type de professionnels consultés et du niveau de couverture par l'assurance-maladie ou un régime complémentaire. Ainsi, l'accessibilité financière semble être un élément associé à l'accès aux services des dentistes, alors que l'accessibilité géographique semble être reliée à l'accès aux services médicaux spécialisés.

De plus, il faudrait analyser les variations du recours aux services selon des variables provenant d'autres volets de l'enquête, comme le soutien social, la consommation de médicaments, le groupe ethnique, etc.

Enfin, il faudrait tenter d'examiner les deux questions de l'enquête qui n'ont pas pu être traitées dans le présent rapport, soit celle sur les honoraires versés aux professionnels et celle sur le nombre d'heures de travail rémunérées perdues pour la consultation. Ces renseignements permettraient de mieux évaluer les coûts directs et indirects associés à l'utilisation de services, et leur effet sur l'accès aux services selon les caractéristiques des individus.

15.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

Certains résultats sont révélateurs de facteurs qui, au-delà des besoins, conditionnent le recours aux services. Le type de professionnel consulté varie selon le niveau de revenu et le fait de posséder une assurance complémentaire. Ces résultats montrent aussi que des contraintes financières limitent l'accès aux services non assurés par le régime public. Le groupe le plus vulnérable serait celui des personnes à faible revenu qui ne sont pas bénéficiaires de la sécurité du revenu.

Par ailleurs, la privation de médicaments à cause de contraintes financières semble plus fréquente dans le groupe des 15-24 ans et moins fréquente chez les personnes de 65 ans et plus. Or, les personnes âgées se distinguent du reste de la population par la couverture que leur assure le régime public. Exception faite des bénéficiaires d'aide sociale et de certaines personnes atteintes de maladies particulières, elles sont les seules pour qui l'acquisition de médicaments est couverte par le régime public. Une telle discrimination sur la seule base de l'âge paraît de plus en plus discutable dans le contexte actuel. La précarisation de l'emploi chez les jeunes fait de ceux-ci un groupe plus vulnérable qu'il ne l'était lors de l'implantation du régime public.

Un autre obstacle qui limite l'accès aux services est la distance que les personnes résidant hors des régions centrales doivent parcourir pour consulter un médecin spécialiste. Cela affecte tout particulièrement les résidants des régions éloignées, chez qui le recours aux services de médecins spécialistes est de 40 % inférieur à celui des résidants des régions centrales. Malgré les progrès accomplis, la répartition des médecins spécialistes demeure problématique. Si l'universalité et la gratuité des services médicaux ont permis une accessibilité plus équitable entre les groupes socioéconomiques, il subsiste des écarts régionaux difficilement conciliables avec le principe d'équité.

15.4 Références bibliographiques

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. (1973). "Societal and individual determinants of medical care utilization", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 51, no 1, pp 95-124.

BÉLAND, F. (1994). «L'accès aux services de santé et les régimes publics d'assurance-maladie», dans Dumont, F.; Langlois, S.; Martin, Y. (éd.), *Traité des problèmes sociaux*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, pp 843-867.

BÉLAND, F. (1995). "Costs of ambulatory medical care over the long term in the Québec medicare system", *Canadian Review of Aging*, no 14-2 (à paraître).

BIRCH, S.; EYLES, J. (1992). "Equity and efficiency in health care delivery : The distribution of health care resources in Canada and its relationship to needs for care", dans : M. Chytil; G. Duru; W. Van Elmeren; C. Flagle (éd.), *Health Systems - The Challenge of Change*, Prague, Omnipress.

BLAIS, R. (1989). «L'étude des variations géographiques : point de départ pour la réévaluation des services de santé, I- le phénomène, ses causes, ses implications», *L'Union médicale du Canada*, vol. 118, no 6, pp 226-234.

BLAIS, R. (1990). «L'étude des variations géographiques : point de départ pour la réévaluation des services de santé, II- les stratégies d'action», *L'Union médicale du Canada*, vol. 119, no 6, pp 24-30.

CAMIRAND, J.; BLAIS, R.; BÉLAND, F. (1994). «La sous-déclaration des services médicaux dans l'enquête Santé Québec 1987», 62ième Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Montréal.

CLEARY, P.D.; JETTÉ, A.M. (1984). "The validity of self-reported physician utilization measures", *Medical Care*, vol. 22, no 9, pp 796-803.

DONABEDIAN, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.

EVANS, R.G.; STODDART, G.L. (1990). "Producing health, consuming health care, *Social Science and Medicine*, vol. 31, no 12, pp 1347-1363.

HAYES, M.V.; TAYLOR, S.M.; BAINE, L.R.; POLAND, B.D. (1990). "Reported versus recorded health services utilization in Grenada, West-Indies", *Social Science and Medicine*, vol. 31, no 4, pp 455-460.

INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES AVANCÉES (1991). *Les déterminants de la santé*, no 5, 39p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). *L'effectif médical au Québec, 1993-1996*, Plan de répartition, 149 p.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE (1977). *A Summary of Studies of Interviewing Methodology*, National Center for Health Statistics, Rockville MD., 74 p.

WENNBERG, J.E. (1993). "Future directions for small area variations", *Medical Care*, vol. 31, no 5, supplement, pp YS75-YS80.

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A.15.1

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon certains types de professionnels et l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

État matrimonial de fait	Types de professionnels		
	Pharmacien	Psychologue	Travailleur social
	%	%	%
Marié	2,6	0,6*	0,2**
Union de fait	2,4	0,5**	0,5**
Veuf, séparé ou divorcé	4,1	1,8*	1,2*
Célibataire	1,9	1,1*	0,9*
Total	**2,6**	**0,9**	**0,5**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.15.2

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon certains types de professionnels et le statut d'activité, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Statut d'activité (2 sem.)	Types de professionnels	
	Dentiste	Praticien de médecine non traditionnelle
	%	%
En emploi	4,7	3,4
Aux études	4,5	1,8*
Tient maison	3,3	2,8
À la retraite	2,1*	1,5*
Sans emploi	4,2	1,6*
Total	**4,1**	**2,7**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Tableau A.15.3

Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon certains types de professionnels et le niveau de revenu, population totale, Québec 1992-1993

Niveau de revenu	Types de professionnels		
	Dentiste	Praticien de médecine non traditionnelle	Travailleur social
	%	%	%
Très pauvre	3,4*	1,1*	2,3*
Pauvre	4,0	1,1*	0,8*
Moyen inférieur	3,7	2,2	0,4**
Moyen supérieur	4,8	3,0	0,3**
Supérieur	5,2	3,3*	0,4**
Total	**4,3**	**2,4**	**0,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.15.4

Problème à l'origine de la dernière consultation selon l'âge ou le sexe, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Problèmes de santé	Groupe d'âge					Sexe	
	0-14 ans %	15-24 ans %	25-44 ans %	45-64 ans %	65 ans et plus %	Hommes %	Femmes %
Endocrinien et métabolique	0,3**	1,6**	2,4	3,8	6,2*	1,9*	3,3
Troubles mentaux	3,3*	2,5**	4,6	2,5*	0,7**	3,1	3,0
Nerveux et organes des sens	11,3	5,8*	4,5	5,6	7,3	7,2	6,1
Circulatoire	0,1**	0,6**	1,5*	6,7	11,6	3,6	3,7
Respiratoire	14,5	8,5	8,0	6,7	5,6*	8,7	8,7
Digestif	4,8	6,5	6,0	4,9	4,6*	6,0	5,0
Génito-urinaire	0,9**	1,8*	2,0	2,8*	2,2**	1,4*	2,4
Affection cutanée	2,4*	3,4**	2,6	2,1*	1,9**	2,3	2,6
Ostéo-articulaire	2,2*	5,3*	13,1	13,7	8,4	10,3	9,2
Symptômes et signes mal définis	6,7	5,7*	5,3	4,1	4,8*	5,1	5,4
Lésion et accident	5,2	9,1	6,7	6,5	2,4*	7,6	4,9
Prévention et examen de routine	24,1	26,2	25,2	23,9	29,9	23,6	26,8
Autres	24,5	23,1	18,1	16,8	14,4	19,3	18,9
Total N	**328 400**	**193 104**	**599 032**	**380 152**	**240 161**	**717 815**	**1 023 034**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.15.5

Problème à l'origine de la dernière consultation selon le type de professionnel, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Types de professionnels	Problèmes de santé												
	Endoc. et métab.	Troubles mentaux	Nerveux	Circulatoire	Respiratoire	Digestif	Génito-urinaire	Affection cutanées	Ostéo-articulaire	Mal définis	Lésion et acc.	Prév. et examen	Autres
Médecin généraliste	3,5	2,1*	6,9	6,1	17,8	4,8	2,4	2,2*	6,6	8,2	8,3	22,6	8,6
Médecin spécialiste	2,8*	2,9	9,9	5,3	6,2	4,4	4,3	5,5	7,4	5,0	6,5	18,3	21,6
Dentiste	0,0**	0,0**	0,0**	0,0**	0,1**	16,9	0,0**	0,0**	0,0**	0,0**	1,9**	36,9	44,2
Infirmière	5,2**	2,1**	1,2**	5,2*	2,8**	1,5**	1,5**	1,5**	1,9**	4,5**	4,1**	43,6	25,0
Pharmacien	1,2**	0,8**	6,1**	4,5**	20,8*	3,4*	3,0**	4,8**	1,9**	7,6*	6,5*	7,7**	31,7
Optométriste	0,7**	0,0**	22,2	0,1**	0,0**	0,1**	0,0**	0,6**	0,0**	0,7**	0,3**	74,1	1,3**
Physiothérapeute/ ergothérapeute	0,0**	3,4**	3,1**	1,1**	0,0**	0,0**	0,6**	0,0**	53,9	0,4**	26,2*	4,8**	6,8**
Non traditionnel	1,5**	0,8**	4,7*	1,2**	3,5*	1,0**	1,3**	2,2**	52,4	7,2*	6,0*	15,4	3,1**
Psychologue	0,0**	47,8	0,0**	0,0**	0,0**	0,0**	0,0**	0,0**	0,3**	9,0**	0,8**	13,9*	28,2*
Travailleur social	0,0**	24,2*	0,9**	0,0**	0,0**	0,0**	0,0**	0,0**	0,2**	2,2**	0,0**	1,9**	70,6
Diététiste	57,2	0,0**	0,0**	2,9**	0,0**	4,8**	0,0**	0,0**	0,5**	2,1**	0,7**	0,7**	31,1*
Autre	3,7**	14,7**	2,1**	0,0**	0,9**	0,0**	0,7**	10,7**	9,5**	6,7**	1,8**	10,9**	38,3*
Total	**2,7**	**3,1**	**6,6**	**3,7**	**8,7**	**5,4**	**2,0**	**2,5**	**9,7**	**5,3**	**6,0**	**25,5**	**19,1**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.15.6

Durée du problème à l'origine de la dernière consultation selon le type de professionnel, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993.

Types de professionnels	1 sem. ou moins %	Plus de 1 sem. à 1 mois %	Plus de 1 mois à 1 an %	Plus de 1 an %
Médecin généraliste	34,2	26,2	17,5	22,2
Médecin spécialiste	9,4	13,2	36,4	41,1
Dentiste	17,6	26,2	39,1	17,2
Infirmière	21,8*	12,8*	20,4*	45,0
Pharmacien	43,7	16,3*	13,5*	26,5
Optométriste ou opticien	6,3**	8,0**	29,7*	55,9
Physiothérapeute ou ergothérapeute	1,8**	13,1*	51,8	33,2
Praticien de médecine non traditionnelle	6,0*	8,5*	28,0	57,5
Psychologue	2,1**	15,8**	43,0	39,1*
Travailleur social	2,0**	13,1**	43,1	41,8*
Diététiste	0,0**	15,5**	39,9*	44,6*
Autre	4,4**	5,6**	34,3**	55,8*
Au moins un professionnel	**20,4**	**18,7**	**27,6**	**33,3**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.15.7

Lieu de la dernière consultation selon l'âge ou le sexe, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Lieu	Groupe d'âge					Sexe	
	0-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus	Hommes	Femmes
	%	%	%	%	%	%	%
Bureau privé	65,8	61,3	71,3	68,1	59,7	65,1	68,0
CLSC	6,1*	6,2*	3,4	3,3*	2,8*	4,2	4,1
Urgence-Centre hospitalier	4,5	4,7*	3,0	2,1*	2,2*	4,2	2,5
Clinique externe	11,1	15,2	12,0	16,1	16,5	14,7	13,0
Centre hospitalier-séjour	1,6**	1,4**	1,1*	1,9*	2,6*	1,8	1,5*
Travail	0,3**	0,2**	1,3**	0,4**	0,3**	0,9**	0,4**
École	4,2*	3,7**	0,2**	0,0**	0,0**	1,3*	1,3*
Domicile	1,3**	1,4**	1,4*	1,4*	10,4	2,0	3,0
Téléphone	1,2*	0,5**	1,2*	1,4**	1,0**	0,8**	1,3*
Autre	4,0*	5,5*	5,2	5,5*	4,5*	4,9	5,1
Total N	**329 369**	**194 802**	**603 820**	**383 434**	**242 317**	**722 212**	**1 031 530**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.15.8

Lieu de la dernière consultation selon le niveau de revenu, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Lieu	Niveau de revenu				
	Très pauvre	Pauvre	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
	%	%	%	%	%
Bureau privé	55,4	61,8	66,6	69,9	71,2
CLSC	7,8*	5,2*	4,0	3,7*	2,2**
Urgence-Centre hospitalier	4,2*	4,1*	4,0	2,4*	1,9**
Clinique externe	17,1	16,4	13,1	12,9	12,6
Centre hospitalier-séjour	1,7**	1,7**	1,6*	1,7**	1,0**
Travail	0,1**	0,1**	0,3**	0,7**	2,1**
École	1,0**	2,0**	1,4**	1,3**	0,4**
Domicile	5,4*	4,6*	2,5*	1,7*	1,6**
Téléphone	2,6**	0,8**	0,9**	1,0**	1,4**
Autre	4,8**	3,4*	5,7*	4,8	5,7*
Total N	**144 420**	**222 127**	**530 176**	**642 354**	**214 665**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.15.9

Lieu de la dernière consultation selon le type de professionnel, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Types de professionnels	Lieu									
	Bureau privé	CLSC	Urgence-CH	Clinique externe	CH séjour	Travail	École	Domicile	Téléphone	Autre
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Médecin généraliste	66,8	5,4	7,4	13,7	1,0**	0,3**	0,3	2,6*	0,8**	1,9*
Médecin spécialiste	55,7	1,5**	2,8*	31,7	5,3	0,1**	0,2**	0,8**	0,7**	1,3**
Dentiste	95,6	1,3**	0,0**	1,4**	0,1**	0,4**	0,2**	0,0**	0,1**	0,9**
Infirmière	3,0**	23,8*	2,9**	17,6*	0,0**	2,7**	20,2*	19,6*	6,5**	3,8**
Pharmacien	23,4*	0,5**	0,0**	1,8**	0,0**	1,9**	0,0**	0,5**	4,4**	67,5
Optométriste ou opticien	92,4	0,4**	0,0**	4,7**	0,0**	1,7**	0,1**	0,1**	0,0**	0,7**
Physiothérapeute ou ergothérapeute	50,3	3,3**	0,8**	33,8	5,0**	0,6**	1,3**	2,2**	0,0**	2,8**
Médecine non traditionnelle	93,4	0,0**	0,0**	0,3**	0,0**	0,6**	0,0**	4,3**	0,4**	1,0**
Psychologue	67,2	8,0**	0,0**	14,0*	2,0**	1,5**	3,8**	1,0**	1,1**	1,4**
Travailleur social	15,0**	31,5*	0,3**	7,1**	1,1**	0,0**	14,8**	20,1**	8,8**	1,4**
Diététiste	49,0*	8,7**	0,0**	19,0**	2,3**	1,0**	2,5**	0,9**	3,3**	13,4**
Autre	59,8	7,0**	0,1**	11,4**	0,0**	0,9**	0,3**	7,0**	0,0**	13,5**
Au moins un professionnel	**66,8**	**4,1**	**3,2**	**13,7**	**1,6**	**0,6***	**1,3***	**2,6**	**1,1***	**5,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

Tableau A.15.10

Personnes ayant consulté au moins un médecin au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le type de médecin et le type de région, population totale, Québec 1992-1993

Types de régions	Types de médecins consultés	
	Médecin généraliste	Médecin spécialiste
	%	%
Centrale	10,7	6,5
Périphérique	10,9	5,0
Intermédiaire	10,5	4,8
Éloignée	10,5	3,9
Total	**10,7**	**5,5**

CHAPITRE

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

16

Claudine Laurier, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Sylvie Poirier, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Anne Gauthier, Direction de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux

16.0 Introduction

Le recours à un médicament constitue une réponse des plus répandues à un besoin de santé. La nature des besoins de santé pouvant entraîner une utilisation de médicaments peut être cependant fort variée. Bien qu'ils visent généralement le traitement de diverses maladies, les médicaments, ou du moins certains d'entre eux, peuvent être utilisés à des fins de prévention (comme les vitamines et les suppléments alimentaires). En outre, les problèmes pour lesquels on a recours aux médicaments peuvent être aigus ou chroniques, mineurs ou plus sérieux. Les médicaments peuvent aussi répondre à des besoins liés à la santé physique, à la santé mentale, voire à l'adaptation sociale.

Parce qu'ils peuvent être une réponse efficace et efficiente à un besoin de santé, les médicaments sont en mesure de faciliter l'atteinte de certains objectifs de la Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992). Ainsi, l'utilisation appropriée de médicaments peut contribuer à la réduction de la mortalité cardiovasculaire ou de l'incapacité liée à l'arthrite, deux des objectifs de la politique. D'autre part, parce qu'ils ne constituent pas toujours la réponse appropriée à un problème, les médicaments risquent de nuire à la santé et au bien-être. L'un des objectifs de la politique consiste d'ailleurs à réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et les bénéficiaires d'aide de dernier recours d'ici l'an 2002. Les données d'enquête servent, en partie, à mesurer l'atteinte d'un tel objectif, bien que leur intérêt se situe davantage au niveau de la connaissance du phénomène de la consommation de médicaments dans la population générale.

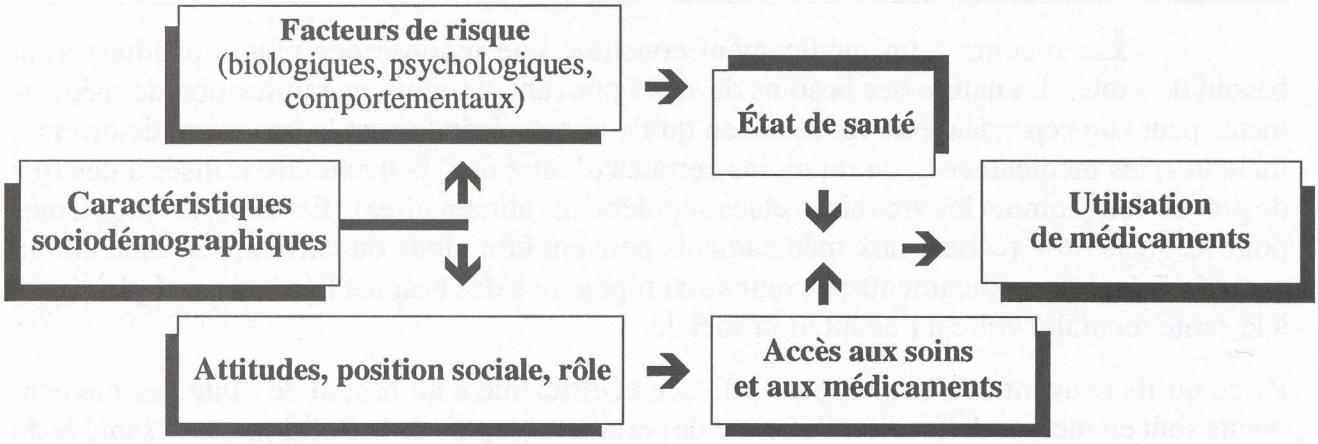
On distingue deux processus d'utilisation des médicaments. D'une part, ceux-ci peuvent être utilisés sur la recommandation d'un médecin, ce qui suppose une rencontre entre l'utilisateur et un médecin ou un dentiste, puis l'acceptation de la recommandation du prescripteur. D'autre part, l'utilisation d'un médicament peut découler de l'initiative de la personne elle-même (automédication), soutenue ou non par une recommandation de sa famille, de son entourage ou d'intervenants de la santé n'étant pas autorisés à délivrer d'ordonnance. De façon générale

l'automédication concerne les médicaments pour lesquels la loi n'exige pas d'ordonnance et vise des problèmes mineurs, que la personne se sent apte à régler sans recourir à l'avis d'un médecin.

Il y a plusieurs façons de conceptualiser le phénomène d'utilisation des médicaments. Le modèle suivant s'inspire librement de ceux proposés par Anderson et Newman (1973) et par Verbrugge (1982) (schéma 16.1). Il lie l'utilisation de médicaments à l'état de santé et à l'accès aux soins médicaux et aux médicaments eux-mêmes. De leur côté, l'état de santé et l'accès aux soins et aux médicaments dépendent des caractéristiques sociodémographiques, par l'intermédiaire des facteurs de risque ou de variables psychosociales.

Schéma 16.1

Utilisation de médicaments : modèle conceptuel



Les données d'une enquête transversale comme l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 sont utiles même si elles ne permettent pas d'étudier tous les éléments du modèle précédent ni de vérifier les relations d'antériorité entre ceux-ci. En effet, elles donnent l'occasion de décrire l'utilisation de tous les médicaments, prescrits ou non, ce que ne permet pas l'examen de registres d'ordonnances ou de banques de données administratives. En outre, l'enquête a l'avantage de viser directement l'utilisation, contrairement à des méthodes telles que l'analyse des chiffres d'affaires ou des ordonnances, lesquels réflètent plutôt l'acquisition de produits. Elle permet également de repérer de l'information sur les caractéristiques personnelles de l'utilisateur. Enfin, on peut comparer les données de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, avec celles de l'enquête Santé Québec 1987 et suivre l'évolution du phénomène de la consommation de médicaments.

16.1 Aspects méthodologiques

Dans le cadre de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, les renseignements relatifs à l'utilisation des médicaments ont été obtenus au moyen du questionnaire administré par l'interviewer (section IV, questions QRI89 à QRI130). La principale question posée était la suivante : «Hier ou avant-hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants?». Treize classes de substances médicamenteuses étaient ensuite énumérées, soit les analgésiques, les tranquillisants, sédatifs et somnifères, les médicaments pour le coeur ou la tension artérielle, les antibiotiques, les remèdes ou médicaments pour l'estomac, les laxatifs, les remèdes contre la toux ou le rhume, les onguents pour la peau, les vitamines ou minéraux, les suppléments alimentaires, les stimulants, la pilule contraceptive et tout autre médicament.

La période de référence de deux jours précédant l'enquête est de nature à minimiser le biais de mémoire. Une telle stratégie a été utilisée lors de diverses enquêtes, notamment l'enquête Santé Québec 1987 (Santé Québec, 1988), l'enquête Santé Canada 1978-1979 (Santé et Bien-être social Canada, 1981) et l'enquête internationale sur l'utilisation des services de santé menée par l'OMS, à la fin des années 60 (Rabin, 1977).

Par ailleurs, le fait de mentionner plusieurs classes de médicaments permet d'amener la personne interrogée à rapporter l'utilisation de produits qu'elle n'aurait peut-être pas considérés d'emblée comme des médicaments. Les classes utilisées en 1992-1993 sont identiques à celles de l'enquête Santé Québec 1987, et similaires à celles de l'enquête Santé Canada.

Dès que l'utilisation d'un médicament était rapportée, celui-ci devait être identifié à l'aide, si nécessaire, de l'étiquette du produit. En outre, la personne devait indiquer s'il avait été «obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste»[1], à quelle fréquence il était utilisé, depuis combien de temps et pour quel problème de santé. Sauf pour la fréquence et la durée, les questions posées en 1992-1993 sont les mêmes que celles de l'enquête de 1987.

En raison des taux de réponse élevés aux questions pertinentes, l'information relative au recours aux médicaments est disponible pour une forte proportion des personnes ayant répondu au questionnaire; les taux de non-réponse partielle sont inférieurs à 5 %. Comme dans toutes les enquêtes de ce genre, la validité des données est cependant difficile à estimer avec certitude. La stratégie d'entrevue utilisée permet de limiter le biais de mémoire et le biais lié à une mauvaise compréhension de ce qui constitue un médicament. Cependant, il se peut que le répondant ne sache pas que le produit consommé appartient à l'une des classes de médicaments énumérées par l'interviewer et n'en rapporte pas l'utilisation. La tendance à répondre de façon socialement désirable peut également biaiser les estimations. Enfin, dans les cas où la personne interrogée doit rapporter la consommation d'autres membres du foyer, une connaissance incomplète ou l'ignorance des comportements du sujet visé peut affecter la validité des données.

[1] À des fins de simplicité, les médicaments obtenus sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste sont désignés dans le texte qui suit par les expressions «médicaments prescrits» ou «médicaments obtenus sur ordonnance», qu'il y ait eu ou non rédaction explicite d'une ordonnance. De même, les médicaments obtenus sans avis médical sont désignés par les expressions «médicaments non prescrits» ou «médicaments obtenus sans ordonnance».

La section suivante vise à présenter les principales données relatives à l'utilisation des médicaments telles que recueillies lors de l'Enquête sociale et de santé de 1992-1993. L'analyse porte d'abord sur les utilisateurs de médicaments. Les taux d'utilisation de médicaments en général, de médicaments prescrits et de médicaments obtenus sans ordonnance y sont décrits en fonction du sexe et de l'âge des répondants, de leurs caractéristiques socioéconomiques et de certains indicateurs de santé, en reprenant certains éléments du modèle conceptuel décrit précédemment. Une description plus détaillée complète cette approche en présentant les taux d'utilisation, selon l'âge et le sexe, de chacune des treize classes de médicaments considérées dans l'enquête. L'analyse se poursuit en prenant cette fois comme objet les médicaments eux-mêmes. Elle cherche alors à estimer dans quelle mesure les médicaments consommés sont prescrits ou non, à déterminer s'ils sont consommés régulièrement ou non et à préciser le problème à l'origine de leur utilisation.

16.2 Résultats

16.2.1 Utilisation de médicaments dans la population

Variations selon le sexe et l'âge

La moitié (52 %) de la population rapporte avoir pris au moins un médicament au cours des deux jours ayant précédé l'enquête (tableau 16.1). La proportion d'individus ayant consommé au moins un médicament augmente avec l'âge, passant de 41 % chez les personnes de 0-14 ans à 81 % chez celles de 65 ans et plus.

La consommation de médicaments varie aussi selon le sexe : alors que 61 % des femmes ont utilisé au moins un médicament, 41 % des hommes en ont fait autant. La différence entre les hommes et les femmes n'est pas significative chez les enfants de 0-14 ans, mais elle est particulièrement marquée chez les personnes de 15-24 ans, où 29 % des hommes et 60 % des femmes rapportent avoir consommé au moins un médicament. Cet écart peut s'expliquer, en partie, par la consommation de contraceptifs oraux chez ces dernières. La différence entre les sexes est également importante chez les aînés. Alors que 72 % des hommes de 65 ans et plus ont consommé au moins un médicament dans les deux jours ayant précédé l'enquête, 87 % des femmes en ont fait autant.

Les proportions d'utilisateurs pour l'ensemble de la population et pour chacun des groupes d'âge et de sexe sont systématiquement plus élevées en 1992-1993 qu'en 1987; ces différences sont significatives, sauf chez les hommes et les femmes de 15-24 ans.

Alors que 52 % de la population rapporte avoir pris au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête, 14 % déclare en avoir pris trois ou plus. Cette dernière proportion tend à augmenter avec l'âge et elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, pour les groupes d'âge de 15 ans et plus. Pour tous les groupes d'âge et de sexe, les proportions de personnes ayant eu recours à trois médicaments ou plus sont plus élevées en 1992-1993 qu'en 1987. Les différences ne sont significatives que pour les groupes de femmes de 25 ans et plus, et les groupes d'hommes de 45 ans et plus.

Tableau 16.1

Personnes ayant pris au moins un médicament et personnes ayant pris 3 médicaments ou plus au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon le sexe et l'âge, population totale, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Au moins 1 médicament			3 médicaments ou plus		
	1987	1992-1993		1987	1992-1993	
	%	%	Pe	%	%	Pe
Hommes						
0-14 ans	34,9	40,0	288 307	2,2	3,3	23 473
15-24 ans	23,6	28,7	136 056	1,7	2,7	12 575
25-44 ans	26,9	34,6	426 975	2,4	5,2	64 208
45-64 ans	42,9	49,2	369 972	8,2	14,1	105 836
65 ans et plus	66,8	72,2	219 086	23,3	38,1	115 463
Total	**34,5**	**41,4**	**1 440 396**	**5,1**	**9,2**	**321 555**
Femmes						
0-14 ans	37,1	42,6	287 690	2,0	4,6	31 160
15-24 ans	56,1	60,2	274 581	5,3	8,7	39 598
25-44 ans	52,5	58,2	711 544	8,1	11,7	142 483
45-64 ans	63,1	70,0	539 869	19,0	28,5	219 590
65 ans et plus	76,4	86,8	360 657	33,6	49,4	205 272
Total	**54,7**	**61,4**	**2 174 341**	**11,5**	**18,0**	**638 103**
Sexes réunis						
0-14 ans	36,0	41,3	575 997	2,1	3,9	54 633
15-24 ans	39,6	44,1	410 637	3,5	5,6	52 173
25-44 ans	39,8	46,4	1 138 519	5,3	8,4	206 691
45-64 ans	53,3	59,8	909 841	13,7	21,4	325 426
65 ans et plus	72,4	80,6	579 743	29,3	44,6	320 735
Total	**44,7**	**51,5**	**3 614 737**	**8,3**	**13,7**	**959 658**

Le nombre de classes de médicaments utilisées témoigne de la diversité des médicaments consommés. En 1992-1993, environ une personne sur cinq (22 %) a utilisé plus d'une classe de médicaments et 9 %, trois classes ou plus (tableau A.16.1). La proportion de personnes ayant utilisé plus d'une classe de médicaments est plus élevée qu'en 1987 (22 % c. 17 %).

Près d'une personne sur trois (31 %) a eu recours à au moins un médicament obtenu sur ordonnance dans les deux jours ayant précédé l'enquête (tableau 16.2). Cette proportion varie en fonction de l'âge et du sexe. Quel que soit l'âge, les femmes rapportent plus fréquemment avoir eu recours à ces produits que les hommes. Comme c'est le cas pour l'ensemble des médicaments, l'écart entre les hommes et les femmes n'est pas significatif chez les moins de 15 ans. Il est néanmoins marqué chez les 15-24 ans, ce qui peut s'expliquer, comme on l'a mentionné précédemment, par l'utilisation des contraceptifs oraux chez les femmes de ce groupe d'âge. À partir de 25 ans, la proportion d'utilisateurs augmente avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes.

On a observé les mêmes tendances en 1987. La proportion d'utilisateurs de médicaments prescrits pour les personnes d'un même groupe d'âge et de sexe est systématiquement plus faible en 1987 qu'en 1992-1993, mais la différence n'atteint le seuil de signification que chez les femmes de 45-64 ans et de 65 ans et plus.

Près d'une personne sur trois (31 %) rapporte également l'utilisation d'au moins un médicament obtenu sans ordonnance. Bien que la proportion de consommateurs soit plus élevée chez les femmes que chez les hommes, l'écart entre les deux sexes semble moindre que pour les médicaments prescrits. Par ailleurs, contrairement à ce que l'on a observé dans le cas des médicaments prescrits, la proportion de consommateurs de médicaments obtenus sans ordonnance varie peu selon l'âge, bien que la relation âge-utilisateur soit statistiquement significative.

Par groupe d'âge et de sexe équivalent, les proportions d'utilisateurs de médicaments non prescrits sont toujours plus élevées en 1992-1993 qu'en 1987. Les différences atteignent le seuil de signification statistique sauf pour les hommes de 65 ans et plus, et les femmes de 15-24 ans.

Variations selon des caractéristiques démographiques et socioéconomiques

La proportion de personnes rapportant l'usage de médicaments varie peu en fonction du niveau de revenu du ménage. Alors que 57 % des personnes considérées très pauvres auraient utilisé au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête, cette proportion est de 52 % chez les personnes jouissant d'un revenu supérieur (tableau A.16.2). On constate la proportion la plus faible (50 %) chez les personnes classées dans les niveaux moyens de revenu. Cette relation est cependant instable, puisqu'une analyse par groupe d'âge et de sexe révèle des relations dont le sens varie et qui ne sont pas toujours significatives (données non présentées). Un phénomène similaire s'observe dans le cas des médicaments prescrits. Enfin, la proportion de personnes ayant utilisé un ou des médicaments obtenus sans ordonnance n'est pas reliée au niveau de revenu.

Tableau 16.2

Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit et personnes ayant pris au moins un médicament non prescrit au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon le sexe et l'âge, population totale, Québec 1987 et 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Médicaments prescrits			Médicaments non prescrits		
	1987	1992-1993		1987	1992-1993	
	%	%	Pe	%	%	Pe
Hommes						
0-14 ans	16,1	15,2	109 031	22,6	29,3	210 900
15-24 ans	8,4	9,6	45 418	16,7	21,5	101 848
25-44 ans	11,0	13,5	166 832	18,4	25,2	310 581
45-64 ans	30,6	31,8	238 710	17,8	25,7	192 746
65 ans et plus	56,6	64,3	194 674	20,3	26,8	80 913
Total	**19,2**	**21,7**	**754 665**	**19,0**	**25,8**	**896 988**
Femmes						
0-14 ans	16,5	16,7	112 565	23,7	31,1	209 549
15-24 ans	42,5	46,8	212 811	23,9	29,0	132 011
25-44 ans	32,7	33,2	405 267	29,4	37,1	453 201
45-64 ans	46,2	52,5	403 669	31,2	39,7	305 344
65 ans et plus	67,1	76,2	316 784	25,7	36,4	150 755
Total	**37,4**	**41,0**	**1 451 096**	**27,4**	**35,4**	**1 250 860**
Sexes réunis						
0-14 ans	16,3	15,9	221 596	23,1	30,2	420 449
15-24 ans	25,2	27,8	258 229	20,2	25,2	233 859
25-44 ans	21,9	23,3	572 099	23,9	31,1	763 782
45-64 ans	38,6	42,3	642 379	24,7	32,8	498 090
65 ans et plus	62,7	71,2	511 458	23,4	32,4	231 668
Total	**28,5**	**31,4**	**2 205 761**	**23,3**	**30,6**	**2 147 848**

Dans la population de 15 ans ou plus, la proportion d'utilisateurs de médicaments n'est pas liée à la scolarité relative, que l'analyse porte sur l'ensemble des médicaments, sur les médicaments prescrits ou sur ceux obtenus sans ordonnance (tableau A.16.2).

Les personnes appartenant au groupe ethnoculturel majoritaire sont plus susceptibles de rapporter l'utilisation de médicaments que celles appartenant au groupe minoritaire. En effet, la proportion d'utilisateurs dans le premier groupe s'établit à 56 %, alors qu'elle est de 46 % dans le second (tableau A.16.3). Les différences s'observent tout particulièrement chez les femmes de 15-24 ans, où 65 % des personnes du groupe majoritaire ont utilisé un ou des médicaments, alors que c'est le cas de 36 % des personnes du groupe minoritaire. Chez les femmes de 25-44 ans, ces proportions sont respectivement de 60 % et de 48 %.

Variations selon certains indicateurs de santé

La proportion de consommateurs de médicaments varie en fonction de la perception que les personnes ont de leur état de santé tel que mesuré chez les personnes de 15 ans et plus (tableau 16.3). Ce lien entre l'utilisation et la perception de l'état de santé s'observe pour tous les groupes d'âge et de sexe (données non présentées). Le nombre de médicaments consommés varie également en fonction de la perception de l'état de santé.

Tableau 16.3

Personnes ayant pris au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon le nombre de médicaments et certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

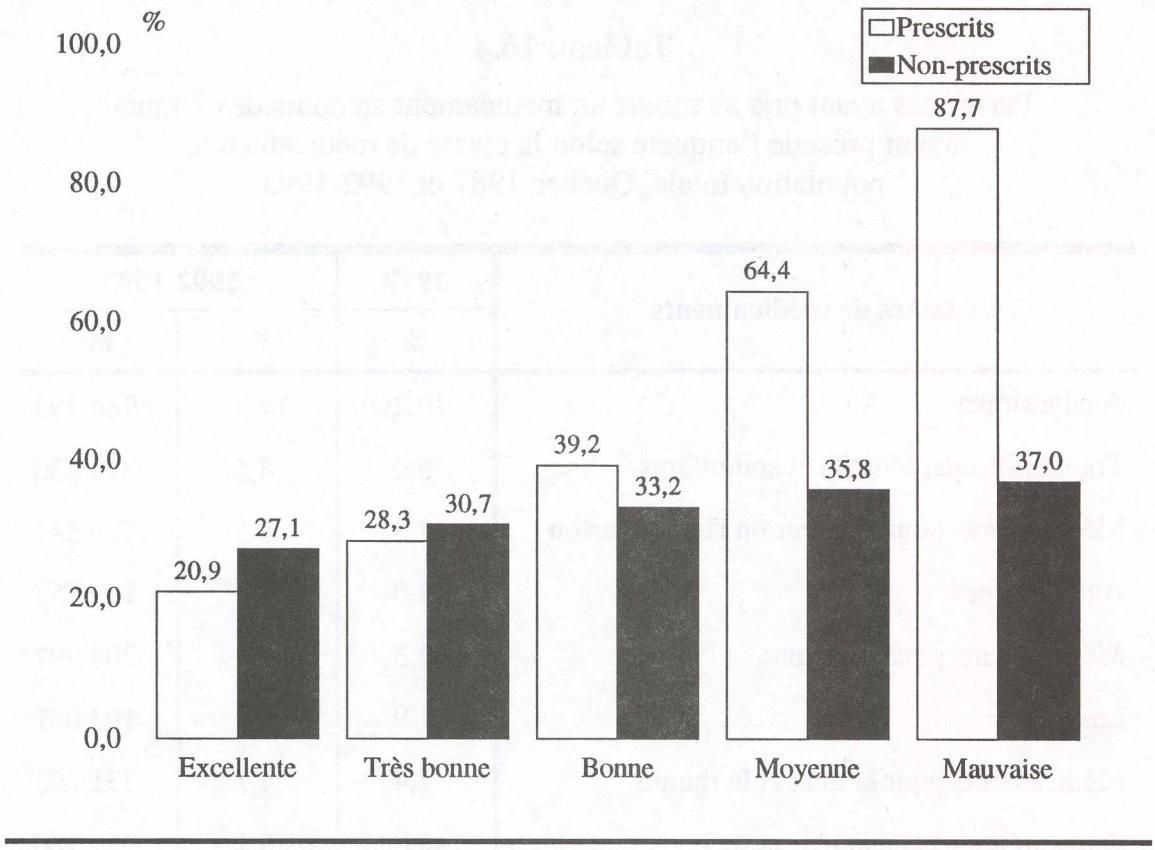
Indicateurs de santé	Nombre de médicaments			
	Aucun	1 ou 2	3 ou plus	Total
	%	%	%	N
Perception de l'état de santé				
Excellente	58,8	34,0	7,2	996 724
Très bonne	50,4	39,1	10,6	1 920 380
Bonne	41,8	40,4	17,8	2 086 017
Moyenne	23,9	36,1	40,0	509 436
Mauvaise	8,0*	21,1	71,0	89 144
Indice de détresse psychologique				
Faible	47,9	37,2	14,9	4 037 998
Élevé	40,4	40,8	18,9	1 440 035

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

La consommation de médicaments obtenus sur ordonnance est davantage reliée à la perception de l'état de santé que ne l'est la consommation de médicaments non prescrits (graphique 16.1). La proportion de la population qui a consommé des médicaments sur ordonnance passe de 21 % à 88 %, entre les personnes qui perçoivent leur état de santé comme excellent et celles qui se considèrent en mauvaise santé. Dans le cas des médicaments non prescrits, les proportions sont estimées à 27 % et à 37 % respectivement.

Graphique 16.1

Personnes ayant pris des médicaments prescrits ou non prescrits au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête, selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993



Le recours aux médicaments varie également en fonction de l'indice de détresse psychologique. Parmi les personnes classées au niveau faible de l'indice, 52 % ont pris au moins un médicament et 15 % en ont pris trois ou plus, alors que ces proportions sont respectivement de 60 % et de 19 % chez celles qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique (tableau 16.3). Peu importe le groupe d'âge et le sexe, la proportion de consommateurs de médicaments est systématiquement plus élevée chez les gens ayant un niveau élevé de détresse psychologique comparativement à ceux dont le niveau est faible (données non présentées).

16.2.2 Classes de médicaments utilisés

L'analyse de chacune des classes de médicaments considérés par l'enquête témoigne de différences quant à la popularité relative de ceux-ci. Ainsi, 22 % des personnes déclarent avoir utilisé des vitamines ou des minéraux, 14 %, des analgésiques et 9 %, des médicaments pour le coeur ou l'hypertension (tableau 16.4). Dix pour cent des femmes de 12 ans ou plus ont utilisé un contraceptif oral dans les deux jours ayant précédé l'enquête; cette proportion est de 38 % chez les femmes de 15-24 ans et de 10 % chez celles de 25-44 ans (données non présentées). Par rapport à 1987, la proportion d'utilisateurs tend à augmenter pour toutes les catégories de médicaments, sauf les tranquillisants, sédatifs et somnifères, les laxatifs, et les contraceptifs oraux, où la tendance est à la baisse. Les différences sont significatives pour les analgésiques, les médicaments pour le coeur, les onguents, les vitamines et minéraux, et les médicaments de la classe «autres».

Tableau 16.4

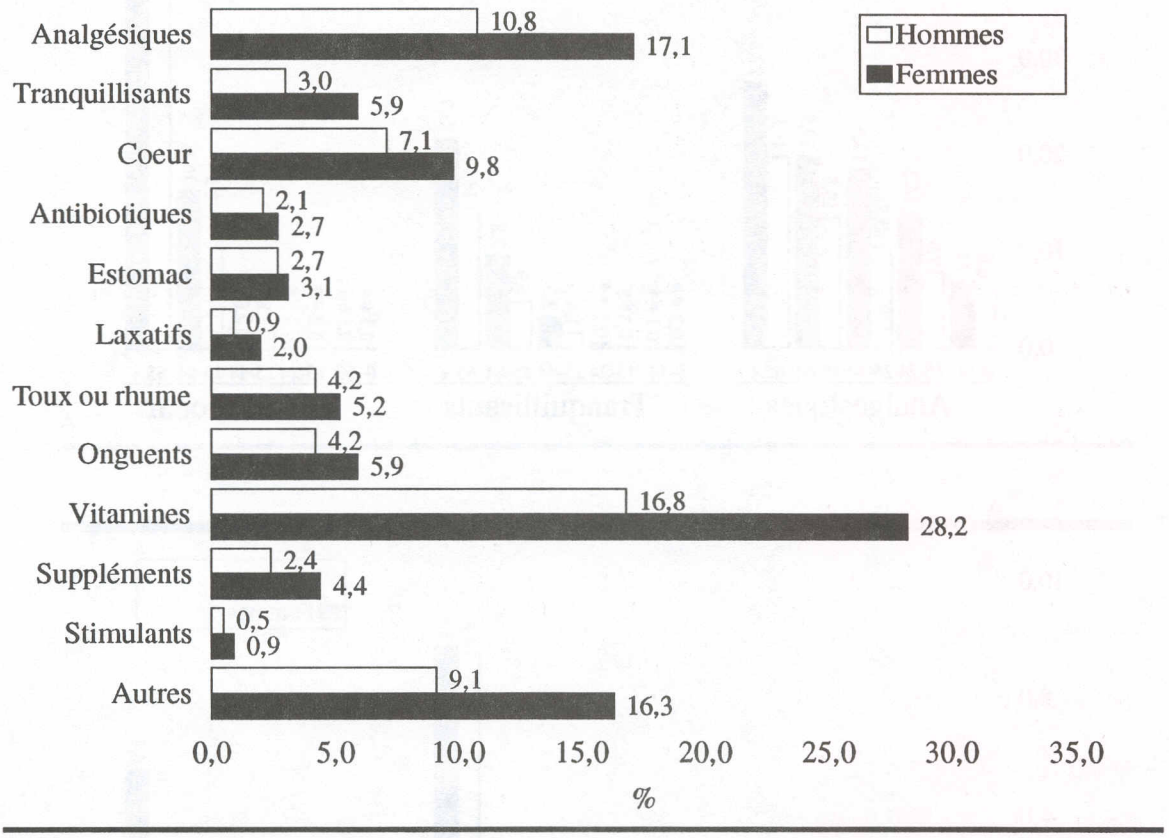
Personnes ayant pris au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon la classe de médicaments, population totale, Québec 1987 et 1992-1993

Classes de médicaments	1987	1992-1993	
	%	%	Pe
Analgésiques	10,2	14,0	984 795
Tranquillisants, sédatifs et somnifères	5,0	4,5	314 433
Médicaments pour le coeur ou l'hypertension	7,3	8,5	599 541
Antibiotiques	2,0	2,4	169 657
Médicaments pour l'estomac	2,3	2,9	204 997
Laxatifs	1,9	1,5	103 067
Médicaments pour la toux et le rhume	4,4	4,7	331 663
Onguent pour la peau	4,0	5,1	359 980
Vitamines ou minéraux	17,4	21,6	1 521 855
Suppléments alimentaires	3,1	3,5	243 757
Stimulants	0,6	0,7	52 565
Autres	6,8	12,7	899 353

La proportion d'utilisateurs est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit la classe de médicaments, bien que l'ordre de grandeur des différences varie selon la classe. À l'exception des médicaments pour l'estomac et des antibiotiques, les variations de l'utilisation selon le sexe sont statistiquement significatives (graphique 16.2).

Graphique 16.2

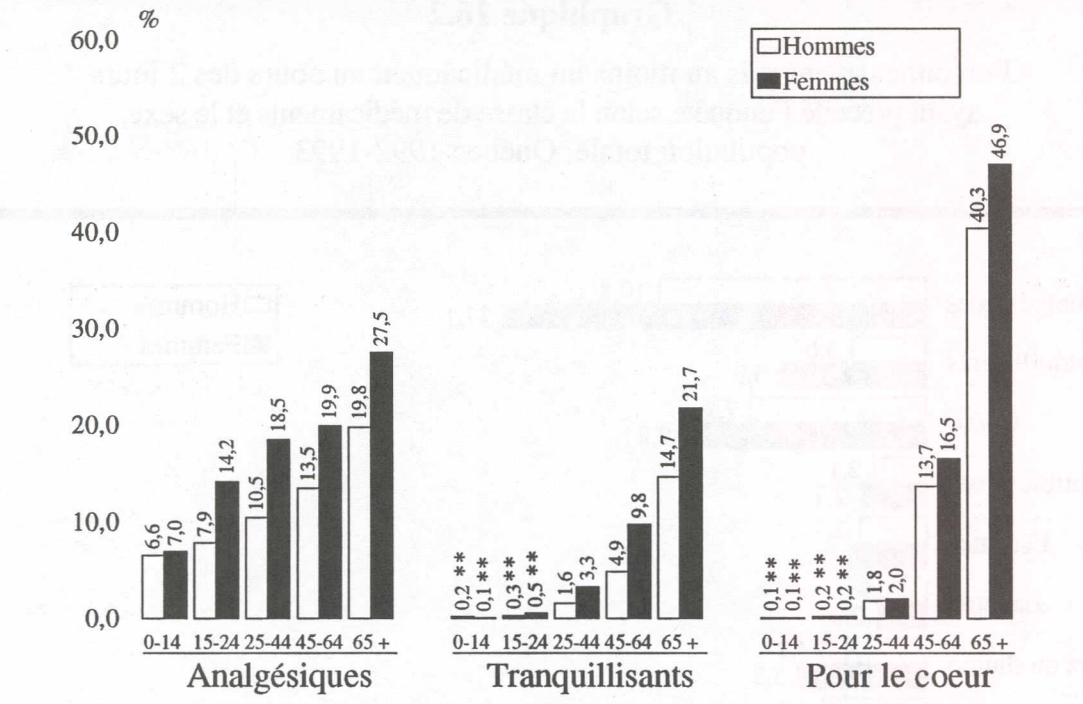
Personnes ayant pris au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon la classe de médicaments et le sexe, population totale, Québec 1992-1993

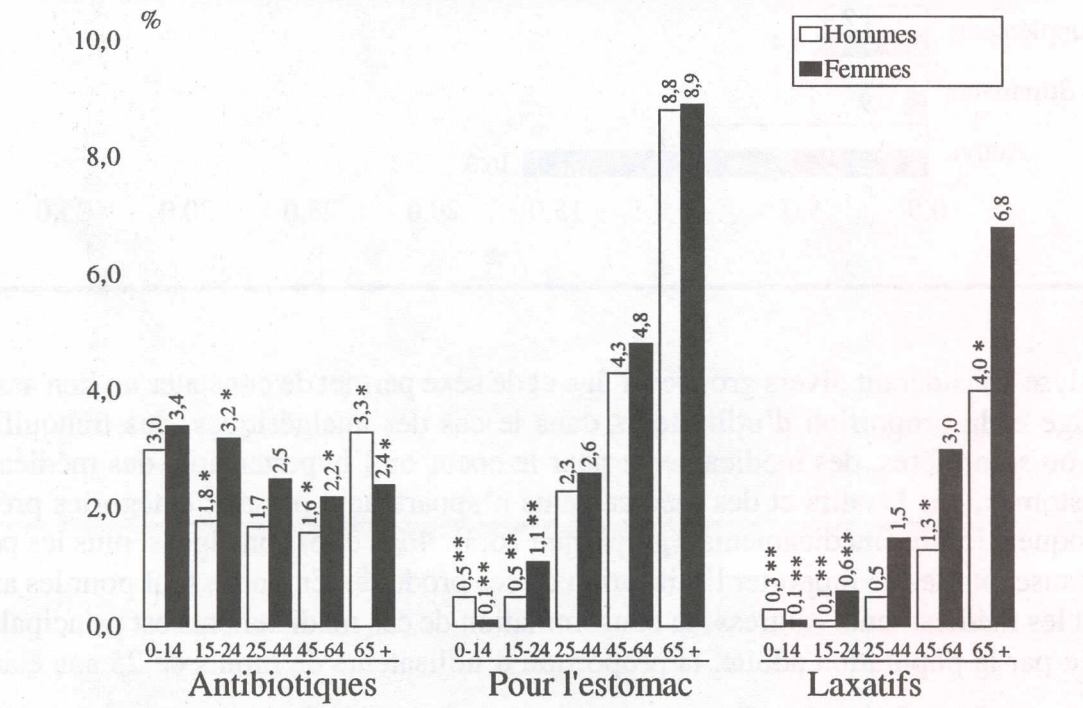


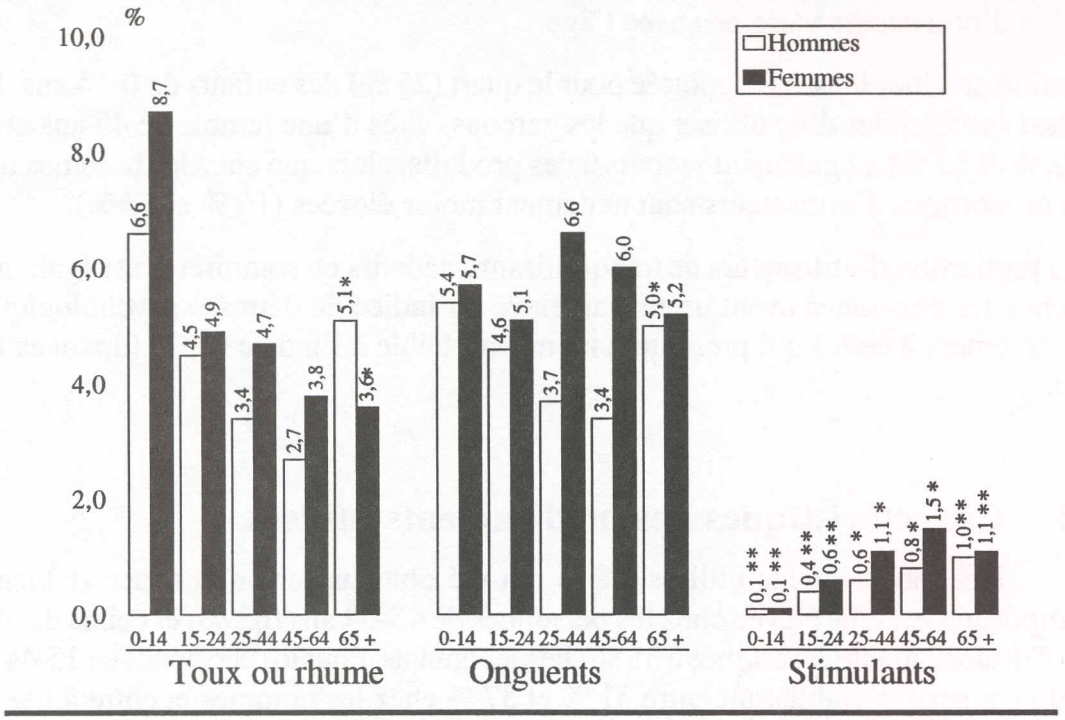
Une analyse considérant divers groupes d'âge et de sexe permet de constater un lien assez net entre l'âge et la proportion d'utilisateurs dans le cas des analgésiques, des tranquillisants sédatifs ou somnifères, des médicaments pour le coeur ou l'hypertension, des médicaments pour l'estomac, des laxatifs et des médicaments n'appartenant pas aux catégories précisées dans l'enquête (autres médicaments) (graphique 16.3). Plus elles sont âgées, plus les personnes sont susceptibles de rapporter l'utilisation de ces produits. En outre, sauf pour les analgésiques et les médicaments «autres», la consommation de ces médicaments est principalement rapportée par la population adulte, la proportion d'utilisateurs de moins de 25 ans étant très faible.

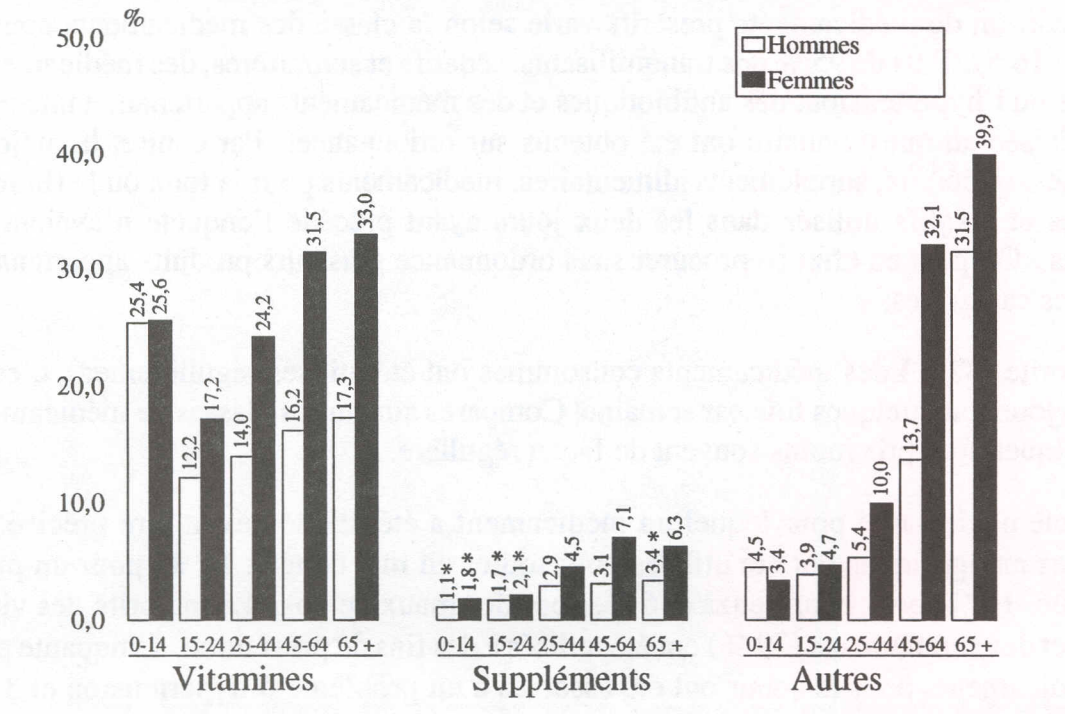
Graphique 16.3

Personnes ayant pris au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon la classe de médicaments, le sexe et l'âge, population totale, Québec 1992-1993









* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Dans le cas des antibiotiques, des médicaments pour la toux et le rhume, et des onguents, la proportion d'utilisateurs varie peu avec l'âge.

L'utilisation de vitamines est rapportée pour le quart (25 %) des enfants de 0-14 ans, les filles étant aussi susceptibles d'en utiliser que les garçons. Près d'une femme de 45 ans et plus sur trois (32 % et 33 %) a également recours à ces produits, alors que chez les hommes du même âge, les proportions d'utilisateurs sont nettement moins élevées (16 % et 17 %).

Enfin, la proportion d'utilisateurs de tranquillisants, sédatifs ou somnifères est également plus élevée chez les personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (9 %) comparativement à celles qui présentent un niveau faible à l'indice (4 %) (données non présentées).

16.2.3 Caractéristiques des médicaments utilisés

Des médicaments utilisés, 58 % ont été obtenus sur ordonnance (tableau 16.5). Cette proportion est plus élevée chez les personnes de 45-64 ans (62 %) et celles de 65 ans ou plus (80 %), alors qu'elle est estimée à 35 % chez les enfants. Pour les personnes de 15-44 ans, elle varie selon le sexe, s'établissant entre 31 % et 37 % chez les hommes et entre 43 % et 50 % chez les femmes, conséquence probable, encore une fois, de l'utilisation de contraceptifs oraux prescrits à ces dernières (tableau A.16.4).

La proportion de médicaments prescrits varie selon la classe des médicaments consommés (tableau 16.5). Plus de 95 % des tranquillisants, sédatifs et somnifères, des médicaments pour le coeur ou l'hypertension, des antibiotiques et des médicaments appartenant à une catégorie non précisée au questionnaire ont été obtenus sur ordonnance. Par contre, la majorité des vitamines, minéraux, suppléments alimentaires, médicaments pour la toux ou le rhume, analgésiques et laxatifs utilisés dans les deux jours ayant précédé l'enquête n'avaient pas été prescrits. On peut en effet se procurer sans ordonnance plusieurs produits appartenant à ces dernières catégories.

La majorité (87 %) des médicaments consommés ont été utilisés régulièrement, c'est-à-dire tous les jours ou quelques fois par semaine. Comparés aux autres classes de médicaments, les analgésiques sont pris moins souvent de façon régulière.

Le problème de santé pour lequel un médicament a été utilisé devait être précisé. Ainsi, 45 % des analgésiques ont été utilisés pour traiter un mal de tête, 13 %, pour un problème d'arthrite, 10 %, pour l'influenza et 6 %, pour des maux de dos. La majorité des vitamines (84 %) et des suppléments (79 %) ont été utilisés à des fins de prévention. Cinquante pourcent des médicaments pour le coeur ont été associés à un problème d'hypertension et 31 % des antibiotiques, à un problème des voies respiratoires, incluant l'influenza (données non présentées).

Tableau 16.5

Médicaments prescrits et médicaments pris régulièrement selon la classe, ensemble des médicaments de la classe, Québec 1992-1993

Classes de médicaments	Médicaments prescrits	Médicaments pris régulièrement
	%	%
Analgésiques	30,7	49,6
Tranquillisants, sédatifs et somnifères	96,8	91,2
Médicaments pour le coeur ou l'hypertension	99,2	98,1
Antibiotiques	97,3	96,6
Médicaments pour l'estomac	68,9	77,9
Laxatifs	34,5	78,3
Médicaments pour la toux et le rhume	21,7	69,3
Onguent pour la peau	69,7	83,3
Vitamines ou minéraux	18,2	97,4
Suppléments alimentaires	9,8	97,6
Stimulants	49,7	94,0
Autres	95,3	93,3
Tous les médicaments	57,5	87,2

16.3 Conclusions

16.3.1 Synthèse et pistes de recherche

Les données de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 révèlent que plus d'une personne sur deux rapportent l'utilisation d'un médicament au cours des deux jours ayant précédé l'enquête. Il s'agit donc d'un comportement fort répandu qui concerne la majorité de la population.

La proportion d'utilisateurs en 1992-1993 (52 %) est supérieure aux proportions estimées par l'enquête Santé Canada en 1978-1979 (48 %) et l'enquête Santé Québec 1987 (45 %). Par rapport à 1987, l'augmentation tend à se manifester chez tous les groupes d'âge et de sexe.

Si les données de 1992-1993 établissent une proportion un peu plus élevée d'utilisateurs de médicaments obtenus sur ordonnance qu'en 1987 (31 % c. 29 %), c'est surtout au regard des médicaments non prescrits que la hausse de la consommation s'observe (31 % c. 23 %). Cette hausse peut témoigner d'une augmentation réelle de la consommation comme d'une tendance plus marquée à rapporter l'utilisation de produits qui ne sont pas toujours considérés comme des médicaments (produits naturels et homéopathiques, d'utilisation courante). Il faudrait procéder à une analyse plus poussée des produits rapportés pour confirmer ou infirmer cette hypothèse. Quoiqu'il en soit, l'ampleur du recours aux médicaments obtenus sans ordonnance fait ressortir les limites des analyses basées sur les ordonnances ou leur facturation. En effet, ces analyses ne couvrent pas les médicaments obtenus sans ordonnance.

L'enquête de 1992-1993 indique que les femmes sont plus susceptibles d'utiliser des médicaments que les hommes; ce phénomène classique a maintes fois été constaté (Zadoroznyj et Svarstad, 1990; Santé Québec, 1988; Verbrugge, 1982; Statistique Canada, 1981; Rabin, 1977). Le lien entre l'âge et le fait d'utiliser un médicament obtenu sur ordonnance est également conforme aux résultats d'études précédentes (Régie de l'assurance-maladie du Québec, 1993; Quinn *et al.*, 1992; Rabin, 1977).

Le rapport entre la perception de l'état de santé et le recours aux médicaments obtenus sur ordonnance rappelle l'influence marquée de la morbidité sur la consommation de médicament. Une telle influence est de nature à expliquer, du moins en partie, la relation consommation-âge.

Par ailleurs, la documentation scientifique n'établit pas clairement de lien entre l'âge et le fait d'utiliser un médicament non prescrit (Benrimoj et Chua, 1990). L'absence de lien dans l'enquête 1992-1993 ne surprend donc pas. Elle s'explique d'autant plus que la variation de la perception de l'état de santé selon le recours aux médicaments obtenus sans ordonnance est relativement faible, bien que statistiquement significative. Cette relation tient probablement au fait que certains médicaments obtenus sans ordonnance peuvent être utilisés à des fins de prévention (vitamines) ou pour soigner des malaises passagers (céphalées, douleurs musculaires, rhume), qui affectent peu la perception globale de l'état de santé.

La présente enquête n'a permis de dégager aucun lien entre le revenu du ménage et le recours aux médicaments. Compte tenu d'un état de santé généralement moins bon chez les personnes disposant d'un faible revenu, il fallait s'attendre à une proportion plus élevée de consommateurs dans ce groupe, d'autant plus que les programmes d'accessibilité financière sont de nature à minimiser l'effet du revenu sur l'acquisition de médicaments. Or, si cette relation s'observe dans l'ensemble, l'analyse par groupe d'âge et de sexe ne confirme pas les tendances.

Une moins grande proportion de personnes appartenant au groupe ethnoculturel minoritaire rapportent faire usage de médicaments. Ce phénomène est intéressant et pourrait témoigner de l'influence de variables culturelles sur l'utilisation des médicaments.

La popularité relative des diverses classes de médicaments telle que constatée en 1992-1993 est tout à fait conforme aux données des enquêtes Santé Québec 1987 et Santé Canada 1978-1979. Les vitamines et minéraux constituent la classe la plus populaire, suivie des analgésiques. Les médicaments pour le coeur et la pression artérielle sont également utilisés par une proportion

non négligeable de personnes. Les tendances à la baisse de la proportion de personnes utilisant des tranquillisants, sédatifs ou somnifères, et de la proportion de personnes utilisant des laxatifs sont intéressantes puisqu'elles correspondent à des résultats souhaitables. L'évolution de ces tendances est donc à suivre. Enfin, l'augmentation importante de la proportion de la population utilisant des médicaments d'une classe non précisée dans l'enquête mériterait une analyse plus approfondie des médicaments concernés, de façon à vérifier si la hausse est due à un recours plus fréquent à une gamme relativement fixe de produits ou à une extension de la gamme de produits considérés comme étant des médicaments.

16.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 confirment la popularité du recours aux médicaments et justifient l'intérêt porté à ce phénomène. Comme les médicaments sont des produits qui possèdent des effets bénéfiques comme des effets indésirables, des politiques visant à s'assurer de leur utilisation optimale sont d'autant plus nécessaires qu'ils sont fréquemment utilisés par la majorité de la population.

D'une part, l'importance de la consommation de médicaments obtenus sans ordonnance amène à s'interroger sur les conséquences possibles de cette consommation et sur la pertinence d'élaborer des politiques et de soutenir des interventions visant une automédication rationnelle. D'autre part, le fait que chez les personnes de 45 ans et plus, les médicaments obtenus sur ordonnance constituent plus de 60 % des médicaments consommés prouve qu'il importe de considérer les facteurs qui affectent les comportements des prescripteurs dans le cadre d'une politique visant à optimiser l'utilisation des médicaments.

L'augmentation de la proportion d'utilisateurs est surtout marquée quant à la consommation de trois médicaments ou plus. Plus de personnes ont donc des médications complexes, ce qui peut leur permettre de mieux contrôler leurs problèmes de santé. Cela peut toutefois augmenter la possibilité d'interactions et d'effets indésirables. Il est donc nécessaire de favoriser un bon suivi de ces régimes complexes par des programmes appropriés.

Enfin, au regard de la Politique de la santé et du bien-être, la tendance à une diminution du recours aux tranquillisants mérite un suivi attentif, de façon à vérifier s'il s'agit d'un artéfact ou d'une diminution véritable.

16.4 Références bibliographiques

ANDERSON, R.; NEWMAN, J. (1973). "Societal and individual determinants of medical care utilization", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, pp 91-124

BENRIMOJ, SI.; CHUA, SS. (1990). "Predictors of nonprescription medication use", *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*, 5, pp 3-27.

ENQUÊTE SANTÉ CANADA; SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA; STATISTIQUE CANADA (1981). *La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa.

QUINN, K.; BAKER, M.; EVANS, B. (1992). *Who Uses Prescription Drugs?*, Saskatchewan Health.

RABIN, DL. (1977). Prescribed and non prescribed medicine use, *dans :* Wertheimer, A.I. et Bush, P.J., (eds.), *Perspectives on Medicines in Society*, Drug Intelligence Publications Hamilton, Illinois.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (1993). *Statistiques annuelles,* Bibliothèque nationale du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé ça va?* Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Les Publications du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

VERBRUGGE, LM. (1982). Sex differences in legal drug use, *Journal of Social Issues,* 38, pp 59-76.

ZADOROZNYJ, M.; SVARSTAD, BL. (1990). Gender, employment and medication use, *Social Science and Medicine*, 31, pp 971-978.

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A.16.1

Personnes ayant pris au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon le nombre de classes de médicaments pris, population totale, Québec 1987 et 1992-1993

Nombre de classe	1987	1992-1993	
	%	%	Pe
Aucun médicament	55,0	48,8	3 409 528
1 classe	28,1	29,3	2 047 993
2 classes	10,7	13,2	923 084
3 classes ou plus	5,8	8,7	610 520

Tableau A.16.2

Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population totale, Québec 1992-1993

Caractéristiques	Utilisateur de médicaments	Utilisateur de médicaments prescrits	Utilisateur de médicaments non prescrits
	%	%	%
Niveau de revenu			
Très pauvre	57,0	40,2	30,8
Pauvre	52,8	34,5	30,1
Moyen inférieur	50,4	30,2	29,9
Moyen supérieur	50,5	30,0	30,8
Supérieur	52,1	30,5	32,7
Total	**51,5**	**31,4**	**30,6**
Niveau de scolarité relative[1]			
Plus faible	51,8	34,5	29,0
Faible	53,1	35,1	29,4
Moyenne	58,3	37,1	35,0
Élevée	52,1	33,7	30,5
Plus élevée	57,3	35,9	34,5
Total	**54,4**	**35,2**	**31,6**

[1] Population de 15 ans et plus seulement.

Tableau A.16.3

Personnes ayant pris au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon le groupe ethnoculturel, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Sexe / Groupe d'âge	Groupe ethnoculturel		
	Majoritaire	Minoritaire	Total
	%	%	%
Hommes			
15-24 ans	28,4	33,3	29,0
25-44 ans	36,5	27,6	35,4
45-64 ans	50,7	43,9	49,8
65 ans et plus	73,8	63,7	72,2
Total	**43,3**	**39,1**	**42,8**
Femmes			
15-24 ans	64,6	35,6	61,6
25-44 ans	60,1	47,6	58,7
45-64 ans	70,8	63,8	70,2
65 ans et plus	86,4	83,1	86,0
Total	**67,5**	**55,7**	**66,3**
Sexes réunis			
15-24 ans	46,5	34,2	45,0
25-44 ans	48,3	37,1	47,0
45-64 ans	61,1	52,2	60,1
65 ans et plus	81,2	73,3	80,1
Total	**55,6**	**45,6**	**54,4**

Tableau A.16.4

Médicaments prescrits selon le sexe et l'âge,
ensemble des médicaments, Québec 1992-1993

Groupe d'âge	Médicaments par sexe		
	Hommes	Femmes	Total
	%	%	%
0-14 ans	34,4	35,3	34,8
15-24 ans	30,7	57,7	49,5
25-44 ans	36,5	46,6	43,1
45-64 ans	61,7	62,8	62,4
65 ans et plus	81,4	79,0	79,9
Total	**54,0**	**59,6**	**57,5**

CHAPITRE

CONCLUSION GÉNÉRALE

17

Carmen Bellerose, Santé Québec

Lucie Chénard, Équipe de santé publique de Rimouski

Ce premier volume du rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 visait d'abord à rendre compte de l'évolution de l'état de santé des Québécois, de ses déterminants et de ses conséquences, depuis la première enquête générale de Santé Québec en 1987. L'analyse devait aussi décrire, sur une base démographique et socioéconomique, les caractéristiques des groupes les plus vulnérables en matière de santé. En guise de conclusion, une vue d'ensemble rappelle d'abord les faits marquants glanés au fil des chapitres précédents; elle fait état des gains et des pertes enregistrés depuis 1987, et de quelques résultats sur des aspects non traités lors de la première enquête. On tente ensuite d'intégrer sommairement cette information pour tracer un bilan des caractéristiques de santé selon l'âge et certaines conditions socioéconomiques.

L'objectif ultime de cette démarche est de fournir aux planificateurs et décideurs du réseau de la santé et des services sociaux une première série de renseignements utiles à l'orientation des politiques et des programmes. Le présent rapport témoigne d'un souci constant de faire un lien entre les résultats de l'enquête et les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être. Les auteurs ont, à tour de rôle, proposé des pistes d'action ou de réflexion pour la planification et la prise de décision. Nous aimerions conclure ce volume en transmettant quelques-unes de leurs questions aux diverses instances du ministère de la Santé et des Services sociaux, et de son réseau. Des analyses complémentaires devront toutefois être réalisées par les chercheurs des divers milieux afin d'étoffer ces premiers résultats et de répondre aux besoins d'information propres à chaque sphère d'intervention ou de planification.

17.1 Vue d'ensemble

17.1.1 Des gains et des pertes depuis 1987

Au chapitre des déterminants de la santé, l'Enquête sociale et de santé a permis d'enregistrer des gains majeurs depuis l'enquête de 1987. Ainsi, on remarquera surtout la diminution de l'usage du tabac et la forte augmentation du recours à la mammographie. L'enquête indique en effet qu'en 1992-1993, non seulement la proportion de fumeurs réguliers a-t-elle diminué par rapport à 1987, mais la baisse de la proportion de fumeurs réguliers qui

fument plus de dix cigarettes par jour permet de croire que la consommation quotidienne a aussi baissé. Par ailleurs, la proportion de femmes de 50-69 ans qui suivent les recommandations canadiennes quant au recours à la mammographie a doublé entre les deux enquêtes. Il faut également souligner la diminution de la proportion de femmes présentant une insuffisance de poids et la réduction de la quantité d'alcool consommé par les personnes qui en font peu usage. Toutefois, une ombre persiste au tableau, à savoir la présence plus fréquente d'excès de poids dans l'ensemble de la population, pour tous les groupes d'âge et les deux sexes. Cependant, l'enquête ne permet pas de déceler de changements au niveau de la satisfaction quant à la vie sociale depuis 1987.

Il est impossible de comparer les résultats des deux enquêtes en matière de consommation de drogues ou de pratique d'activités physiques de loisir. Il faut quand même rappeler que 13 % de la population déclarent avoir fait usage de drogues au cours de l'année ayant précédé l'enquête et que, selon la définition retenue, près de 25 % des Québécois sont considérés comme actifs durant leurs loisirs, ce qui correspond à la valeur estimée en 1987 par d'autres sources.

Par ailleurs, l'évolution du profil de l'état de santé est un peu plus difficile à cerner. D'un côté, le bilan paraît positif, puisque l'espérance de vie en santé a fait des gains remarquables entre 1987 et 1992-1993, les hommes ayant d'ailleurs gagné davantage que les femmes à ce chapitre. Cependant, la convergence des indicateurs de perception porte à croire qu'une certaine morosité a gagné la population. Les Québécois ont ainsi une perception moins favorable de leur état de santé, même si la proportion de gens qui s'estiment en moyenne ou mauvaise santé n'a pas beaucoup varié entre les deux enquêtes. De plus, la proportion d'individus ayant un score élevé à l'indice de détresse psychologique s'est accrue pendant cette période, autant chez les hommes que chez les femmes et pour la majorité des groupes d'âge.

L'enquête s'est aussi intéressée à des aspects particuliers de la santé pour lesquels il existe peu de données à l'échelle de la population, tels que les accidents avec blessures, la perte d'autonomie fonctionnelle à long terme et les idées ou gestes suicidaires. On peut donc rappeler qu'en 1992-1993, environ une personne sur dix a été victime d'un accident avec blessure ayant entraîné soit une limitation des activités, soit la consultation d'un médecin, ou les deux. Ces accidents se produisent principalement au domicile des personnes, au travail, et sur les lieux de sport et de loisir. Ces résultats ne peuvent être comparés à ceux de 1987, puisque la recension des accidents est plus exhaustive dans la présente enquête.

La perte d'autonomie fonctionnelle à long terme affecte environ 8 % de la population vivant en ménage privé. En comparaison de 1987, la prévalence des pertes lourdes d'autonomie fonctionnelle à long terme a tendance à diminuer au sein de la population québécoise, mais il y aurait une prévalence accrue des formes moins sérieuses.

Finalement, les résultats de la présente enquête rappellent encore une fois l'ampleur du phénomène du suicide au Québec; au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, on estime que près de 30 000 personnes de 15 ans et plus auraient posé un geste suicidaire, soit six personnes sur mille. La situation a peu évolué depuis 1987, mais les auteurs s'inquiètent d'une possible tendance à la hausse que laissent entrevoir les résultats.

Au chapitre des conséquences de l'état de santé, l'enquête indique qu'au cours des deux jours ayant précédé l'enquête, plus de la moitié des Québécois ont consommé au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, y compris les vitamines et minéraux. Entre 1987 et 1992-1993, la proportion d'utilisateurs de médicaments s'est accrue, et elle est particulièrement marquée pour la consommation de trois médicaments ou plus. L'usage de médicaments non prescrits semble avoir connu une augmentation plus importante que celui des médicaments obtenus sur ordonnance. Par ailleurs, une personne sur quatre a consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Les résultats montrent également que les professionnels autres que les médecins occupent une place importante dans le système de santé, puisqu'on les consulte dans la même proportion que ces derniers. Le recours aux services d'un médecin aurait peu varié en cinq ans, alors que la demande de services d'autres professionnels a légèrement augmenté. Ces résultats suggèrent que le profil de consommation de services tend à se modifier au fil des ans, sans pour autant que le niveau de consommation diminue. À l'aube d'une transformation importante du réseau des services, ces renseignements fournissent des points de repère sur la consommation de services des Québécois.

17.1.2 Quelques nouveautés

Le menu de cette seconde enquête générale de Santé Québec comportait de nouveaux éléments, dont deux ont été traités dans ce volume, à savoir l'autonomie décisionnelle au travail, et l'accessibilité financière et géographique aux services de santé. Concernant l'autonomie décisionnelle au travail, les résultats indiquent qu'elle varie selon le sexe, l'âge, la scolarité et la catégorie professionnelle. L'enquête révèle aussi que les personnes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle sont plus nombreuses à présenter un faible niveau de soutien social, à être moins satisfaites de leur vie sociale, à se classer au niveau élevé de détresse psychologique et à déclarer avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. L'âge est sans doute un facteur qui explique certaines de ces relations, mais la même tendance s'observe souvent indépendamment de l'âge.

Les données sur l'accessibilité géographique montrent que la population des régions centrales utilise davantage les services de médecins et moins ceux des autres professionnels, alors que le phénomène inverse caractérise l'utilisation des services dans les autres régions. Les résultats indiquent, à l'instar de diverses sources administratives, que les régions éloignées sont particulièrement défavorisées au niveau de l'accessibilité aux services de médecins spécialistes; le recours aux services de ces derniers est de 40 % inférieur aux estimations ayant trait aux résidants des régions centrales.

Pour ce qui est de l'accessibilité financière, l'enquête permet d'estimer que plus de la moitié des Québécois de tous âges sont couverts par une assurance privée complémentaire de l'assurance-maladie du Québec; ceux-ci utilisent davantage les services de dentistes et de praticiens de médecine non traditionnelle que ne le font les personnes non assurées. L'enquête révèle également des renseignements inédits sur la présence de contraintes financières quant à l'acquisition de certains produits et services. Ainsi, 4 % des gens qui se sont fait prescrire des médicaments au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête se sont privés de les acheter

à cause de leur coût. Pour la même période, le tiers des personnes qui auraient dû se procurer des lunettes, des prothèses ou d'autres fournitures médicales y ont aussi renoncé à cause de leur coût.

17.2 Bilan

Les chapitres précédents ont maintes fois permis de constater que les caractéristiques d'âge et de sexe de même que les conditions de vie sont associées à l'état de santé, à ses déterminants et à ses conséquences. Il ne saurait ici être question de faire la synthèse de toute cette information. Toutefois, un profil sommaire des caractéristiques propres à chaque groupe d'âge et un rappel des aspects pour lesquels persistent des inégalités socioéconomiques permettra de mettre en évidence certains enjeux en matière de promotion de la santé, de prévention ou de planification sociosanitaire en général.

17.2.1 Particularités selon l'âge

Les 15-24 ans

Bien que la majorité des adolescents et des jeunes adultes visés par l'enquête présentent des comportements propices à la santé et à son maintien, bénéficient d'un bon soutien social et jouissent d'une bonne santé, il n'en demeure pas moins que certains résultats laissent entrevoir des situations qui leur sont moins favorables. Il faut, entre autres, rappeler que la proportion de jeunes ayant un score élevé à l'indice de détresse psychologique est plus élevée que chez les personnes plus âgées, de même que la prévalence des idées et des tentatives de suicide. Il est aussi révélateur d'observer, qu'en comparaison de 1987, plus de jeunes se classent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, se déclarent insatisfaits de leur vie sociale et manifestent une perception moins favorable de leur état de santé. Dans un autre ordre d'idées, on ne saurait passer sous silence un résultat tout à fait inédit, qui indique que la privation de médicaments en raison de contraintes financières pourrait être plus fréquente chez les jeunes de 15-24 ans.

Par ailleurs, les jeunes représentent un segment de la population particulièrement visé par les programmes de promotion de la santé en matière de consommation d'alcool, de tabac ou de drogues. Sans préjuger de l'effet de ces programmes, l'enquête permet néanmoins d'estimer et de suivre l'évolution de la proportion de jeunes présentant des comportements à risque. On y apprend qu'en proportion, les jeunes de 15-24 ans ne consomment pas plus d'alcool que les personnes de 25-44 ans, mais qu'ils consomment différemment, puisque la fréquence de consommation élevée se rencontre plus souvent chez ce groupe d'âge. Néanmoins, ils ont, eux aussi, diminué leur consommation d'alcool depuis 1987. D'autre part, les jeunes de 15-24 ans représentent la majorité des consommateurs actuels de drogues. La proportion de ceux qui déclarent avoir consommé de la drogue au cours de l'année ayant précédé l'enquête est en fait équivalente à celle des fumeurs réguliers, soit environ une personne sur quatre. Enfin, l'usage du tabac n'a pas diminué de façon notable depuis 1987 chez les jeunes de 15-24 ans, sauf chez les jeunes femmes de 20-24 ans.

Les 25-44 ans

Les personnes de 25 à 44 ans se distinguent par une proportion plus élevée de fumeurs réguliers et de fumeurs dont la consommation quotidienne est supérieure à dix cigarettes. Ce sont aussi celles qui rapportent le plus d'insatisfaction quant à leur vie sociale et qui se trouvent en plus grand nombre parmi les personnes inactives pendant leurs loisirs. En matière de comportements de santé propres aux femmes, il faut souligner qu'environ 80 % des femmes de cet âge ont subi un test de Pap moins de deux ans avant l'enquête.

Depuis 1987, la proportion de fumeurs réguliers a baissé dans ce groupe d'âge comme dans d'autres, mais la proportion de fumeurs de plus de dix cigarettes par jour est presque demeurée inchangée. Au chapitre des déterminants, on note également que la proportion de personnes présentant un excès de poids s'est accrue et que la consommation des buveurs modérés a diminué, comme dans la plupart des autres groupes d'âge. Comme les jeunes de 15-24 ans, ils ont aussi une perception moins favorable de leur santé et sont plus nombreux à présenter un score élevé à l'indice de détresse psychologique.

Les 45-64 ans

Les personnes de 45-64 ans, quant à elles, se démarquent au plan des déterminants par la prévalence plus élevée de l'excès de poids et par une plus grande proportion de gens ayant un niveau faible de soutien social; l'autonomie décisionnelle au travail, facteur favorable à la santé, se retrouve davantage chez les gens de cet âge. De plus, la majorité des femmes de cet âge ont subi un test de Pap et une mammographie au cours des deux années ayant précédé l'enquête. Sur le plan de l'état de santé, c'est à partir de ce groupe d'âge que l'évaluation de l'état de santé devient plus négative, et la déclaration d'incapacités connaît une augmentation par rapport aux groupes d'âge précédents; cependant, les symptômes de détresse psychologique affectent en moins grande proportion les gens de cet âge que les plus jeunes.

En comparaison de 1987, les résultats indiquant une diminution de la consommation de cigarettes et d'alcool, et un accroissement de l'excès de poids se retrouvent aussi chez les personnes de cet âge. L'enquête révèle surtout une légère amélioration de la perception de leur état de santé, alors que la tendance inverse s'observe chez les plus jeunes. De plus, l'augmentation de la proportion de personnes présentant un score élevé à l'indice de détresse psychologique ne paraît pas aussi marquée que parmi les plus jeunes. Il faut enfin rappeler les gains remarquables observés depuis 1987 concernant le recours à la mammographie pour les femmes de cet âge.

Les 65 ans et plus

Au chapitre des déterminants, les personnes de 65 ans et plus sont plus nombreuses que les personnes plus jeunes à présenter des comportements ou des facteurs propices à la santé, exception faite de l'excès de poids. Il est intéressant de souligner, entre autres, que la pratique d'activités physiques de loisir est aussi répandue chez les personnes de cet âge que chez les jeunes de 15-24 ans.

Évidemment, les personnes de cet âge affichent un bilan de santé moins favorable que les personnes de moins de 65 ans, ont davantage recours aux services de professionnels de la santé, sont plus nombreuses à consommer des médicaments, principalement prescrits, et consomment plusieurs variétés de médicaments. Cependant, en comparaison de 1987, ces personnes sont plus nombreuses à se déclarer satisfaites de leur vie sociale, ont une meilleure perception de leur état de santé, et l'on ne décèle pas de présence accrue de symptômes de détresse psychologique, comme c'est le cas pour les autres groupes d'âge. Il s'agit donc là de gains appréciables pour la population âgée vivant en ménage privé. Néanmoins, le recours aux services de professionnels de la santé et la proportion d'utilisateurs de médicaments s'est accrue entre les deux enquêtes.

L'amélioration de l'espérance de vie en santé chez les 65 ans et plus attire aussi l'attention. Depuis 1987, l'espérance de vie globale s'est accrue de 13 mois chez les hommes, dont seulement deux mois avec perte d'autonomie fonctionnelle; chez les femmes, les gains sont estimés à douze mois, dont plus de la moitié avec perte d'autonomie fonctionnelle. Les progrès semblent plus marqués pour le niveau modéré de perte d'autonomie, puisque la dépendance des activités instrumentales est moins fréquente.

17.2.2 Disparités selon le niveau socioéconomique

Les conditions socioéconomiques prises en compte dans cette enquête sont la scolarité, le revenu et, à l'occasion, le statut d'activité. Celles-ci sont habituellement associées à l'adoption ou non de certains comportements, à l'état de santé et au recours aux services. Les résultats sont ici rassemblés pour décrire une situation, sans préjuger cependant des liens de causalité, ni tenir compte de la part relative des facteurs d'âge et de sexe dans le lien observé entre les aspects de santé et les conditions socioéconomiques.

Pour un certain nombre de déterminants abordés dans l'enquête, plus le niveau de scolarité et le niveau de revenu augmentent, plus la proportion de personnes qui affichent des comportements favorables à la santé s'accroît. Il en est ainsi de la consommation régulière de cigarettes, de la pratique d'activités physiques durant les loisirs et de la proportion de femmes qui adoptent des comportements de santé propres aux femmes. Parfois, la relation n'est décelée que pour une seule de ces conditions. Ainsi, l'excès de poids ne semble pas associé au revenu, mais seulement à la scolarité. Par contre, l'enivrement est moins fréquent lorsque le revenu s'améliore, mais aucun lien n'est détecté avec la scolarité; il en est de même de la proportion d'utilisateurs de drogues au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Les résultats concernant l'indice de soutien social et la majorité de ses composantes se détériorent aussi quand le revenu diminue. La présence de telles relations n'exclut pas cependant la présence de comportements ou de situations favorables ou défavorables, que les personnes soient pauvres ou riches, scolarisées ou moins instruites. De fait, une proportion notable de Québécois ont des comportements favorables à la santé ou bénéficient d'un milieu apte à les soutenir.

L'enquête révèle également un lien entre les disparités socioéconomiques et la perception de l'état de santé, la présence de symptômes de détresse psychologique, le nombre de journées d'incapacité et la perte d'autonomie fonctionnelle à long terme. L'enquête met aussi en relief

la situation plus défavorable des personnes sans emploi pour ces indicateurs de santé. Ces personnes regroupent celles qui ne peuvent travailler pour des raisons de santé, ce qui peut expliquer en partie la présence de résultats moins favorables; mais on y retrouve aussi les personnes bénéficiaires de l'aide sociale et en chômage, dont une partie, à tout le moins, partagent avec les premiers une moins bonne perception de leur santé mentale et de leur état de santé général. De plus, les personnes sans emploi sont moins susceptibles de disposer d'un soutien social suffisant en cas de besoin, ce qui ajoute à leur vulnérabilité.

L'utilisation des services diffère également selon les conditions socioéconomiques. Dans l'ensemble, le recours aux services de professionnels de la santé ou la consommation de médicaments varie peu selon la scolarité et le revenu, probablement en raison du régime d'accès universel aux services de santé. Les disparités sont d'un autre ordre. L'enquête a d'abord révélé que les jeunes de 15-24 ans seraient plus nombreux à se priver de médicaments à cause de leur coût; on peut se demander si la précarisation de l'emploi chez les jeunes en fait un groupe plus vulnérable qu'il ne l'était lors de l'implantation du régime public. D'autre part, les contraintes financières limitent l'accès aux services non assurés par le régime public; l'enquête souligne à cet effet que le recours aux services de dentistes et de praticiens de médecine non traditionnelle augmente avec le revenu. Les résultats appuient également l'hypothèse selon laquelle le modèle de consommation de services diffère selon le revenu; l'enquête montre entre autres que la consultation en cabinet privé est moins fréquente chez les gens les plus pauvres, qui semblent privilégier la consultation au CLSC, à l'urgence, à la clinique externe d'un hôpital ou à domicile.

17.3 Pistes de réflexion pour l'action

Il ne saurait être question ici de rappeler tous les éléments de réflexion pour la planification et la prise de décision qui ont été présentés dans les chapitres précédents, mais plutôt d'illustrer, à l'aide de quelques résultas, le type de réflexion que peut susciter une enquête comme celle-ci.

Les résultats de l'Enquête sociale et de santé permettent d'abord de dégager certaines tendances quant à l'évolution d'indicateurs reliés directement aux objectifs fixés par la Politique de la santé et du bien-être ou à ses stratégies d'action. Ces tendances sont parfois favorables, parfois contraires à l'évolution souhaitée. Ainsi, entre 1987 et 1992-1993, on note une évolution favorable de la situation pour les objectifs ou stratégies visant la diminution de la consommation d'alcool, l'augmentation de la proportion de non-fumeurs et la réduction de la mortalité par cancer du sein. Par contre, les résultats sur les aspects de la santé mentale traités dans cette enquête suggèrent, d'une part, que l'évolution des problèmes de santé mentale au sein de la population s'inscrit dans une tendance contraire à l'objectif poursuivi par la politique et incitent, d'autre part, à s'interroger sur la probabilité d'atteindre l'objectif visant à réduire de 15 % les gestes suicidaires d'ici l'an 2002.

Il faut toutefois nuancer les tendances favorables de ce premier bilan. Prenons la consommation d'alcool. Bien que les résultats semblent encourageants à première vue, il ne faut pas

oublier que la réduction ne s'observe que chez les buveurs qui consomment peu, et non chez ceux dont la consommation est élevée. Si, d'ici l'an 2002, une diminution de la consommation d'alcool par habitant de l'ordre de 15 % est à espérer, il faut prioritairement viser les personnes qui consomment le plus d'alcool. Quant aux gains en matière d'usage de la cigarette ils sont survenus avant la réduction des taxes sur les produits du tabac : quel sera l'effet de cette décision, à moyen et à long terme, sur la proportion de fumeurs et la quantité de cigarettes fumées quotidiennement, surtout chez les jeunes, qui sont particulièrement influencés par le prix des cigarettes? Par ailleurs, les gains importants enregistrés entre 1987 et 1992-1993 en matière de dépistage du cancer du sein par mammographie sont encourageants dans la mesure où ce moyen est susceptible de diminuer la mortalité par cancer du sein; néanmoins, une proportion appréciable de femmes n'ont encore jamais subi un tel test. La situation paraît ainsi propice à la mise en place du programme de dépistage annoncé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, d'autant plus que les femmes semblent sensibilisées à ce problème, à en juger par le fait que près de la moitié des femmes pratiquent l'autoexamen des seins ou se prêtent à un examen clinique.

L'Enquête sociale et de santé contribue aussi à alimenter la réflexion sur certains enjeux en matière de prévention ou de promotion de la santé, particulièrement en ce qui a trait aux programmes qui visent les jeunes. Concernant la consommation d'alcool, par exemple, puisque c'est la manière de consommer qui est problématique chez bon nombre d'entre eux, les messages de prévention sur la consommation d'alcool devraient mettre davantage l'accent sur la façon de boire. Ou encore, comme l'enquête n'indique pas que l'usage de la cigarette a diminué de façon notable entre les deux enquêtes chez les 15-24 ans, et étant donné que l'habitude de fumer s'acquiert très jeune, ne faudrait-il pas s'interroger sur la façon d'intervenir efficacement auprès des jeunes pour éviter qu'ils ne commencent à fumer? Devant l'usage relativement répandu de la drogue chez les jeunes, à défaut de réussir à accroître le nombre d'abstinents d'ici l'an 2002, n'est-il pas tout aussi urgent de tenter de limiter la fréquence de consommation ou la gamme de produits consommés, et de chercher à restreindre la durée de la période d'expérimentation des drogues, afin de réduire les conséquences néfastes reliées à la consommation de substances psychoactives?

De façon plus indirecte, l'enquête peut également susciter des questions sur l'efficacité de certains programmes ou suggérer des modes d'action. Par exemple, l'accroissement de l'excès de poids pour tous les groupes d'âge et les deux sexes ne remet-elle pas en question l'efficacité ou la portée des programmes mis en place pour réduire la prévalence de ce facteur de risque de problèmes de santé au sein de la population? Par ailleurs, le fait que la pratique d'activités physiques de loisir soit absente ou quasi absente chez environ quatre personnes sur dix devrait inciter à maintenir les efforts de promotion, tout en révisant les approches utilisées, puisque la proportion de personnes actives durant leurs loisirs (trois fois par semaine, à raison d'au moins vingt minutes par séance) ne semble pas avoir changé depuis 1987. Dans un autre ordre d'idées, le fait qu'un Québécois sur vingt n'ait pas au moins une personne pour l'aider en cas de besoin ou lui démontrer de l'affection confirme qu'il est important de tenir compte du soutien social, dans le cadre de la planification des programmes sociosanitaires. Le chapitre sur les accidents avec blessures désigne le domicile comme principal lieu d'accident; quels sont l'intérêt et la préoccupation du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'égard de

tels traumatismes, qui peuvent constituer une source importante de problèmes de santé, selon la nature des blessures? Enfin, le chapitre sur l'autonomie fonctionnelle permet de prévoir une plus grande demande d'aide pour les soins personnels et les activités instrumentales. À l'heure d'un virage ambulatoire dans le domaine de la distribution des services de santé, les aidants familiaux et les services à domicile seront de plus en plus sollicités; le soutien au milieu qu'entend assurer la politique auprès des aidants devient donc important. Le chapitre sur la consommation de médicaments, souligne que, par rapport à 1987, plus de personnes ont des régimes médicamenteux complexes; cela montre la nécessité de favoriser un bon suivi de ces régimes par des programmes appropriés.

Évidemment, l'enquête permet aussi de discerner les groupes les plus vulnérables et de noter la persistance des inégalités en matière de santé et de bien-être. Les personnes de 15-24 ans et, dans une moindre mesure, celles de 25-44 ans ont été maintes fois mentionnées comme ayant connu une évolution moins favorable des indicateurs de perception de la santé générale, et de la santé mentale en particulier. Une fois de plus, les conditions socioéconomiques paraissent associées à l'état de santé, à ses déterminants et à ses conséquences, et ont fait ressortir, à plusieurs reprises, la situation plus défavorable des personnes sans emploi. Considérant que l'enquête de 1987 s'est déroulée dans une période de relative prospérité économique, alors que celle de 1992-1993 a eu lieu pendant une période de récession, il serait important d'examiner l'influence de ce contexte sur les changements observés.

Par ailleurs, cette morosité n'est-elle que le reflet des aléas du contexte socioéconomique, ou annonce-t-elle, au contraire, une détérioration de l'état de santé? Cette enquête ayant peu abordé les problèmes de santé comme tels, il est difficile d'approfondir cette question. Il faudra attendre la prochaine enquête générale de 1997-1998 pour avoir un portrait plus global de la situation. D'ici-là, il importe de suivre de près l'évolution des autres indicateurs de santé et de bien-être.

ANNEXE

LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET SCHÉMAS

1

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1	Répartition de l'échantillon des ménages selon la région et l'aire homogène, Enquête sociale et de santé 1992-1993
Tableau 2.1	Effectifs de la population québécoise en ménage privé visée par l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 selon le sexe et l'âge
Tableau 2.2	État matrimonial de fait selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993
Tableau 2.3	Groupe ethnoculturel selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993
Tableau 2.4	Scolarité relative selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993
Tableau 2.5	Niveau de revenu selon le sexe ou l'âge, population totale, Québec 1992-1993
Tableau 2.6	Statut d'activité au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993
Tableau 2.7	Statut d'activité au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993
Tableau 2.8	Catégorie professionnelle, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1987 et 1992-1993
Tableau 2.9	Catégorie professionnelle selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993
Tableau A.2.1	Langue maternelle et langue parlée à la maison, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993 et recensement canadien de 1991
Tableau A.2.2	Groupe ethnoculturel selon l'origine ethnique perçue, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993
Tableau A.2.3	Groupe ethnoculturel selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993
Tableau A.2.4	Niveau de revenu selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993
Tableau A.2.5	Statut d'activité au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 3.1 Types de buveurs selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 3.2 Types de buveurs selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 3.3 Nombre moyen de consommations au cours de la semaine ayant précédé l'enquête selon le sexe, buveurs de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 3.4 Consommation d'alcool au cours de la semaine ayant précédé l'enquête selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 3.5 Consommation d'alcool au cours de la semaine ayant précédé l'enquête selon le niveau de revenu, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 3.6 Buveurs actuels selon le sexe et l'âge, population de 15 à 24 ans, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 3.7 Consommation élevée d'alcool, 5 fois ou plus au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon le niveau de revenu, buveurs de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 3.8 Consommation d'alcool selon certaines enquêtes québécoises et canadiennes, population de 15 ans et plus, données pour le Québec

Tableau A.3.1 Taux de non-réponse partielle à la question sur l'enivrement selon le sexe, l'âge et la scolarité relative, Québec 1992-1993

Tableau A.3.2 Fréquence de consommation d'alcool au cours de la semaine ayant précédé l'enquête selon le sexe ou l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.3.3 Fréquence de consommation, au cours de l'année ayant précédé l'enquête, de cinq consommations d'alcool ou plus en une même occasion selon le sexe ou l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.3.4 Fréquence d'enivrement au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon le sexe ou l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 4.1 Types de consommateurs de drogues selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 4.2 Types de consommateurs de drogues selon l'âge, population de 15 à 24 ans, Québec 1992-1993

Tableau 4.3 Types de consommateurs de drogues selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 4.4 Consommateurs actuels de drogues selon le type de drogues, le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 4.5 Consommateurs par catégorie de drogues selon la période de consommation, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 4.6 Consommateurs de marijuana ou de cocaïne selon certaines enquêtes québécoises et canadiennes, population de 15 ans et plus, données pour le Québec

Tableau A.4.1 Taux de non-réponse partielle pour le type de consommateur de drogues selon le sexe, l'âge et la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.4.2 Types de consommateurs de drogues selon le sexe et l'âge, population de 15 à 24 ans, Québec 1992-1993

Tableau A.4.3 Consommateurs actuels de drogues selon le type de drogues et certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 5.1 Types de fumeurs selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 5.2 Fumeurs réguliers selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 5.3 Fumeurs réguliers selon le sexe et l'âge, population de 15 à 24 ans, Québec 1992-1993

Tableau 5.4 Âge où la personne a commencé à fumer tous les jours, fumeurs réguliers de 15 à 24 ans, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.5.1 Types de fumeurs selon l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.5.2 Fumeurs réguliers selon la scolarité relative et l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.5.3 Fumeurs réguliers selon le niveau de revenu et l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.5.4 Fumeurs réguliers selon le groupe ethnoculturel et l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.5.5 Nombre de cigarettes fumées quotidiennement selon l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus fumant régulièrement, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.5.6 Âge où la personne a commencé à fumer tous les jours selon l'âge actuel, hommes et femmes de 15 ans et plus fumant régulièrement, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.5.7 Types d'anciens fumeurs selon l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 6.1 Fréquence des activités physiques de loisir, 20 à 30 minutes par séance, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 6.2 Fréquence des activités physiques de loisir, 20 à 30 minutes par séance, selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 6.3 Les dix activités les plus populaires, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 6.4 Les dix activités les plus populaires selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 7.1 Indice de masse corporelle selon l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 7.2 Indice de masse corporelle selon l'âge, hommes et femmes de 20 à 64 ans, Québec 1992-1993

Tableau 7.3 Indice de masse corporelle selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 20 à 64 ans, Québec 1992-1993

Tableau 7.4 Désir de changer de poids selon l'âge, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 7.5 Désir de changer de poids selon l'indice de masse corporelle, hommes et femmes de 20 à 64 ans, Québec 1992-1993

Tableau 7.6 Degré de diminution du poids désiré selon l'indice de masse corporelle, hommes et femmes de 20 à 64 ans désirant une diminution de poids, Québec 1992-1993

Tableau A.7.1 Taux de non-réponse partielle pour l'indice du désir de changer de poids selon le sexe, l'âge et la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 8.1 Indice de soutien social selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 8.2 Composantes de l'indice de soutien social selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 8.3 Situation de vie selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 8.4 Bonheur ressenti quant au fait de vivre seul selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 8.5 Satisfaction quant aux relations avec le conjoint et les enfants selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant un conjoint ou des enfants, Québec 1992-1993

Tableau 8.6 Types de séparations avant l'âge de 12 ans selon le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.8.1 Taux de non-réponse partielle à la question sur la satisfaction quant au fait de vivre seul et aux questions portant sur les séparations avant 12 ans selon le sexe, l'âge et la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.8.2 Niveau faible à l'indice de soutien social selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.8.3 Composantes de l'indice de soutien social selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.8.4 Composantes de l'indice de soutien social selon l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.8.5 Composantes de l'indice de soutien social selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.8.6 Composantes de l'indice de soutien social selon certaines catégories du statut d'activité habituelle, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.8.7 Personnes très satisfaites de leur vie sociale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.8.8 Situation de vie selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.8.9 Types de séparations avant l'âge de 12 ans selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 9.1 Faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Tableau 9.2 Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et l'usage du tabac, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Tableau 9.3 Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et la consommation hebdomadaire d'alcool, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Tableau 9.4 Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et l'activité physique de loisir, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Tableau 9.5 Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et la satisfaction quant à la vie sociale, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Tableau 9.6 Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Tableau A.9.1 Taux de non-réponse partielle pour l'indice d'autonomie décisionnelle au travail selon le sexe, l'âge et certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

Tableau 10.1 Fréquence de l'autoexamen des seins (AES) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 10.2 Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 10.3 Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 10.4 Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 10.5 Consommation d'anovulants selon l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 10.6 Consommation d'hormones pour troubles liés à la ménopause ou pour une autre raison selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.10.1 Fréquence de l'autoexamen des seins (AES) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.10.2 Fréquence de l'autoexamen des seins (AES) selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.10.3 Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS) selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.10.4 Temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins (ECS) selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.10.5 Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.10.6 Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon le temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins, population féminine de 50-69 ans, Québec 1992-1993

Tableau A.10.7 Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.10.8 Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.10.9 Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon le temps écoulé depuis la dernière mammographie, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.10.10 Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon le temps écoulé depuis le dernier examen clinique des seins, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.10.11 Fréquence de l'autoexamen des seins selon le dernier test de Pap, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.10.12 Types de fumeuses selon l'âge et la consommation d'anovulants, population féminine de 15 à 44 ans, Québec 1992-1993

Tableau A.10.13 Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon la consommation d'anovulants et l'âge, population féminine de 15 à 44 ans, Québec 1992-1993

Tableau 11.1 Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 11.2 Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 11.3 Perception de l'état de santé selon certains comportements individuels, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 11.4 Perception de l'état de santé selon l'indice de masse corporelle (IMC), hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 11.5 Perception de l'état de santé selon l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.11.1 Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.11.2 Perception de l'état de santé selon la scolarité relative ou le niveau de revenu, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.11.3 Perception de l'état de santé selon le statut d'activité ou la catégorie professionnelle, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.11.4 Perception de l'état de santé selon les types de fumeurs, l'activité physique ou l'indice de soutien social, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 12.1 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 12.2 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'état matrimonial de fait, le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 12.3 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le statut d'activité au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 12.4 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques du milieu social et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 12.5 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la perception de l'état de santé et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 12.6 Types de conséquences selon l'indice de détresse psychologique, personnes de 15 ans et plus ayant mentionné au moins une manifestation de l'échelle de détresse psychologique, Québec 1992-1993

Tableau 12.7 Types de professionnels consultés et délai de consultation selon l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus ayant consulté pour des manifestations contenues dans l'échelle de détresse psychologique, Québec 1992-1993

Tableau 12.8 Présence d'idées suicidaires au cours de la vie et au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 12.9 Présence d'idées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 12.10 Présence d'idées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques du milieu social, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 12.11 Moyens envisagés pour attenter à ses jours au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon le sexe, personnes de 15 ans et plus avec idées suicidaires, Québec 1992-1993

Tableau 12.12 Prévalence des parasuicides au cours de la vie et au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 12.13 Moyens utilisés pour attenter à ses jours au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon le sexe, personnes de 15 ans et plus rapportant un parasuicide, Québec 1992-1993

Tableau A.12.1 Taux de non-réponse partielle aux questions QAA82 à QAA85 selon certaines caractéristiques, personnes de 15 ans et plus concernées par au moins un énoncé de l'échelle de détresse psychologique, Québec 1992-1993

Tableau A.12.2 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'état matrimonial de fait, hommes et femmes de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.12.3 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques culturelles et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.12.4 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques socioéconomiques et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.12.5 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la satisfaction quant à la vie sociale et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.12.6 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'indice de soutien social et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.12.7 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'indice d'autonomie décisionnelle au travail et l'âge, population de 15 à 64 ans en emploi, Québec 1992-1993

Tableau A.12.8 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la perception de l'état de santé et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.12.9 Types de professionnels consultés selon l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus ayant consulté un professionnel non médecin, Québec 1992-1993

Tableau 13.1 Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et l'âge, population totale, Québec 1992-1993

Tableau 13.2 Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et le lieu, population totale, Québec 1992-1993

Tableau 13.3 Conséquences des accidents avec blessures, population totale, Québec 1992-1993

Tableau A.13.1 Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et l'âge, population totale, Québec 1992-1993

Tableau A.13.2 Victimes d'accidents avec blessures selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.13.3 Victimes d'accidents avec blessures, nombre d'accidents et nombre moyen d'accidents par accidenté, selon le sexe et l'âge, population totale, Québec 1992-1993

Tableau A.13.4 Victimes d'accidents avec blessures selon le risque de problèmes reliés à la consommation d'alcool, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.13.5 Victimes d'accidents avec blessures selon que ces dernières ont entraîné une consultation médicale, une limitation d'activités ou les deux, ensemble des victimes, Québec 1992-1993

Tableau 14.1 Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Tableau 14.2 Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le genre d'incapacité et le sexe, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Tableau 14.3 Durée et origine de l'incapacité selon le sexe, journées d'incapacité au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Tableau 14.4 Moyenne annuelle de journées d'incapacité totale et de journées d'alitement par personne selon le sexe, population en ménage privé, Québec 1978, 1987 et 1992-1993

Tableau 14.5 Personnes limitées dans leurs activités, dépendantes pour les soins personnels ou les activités instrumentales, ou restreintes dans leur mobilité, selon le sexe ou l'âge, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Tableau 14.6 Évolution des taux de limitations d'activité, population en ménage privé de 15 ans et plus, Québec 1978 à 1993

Tableau 14.7 Origine des limitations d'activité selon le sexe ou l'âge, population en ménage privé avec limitation dans les activités, Québec 1992-1993

Tableau 14.8 Sources d'aide pour les soins personnels et les activités instrumentales, population dépendante en ménage privé, Québec 1992-1993

Tableau 14.9 Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Tableau 14.10 Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme selon le sexe, population en ménage privé, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 14.11 Journées d'incapacité et personnes restreintes dans leur mobilité selon l'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Tableau 14.12 Indicateurs de non-satisfaction quant à certains aspects de la vie sociale selon l'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme, population de 15 ans et plus en ménage privé, Québec 1992-1993

Tableau 14.13 Espérance de vie en santé à la naissance et à 65 ans, selon le sexe, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 14.14 Changements dans l'espérance de vie en santé au Québec entre 1987 et 1992-1993, selon le sexe (en mois)

Tableau A.14.1 Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Tableau A.14.2 Causes principales des limitations d'activité selon le sexe, population en ménage privé avec limitations d'activité, Québec 1992-1993

Tableau A.14.3 Niveaux hiérarchiques de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec 1987

Tableau A.14.4 Limitations d'activité et perte d'autonomie fonctionnelle à long terme selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Tableau A.14.5 Taux d'hébergement en centre de soins de longue durée, selon le sexe et l'âge, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.14.6 Taux de survie et personnes-années de vie selon les tables de mortalité abrégées, Québec 1987 et 1992

Tableau A.14.7 Décomposition des changements dans l'espérance de vie en santé au Québec entre 1987 et 1992-1993, selon le sexe (en mois)

Tableau 15.1 Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le type de professionnel, population totale, Québec 1992-1993

Tableau 15.2 Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le nombre de types de professionnels consultés, le sexe ou l'âge, population totale, Québec 1992-1993

Tableau 15.3 Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le sexe ou l'âge, population totale, Québec 1992-1993

Tableau 15.4 Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population totale, Québec 1992-1993

Tableau 15.5 Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon certains indicateurs de santé, population totale, Québec 1992-1993

Tableau 15.6 Raison invoquée pour la dernière consultation selon le type de professionnel, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Tableau 15.7 Problème à l'origine de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 15.8 Lieu de la dernière consultation, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 15.9 Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le type de région, population totale, Québec 1992-1993

Tableau 15.10 Consultations ayant nécessité un trajet de plus de 20 kilomètres selon le type de région, consultations auprès d'un professionnel, médecin ou autre, déclarées pour les 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Tableau 15.11 Consultation d'un médecin spécialiste selon la distance parcourue et le type de région, consultations déclarées pour les 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Tableau 15.12 Personnes couvertes par une assurance privée selon l'âge ou certaines caractéristiques socioéconomiques, population totale, Québec 1992-1993

Tableau 15.13 Personnes s'étant privées de médicaments à cause de leur coût, selon l'âge, personnes ayant eu une prescription de médicaments au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Tableau 15.14 Personnes s'étant privées de lunettes, de prothèses ou de toute autre fourniture à cause de leur coût, selon certaines caractéristiques socioéconomiques, personnes qui auraient dû se procurer ces produits au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Tableau A.15.1 Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon certains types de professionnels et l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.15.2 Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon certains types de professionnels et le statut d'activité, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.15.3 Personnes ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon certains types de professionnels et le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.15.4 Problème à l'origine de la dernière consultation selon l'âge ou le sexe, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Tableau A.15.5 Problème à l'origine de la dernière consultation selon le type de professionnel, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Tableau A.15.6 Durée du problème à l'origine de la dernière consultation selon le type de professionnel, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Tableau A.15.7 Lieu de la dernière consultation selon l'âge ou le sexe, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Tableau A.15.8 Lieu de la dernière consultation selon le niveau de revenu, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Tableau A.15.9 Lieu de la dernière consultation selon le type de professionnel, population ayant consulté au moins un professionnel au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, Québec 1992-1993

Tableau A.15.10 Personnes ayant consulté au moins un médecin au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le type de médecin et le type de région, population totale, Québec 1992-1993

Tableau 16.1 Personnes ayant pris au moins un médicament et personnes ayant pris 3 médicaments ou plus au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon le sexe et l'âge, population totale, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 16.2 Personnes ayant pris au moins un médicament prescrit et personnes ayant pris au moins un médicament non prescrit au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon le sexe et l'âge, population totale, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 16.3 Personnes ayant pris au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon le nombre de médicaments et certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau 16.4 Personnes ayant pris au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon la classe de médicaments, population totale, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau 16.5 Médicaments prescrits et médicaments pris régulièrement selon la classe, ensemble des médicaments de la classe, Québec 1992-1993

Tableau A.16.1 Personnes ayant pris au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon le nombre de classes de médicaments pris, population totale, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.16.2 Personnes ayant pris au moins un médicament, prescrit ou non prescrit, au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population totale, Québec 1987 et 1992-1993

Tableau A.16.3 Personnes ayant pris au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon le groupe ethnoculturel, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Tableau A.16.4 Médicaments prescrits selon le sexe et l'âge, ensemble des médicaments, Québec 1992-1993

Graphique 10.3 Personnes ayant subi une mammographie au cours des 2 années ayant précédé l'enquête selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Graphique 10.4 Personnes n'ayant jamais subi de test de Pap selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Graphique 11.1 Perception de l'état de santé selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Graphique 12.1 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Graphique 12.2 Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le statut d'activité au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Graphique 12.3 Présence d'idées suicidaires ou de parasuicides au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Graphique 13.1 Victimes d'accidents avec blessures selon le sexe et l'âge, population totale, Québec 1992-1993

Graphique 13.2 Accidents avec blessures selon le lieu, population totale, Québec 1992-1993

Graphique 14.1 Personnes percevant leur santé comme mauvaise et personnes ayant consulté un professionnel de la santé au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête selon l'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme, population en ménage privé, Québec 1992-1993

Graphique 15.1 Personnes ayant consulté au moins un professionnel, médecin ou autre, au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, selon le sexe, population totale, Québec 1987 et 1992-1993

Graphique 16.1 Personnes ayant pris des médicaments prescrits ou non prescrits au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête, selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Graphique 16.2 Personnes ayant pris au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon la classe de médicaments et le sexe, population totale, Québec 1992-1993

Graphique 16.3 Personnes ayant pris au moins un médicament au cours des 2 jours ayant précédé l'enquête selon la classe de médicaments, le sexe et l'âge, population totale, Québec 1992-1993

LISTE DES SCHÉMAS

Schéma A.2.1	Élaboration de l'indice portant sur le niveau de revenu du ménage, Enquête sociale et de santé 1992-1993
Schéma 7.1	Seuils retenus pour l'indice de masse corporelle (IMC) selon l'âge, population de 15 ans et plus
Schéma 14.1	Dimensions et mesures de handicap dans les enquêtes de Santé Québec, 1987 et 1992-1993
Schéma 14.2	Définition de l'échelle hiérarchique d'autonomie fonctionnelle à long terme pour la population en ménage privé
Schéma 14.3	Classification hiérarchique des pertes d'autonomie fonctionnelle de courte et de longue durée pour le calcul de l'espérance de vie en santé
Schéma 16.1	Utilisation de médicaments : modèle conceptuel

ANNEXE 2

LISTE DES LECTEURS EXTERNES ET AUTRES COLLABORATEURS

LISTE DES LECTEURS EXTERNES ET AUTRES COLLABORATEURS

Monsieur Robert Baril
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Madame Marie Beaudet
Division des réseaux familiaux et sociaux
Statistique Canada

Monsieur Pierre Bergeron
Centre de santé publique de Québec

Monsieur Robert Bourbeau
Département de démographie
Université de Montréal

Monsieur Yvon Brunelle
Évaluation, couverture et qualité des services
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Andrée Christen
Direction de la recherche
Hôpital St-Sacrement

Monsieur Jean-Pierre Courteau
Unité de santé publique de l'Outaouais

Monsieur Régis Couture
Unité de santé publique de l'Hôtel-Dieu de Roberval

Madame Louise Dallaire
Conseil du statut de la femme

Monsieur Yvan D'Amours
Conseil permanent de la jeunesse

Madame Louise De Guire
Équipe Santé au travail
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Monsieur Raymond Desharnais
Département d'éducation physique
Université Laval

Madame Marthe Deschênes
Équipe de santé publique de l'Outaouais

Madame Francine Ducharme
École des Sciences infirmières
Université de Montréal

Monsieur Desmond Dufour
Promotion de la santé et du bien-être
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Jacques Dumas
École de pharmacie
Université Laval

Madame Lyse Ferland
Direction des sports
Ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche

Monsieur Pierre Ferland
Équipe de santé publique
Hôpital Ste-Croix

Madame Carmen Frenette
Direction de la santé publique de la Montérégie

Monsieur Hervé Gauthier
Direction des statistiques sociodémographiques
Bureau de la statistique du Québec

Monsieur Louis Gauvin
Direction de la santé publique de la Montérégie

Madame Édith Gilbert
Clinique de planification des naissances
Centre hospitalier de l'Université Laval

Madame Michèle Gervais
Institut de recherche
en santé et sécurité au travail

Monsieur Gaston Godin
École des Sciences infirmières
Université Laval

Madame Katherine Gray-Donald
École de diététique et de nutrition humaine
Université McGill

Monsieur Jean-Pierre Grégoire
École de pharmacie
Université Laval

Madame Louise Hamel
Direction de santé publique de Montréal-Centre

Madame Marthe Huot
Direction de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Marie Jacques
Direction de la santé publique de la Montérégie

Madame Marielle Ledoux
Département de nutrition
Université de Montréal

Madame Marie-Claude Messely
Centre de santé publique de Québec

Monsieur Gilles Mireault
Centre de santé publique de Québec

Madame Louise Nadeau
Département de psychologie
Université de Montréal

Madame Jennifer O'Loughlin
Direction de la santé publique Montréal-Centre

Monsieur Robert Pampalon
Service des études et analyses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Thérèse Perron
Direction des communications et du marketing
Ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche

Monsieur Denis Prud'homme
Laboratoire des Sciences de l'activité physique
Université Laval

Monsieur Jean-Marie Robine
INSERM
Centre Val d'Aurelle, France

Madame Madeleine Rochon
Service des études et analyses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Laurent Roy
Conseil exécutif
Secrétariat des affaires culturelles

Monsieur Alain Saucier
Direction des études et indicateurs
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Jean-François Saucier
Département de psychiatrie
Hôpital Ste-Justine

Monsieur Yves Sauvageau
Direction de la santé publique de la Montérégie

Monsieur Guy Thibeault
Direction des sports
Ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche

Monsieur Angelo Tremblay
Laboratoire des Sciences de l'activité physique
Université Laval

Monsieur Christian Viens
Direction de la santé publique de la Montérégie

ANNEXE

CALCUL DES INTERVALLES DE CONFIANCE

3

CALCUL DES INTERVALLES DE CONFIANCE

Les tableaux A et B présentent les marges d'erreur associées à différentes valeurs estimées de proportions correspondant elles-mêmes à différentes valeurs de population estimée (Pe). Chacun permet d'obtenir des intervalles de confiance pour des proportions, le premier pour des paramètres du questionnaire rempli par l'interviewer (QRI), l'autre pour des paramètres du questionnaire autoadministré (QAA). Ces tableaux servent aussi à tester de manière approximative l'égalité de deux proportions sur la base de deux intervalles de confiance; ils ne doivent cependant être utilisés que pour les données provinciales de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993.

Les directives suivantes présentent les étapes de construction d'un indice de confiance à 99 % pour une proportion.

1. Pour chaque estimation d'intérêt, tirer du tableau où elle est présente la population estimée[1] qui lui correspond. Aller à la ligne du tableau correspondant à la valeur la plus proche de Pe.
2. Aller ensuite à la colonne dont l'en-tête se rapproche le plus de la proportion estimée. Interpoler si nécessaire pour les colonnes de droite, qui sont séparées par un écart plus important.
3. La valeur située à l'intersection de la ligne et de la colonne désirées représente la marge d'erreur associée à l'estimation étudiée.
4. Pour construire l'intervalle de confiance, il suffit de soustraire et d'additionner la marge d'erreur à la proportion estimée. On obtient ainsi les bornes inférieures et supérieures de l'intervalle.

Exemple :

Y-a-t-il une différence entre les proportions de buveurs actuels chez les 15-17 ans et chez les 20-24 ans?

Selon les renseignements fournis au tableau 3.6, on estime que 74,8 % des jeunes de 15-17 ans sont des buveurs réguliers, soit 217 514. Chez les 20-24 ans, l'estimation du nombre de buveurs s'élève à 409 137, soit une proportion évaluée à 87,3 %.

La marge d'erreur associée à la première proportion est approximativement de 4,9 % (interpolation de la valeur comprise entre les colonnes correspondant à 70 % et à 80 % pour la ligne correspondant à 200 au tableau B). L'intervalle de confiance rattaché au paramètre en question est donc [69,9 %-79,7 %]. Une interpolation de la valeur entre les colonnes correspondant à 80 % et à 90 %, pour une population estimée de 400 000, fournit une marge d'erreur approximative de 3 % pour la seconde estimation, et l'intervalle est alors [84,3 %-90,3 %].

L'enquête permet donc de détecter une différence entre les proportions de buveurs actuels dans les deux groupes d'âge étudiés puisque les intervalles de confiance ne se recoupent pas.

Les tests de comparaison de proportions basés sur la construction d'intervalles de confiance ne sont toutefois pas toujours concluants. Par exemple, pour la comparaison de proportions de buveurs actuels chez les hommes et les femmes de 20-24 ans (tableau 3.6), les intervalles de confiance approximatifs sont respectivement [86,8 %-94,4 %] et [79,7 %-88,2 %]. Les intervalles se chevauchent mais les deux proportions étudiées ont quand même été déclarées significativement différentes parce que la précision associée à la différence des proportions à l'étude a été établie de manière exacte et non approximative. Cette situation peut, bien entendu, se retrouver pour d'autres tests de ce rapport.

---

[1] Lorsque **Pe** n'est pas fournie dans un tableau, mais que le nombre d'individus dans la population concernée par la question (**N**) l'est, on peut quand même construire un intervalle de confiance. Il suffit en effet de déduire **Pe** de **N**, à partir de l'équation :

N x proportion estimée = Pe

Tableau A

Marge d'erreur associée à une estimation de proportion du QR1
en fonction de la population estimée

	Proportion estimée															
Pe (000)	0,5 %	1 %	2 %	5 %	10 %	15 %	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %
15	0,2	0,8	1,4	2,2	4,3	6,7	8,1	9,8	11,4	12,9	14,1	16,1	17,3	17,5	18,1	17,0
20	0,2	0,8	1,2	1,9	3,7	5,4	7,0	8,5	9,9	11,1	12,2	13,9	14,9	15,1	15,2	14,6
30	0,2	0,3	0,8	1,6	3,0	4,4	5,7	7,0	8,1	9,1	10,0	11,4	12,2	12,4	13,0	11,0
40	--	0,3	0,8	1,4	2,6	3,8	5,0	6,0	7,0	7,8	8,6	9,8	10,6	10,7	9,9	9,6
50	--	0,2	0,5	1,2	2,4	3,4	4,4	5,4	6,2	7,0	7,7	8,8	9,4	9,5	8,9	8,2
60	--	0,2	0,4	1,1	2,2	3,1	4,1	4,9	5,7	6,4	7,0	8,0	8,6	8,7	8,1	7,2
70	--	0,2	0,4	1,0	2,0	2,9	3,8	4,6	5,3	5,9	6,5	7,4	8,0	8,1	7,5	6,8
80	--	--	0,4	1,0	1,9	2,7	3,5	4,3	4,9	5,5	6,1	7,0	7,5	7,5	7,0	6,1
90	--	--	0,4	0,9	1,8	2,6	3,3	4,0	4,7	5,2	5,7	6,6	7,0	7,1	6,6	6,0
100	--	--	0,3	0,9	1,7	2,4	3,1	3,8	4,4	5,0	5,5	6,2	6,7	6,8	6,3	5,5
150	--	--	--	0,7	1,4	2,0	2,6	3,1	3,6	4,1	4,5	5,1	5,5	5,5	5,1	4,1
200	--	--	--	0,6	1,2	1,7	2,2	2,7	3,1	3,5	3,9	4,4	4,7	4,8	4,5	3,5
300	--	--	--	0,5	1,0	1,4	1,8	2,2	2,6	2,9	3,1	3,6	3,9	3,9	3,6	2,9
400	--	--	--	--	0,8	1,2	1,6	1,9	2,2	2,5	2,7	3,1	3,3	3,4	3,1	2,5
500	--	--	--	--	0,7	1,1	1,4	1,7	2,0	2,2	2,4	2,8	3,0	3,0	2,8	2,2
750	--	--	--	--	--	0,9	1,1	1,4	1,6	1,8	2,0	2,3	2,4	2,5	2,3	1,8
1000	--	--	--	--	--	0,8	1,0	1,2	1,4	1,6	1,7	2,0	2,1	2,1	2,0	1,6
1500	--	--	--	--	--	--	--	1,0	1,1	1,3	1,4	1,6	1,7	1,7	1,6	1,3
2000	--	--	--	--	--	--	--	--	1,0	1,1	1,2	1,4	1,5	1,5	1,4	1,1
3000	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1,1	1,2	1,2	1,1	0,9
4500	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1,0	0,9	0,7
6000	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	0,6

-- Sans objet

Tableau B

Marge d'erreur associée à une estimation de proportion du QAA
en fonction de la population estimée

	Proportion estimée															
Pe (000)	0,5 %	1 %	2 %	5 %	10 %	15 %	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %
12	0,3	0,7	1,4	3,1	5,9	8,0	9,7	11,7	13,6	15,3	16,8	19,2	20,7	22,7	21,8	19,7
15	0,2	0,7	1,4	2,8	4,6	7,4	8,6	10,4	12,1	13,6	14,9	17,1	18,4	18,6	18,9	18,9
20	0,2	0,7	1,3	2,0	4,0	6,4	7,5	9,0	10,5	11,8	12,9	14,8	15,9	16,1	17,5	15,2
30	--	0,3	0,8	1,7	3,2	4,7	6,1	7,4	8,6	9,7	10,6	12,1	13,0	13,1	13,8	11,2
40	--	0,3	0,7	1,4	2,8	4,1	5,3	6,4	7,4	8,4	9,2	10,5	11,2	11,3	10,6	9,8
50	--	0,3	0,5	1,3	2,5	3,7	4,7	5,7	6,6	7,5	8,2	9,4	10,0	10,1	9,5	9,0
60	--	--	0,5	1,2	2,3	3,3	4,3	5,2	6,1	6,8	7,5	8,6	9,2	9,3	8,7	7,7
70	--	--	0,4	1,1	2,1	3,1	4,0	4,8	5,6	6,3	6,9	7,9	8,5	8,6	8,0	7,3
80	--	--	0,4	1,0	2,0	2,9	3,7	4,5	5,3	5,9	6,5	7,4	7,9	8,0	7,5	6,9
90	--	--	0,4	1,0	1,9	2,7	3,5	4,3	5,0	5,6	6,1	7,0	7,5	7,6	7,1	6,3
100	--	--	0,4	0,9	1,8	2,6	3,3	4,1	4,7	5,3	5,8	6,6	7,1	7,2	6,7	6,0
150	--	--	--	0,7	1,5	2,1	2,7	3,3	3,8	4,3	4,7	5,4	5,8	5,9	5,5	4,4
200	--	--	--	0,6	1,3	1,8	2,4	2,9	3,3	3,7	4,1	4,7	5,0	5,1	4,7	3,8
300	--	--	--	--	1,0	1,5	1,9	2,3	2,7	3,1	3,3	3,8	4,1	4,1	3,9	3,1
400	--	--	--	--	0,9	1,3	1,7	2,0	2,3	2,6	2,9	3,3	3,6	3,6	3,3	2,7
500	--	--	--	--	0,8	1,2	1,5	1,8	2,1	2,4	2,6	3,0	3,2	3,2	3,0	2,4
750	--	--	--	--	--	0,9	1,2	1,5	1,7	1,9	2,1	2,4	2,6	2,6	2,4	1,9
1000	--	--	--	--	--	--	1,1	1,3	1,5	1,7	1,8	2,1	2,2	2,3	2,1	1,7
2000	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1,3	1,5	1,6	1,6	1,5	1,2
3000	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1,3	1,3	1,2	1,0
4000	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1,1	0,8
5000	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	0,8

-- Sans objet

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 a été réalisée à l'échelle du Québec auprès de plus de 13 000 ménages. Dirigée par Santé Québec, l'enquête est un projet collectif. Y ont contribué de nombreux professionnels issus principalement du ministère de la Santé et des Services sociaux, des régies régionales et de leur direction de santé publique, ainsi que des chercheurs universitaires. Le Bureau de la statistique du Québec et le Groupe Léger & Léger Inc. ont aussi été des partenaires à part entière dans cette entreprise. L'enquête a permis de recueillir des renseignements uniques sur l'état de santé et les facteurs qui y sont associés de même que sur certains aspects sociaux de la santé.

Ce rapport, publié en trois volumes, sera particulièrement utile aux intervenants, planificateurs et chercheurs qui oeuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Volume 1 : Et la santé, ça va en 1992-1993 ?

L'Enquête sociale et de santé révèle que les comportements de santé des Québécois se sont améliorés à plus d'un égard depuis la première enquête de Santé Québec en 1987. Par contre, ceux-ci ont une perception un peu moins favorable de leur état de santé et sont plus nombreux à présenter des symptômes de détresse psychologique. La proportion d'utilisateurs de médicaments et de personnes qui ont recours aux services sociaux et de santé est aussi à la hausse. Pourtant, l'espérance de vie en santé a fait des gains importants entre les deux enquêtes.

Volume 2 : Aspects sociaux reliés à la santé

L'Enquête sociale et de santé confirme la situation difficile des mères de famille monoparentale et démontre une forte présence de détresse psychologique chez les pères de famille recomposée. L'enquête a aussi permis d'approfondir la question des inégalités socioéconomiques et de leur lien avec la santé et, pour la première fois, de quantifier et de décrire certains aspects de la réalité vécue par les aidants naturels. Enfin, elle a tenté de cerner les problèmes associés à une grande consommation d'alcool.

Volume 3 : Variations géographiques de la santé

Ce volume compare entre elles les régions du Québec selon une dizaine d'indicateurs repris du volume 1. Il présente aussi des analyses par zones géographiques et aires socioéconomiques homogènes.

Gouvernement du Québec
Santé Québec