

Faits saillants

Enquête sociale et de santé 1998

Troisième d'une série d'enquêtes portant sur la santé et le bien-être des Québécois, l'*Enquête sociale et de santé 1998* s'inscrit dans le prolongement de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* dont elle reprend en grande partie les thèmes et les mesures, assurant de cette façon une surveillance de l'état de santé et de bien-être et des facteurs de risque qui y sont associés. Elle a la particularité d'aborder plusieurs nouveaux sujets et d'approfondir des aspects traités dans les enquêtes antérieures. En plus de fournir de précieux renseignements sur les problèmes de santé physique et mentale des Québécois, l'enquête renseigne sur leurs habitudes de vie et sur le recours aux services sociaux et de santé. Les résultats rendent également compte des liens entre les différents milieux de vie et la santé (famille, entourage social, milieu de travail, etc.). Enfin, le rapport propose des pistes de réflexion pour la planification et l'action.

Les objectifs généraux de l'*Enquête sociale et de santé 1998* sont les suivants : fournir des renseignements utiles à l'évaluation et au suivi de la *Politique de la santé et du bien-être (PSBE)* et des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (PNSP)*; suivre les tendances des indicateurs présents dans les enquêtes antérieures; assurer la représentativité des données régionales et permettre la comparabilité entre les régions et avec l'ensemble du Québec.

❖ Note méthodologique

La population visée par l'*Enquête sociale et de santé 1998* est celle habitant les ménages privés de toutes les régions sociosanitaires du Québec, à l'exclusion des régions crie et inuite. L'enquête utilise un plan d'échantillonnage à deux degrés, stratifié par région sociosanitaire et par aire homogène. Cette méthode a pour but de permettre une analyse de chaque région sociosanitaire et d'assurer une représentation adéquate des aires géographiques où sont concentrées les populations défavorisées.

La collecte des données, réalisée par la maison de sondage Léger & Léger inc., s'est déroulée de janvier à décembre 1998, afin de tenir compte du caractère saisonnier des problèmes de santé et des comportements. Une entrevue assistée par ordinateur était d'abord réalisée auprès d'un répondant clé du ménage (âgé d'au moins 18 ans et capable de répondre à des questions sur la santé pour chacun des membres du ménage). Au total, 11 986 répondants clés ont accepté de répondre au questionnaire sur le ménage, ce qui représente un taux de réponse global pondéré de 82 %. Les données ainsi recueillies portent sur un échantillon total de personnes de 30 386 personnes. Les membres du ménage âgés de 15 ans et plus étaient ensuite invités à remplir un questionnaire complémentaire sur des questions plus personnelles. Parmi les individus admissibles, 20 773 ont répondu à ce questionnaire, soit un taux de réponse pondéré de 69 %. La pondération des résultats tient compte de l'âge, du sexe et de la région sociosanitaire afin que ceux-ci soient représentatifs de la population québécoise.

Thèmes étudiés dans les enquêtes de 1987 et de 1992-1993 - des gains et des pertes en 1998

❖ Les gains

Accidents avec blessures : en 1998, environ 65 Québécois sur 1 000 déclarent avoir été victimes, au cours d'une période de 12 mois, d'un accident ayant causé des blessures suffisamment importantes pour entraîner une limitation des activités ou une consultation médicale. Ces accidents se sont produits principalement au domicile, à l'intérieur comme à l'extérieur, ainsi qu'au travail et dans les lieux de loisirs et d'activités sportives. On observe une baisse importante du taux de morbidité par accidents avec blessures entre 1992-1993 et 1998. Cette baisse touche principalement les 15-44 ans, qui présentaient en 1992-1993 les taux les plus élevés. La réduction globale s'explique par une baisse des accidents avec blessures sur la route et au travail.

Santé mentale : en 1998 la proportion d'individus se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique est plus importante chez les femmes et chez les jeunes de 15 à 24 ans. La diminution de la proportion de Québécois se classant dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique entre 1992-1993 et 1998 (de 26 % à 19 %) constitue un fait marquant de la présente enquête, puisqu'on avait observé l'inverse entre 1987 et 1992-1993. Mentionnons toutefois que les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux qu'en 1987 à se classer au niveau élevé de l'indice bien qu'ils aient amélioré leur position par rapport à l'enquête de 1992-1993.

Divers comportements de santé propres aux femmes : la proportion de femmes de 50 à 69 ans, groupe d'âge particulièrement visé par le programme de dépistage du cancer du sein, disant avoir passé un examen clinique des seins depuis moins de 12 mois ou une mammographie depuis 2 ans, continue d'augmenter. Globalement, la proportion d'utilisatrices de contraceptifs oraux semble avoir augmenté depuis 1992-1993, et ce, particulièrement chez les femmes de 25 à 34 ans. Les femmes de 45 ans et plus sont, en proportion, plus nombreuses en 1998 qu'en 1987 et 1992-1993 à avoir recours aux hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause.

❖ Les pertes

Problèmes de santé : près des deux tiers des Québécois déclarent avoir au moins un problème de santé en 1998. La proportion de personnes ayant rapporté au moins un problème de santé est plus élevée chez les femmes et elle augmente avec l'âge chez les individus des deux sexes. La moitié de la population signale au moins un problème de longue durée, soit d'une durée de 6 mois ou plus. Les problèmes ostéo-articulaires, dont l'arthrite ou le rhumatisme et les maux de dos ou de la colonne, comptent, avec les maux de tête, l'allergie sous toutes ses formes et l'hypertension artérielle, parmi les problèmes déclarés par une plus forte proportion de la population. Les problèmes de santé les plus fréquents sont demeurés les mêmes entre 1987 et 1998, mais leur prévalence s'est légèrement accrue durant cette période. L'augmentation de la prévalence du diabète est à signaler (1,6 % en 1987 et 2,8 % en 1998).

Idées suicidaires : en 1998 environ 222 000 Québécois de 15 ans et plus ont dit avoir pensé sérieusement au

suicide au cours d'une période de 12 mois. La prévalence des idées suicidaires est passée de 3,1 % en 1987 à 3,7 % en 1992-1993, pour atteindre finalement 3,9 % en 1998. L'augmentation entre les enquêtes n'est pas statistiquement significative, mais cette tendance laisse croire que le phénomène ne va pas en s'améliorant. Comme pour les enquêtes antérieures de Santé Québec, ce sont toujours les jeunes de 15 à 24 ans qui sont proportionnellement plus nombreux à rapporter des pensées suicidaires.

Limitations d'activité : environ un Québécois sur dix vivant en ménage privé présente, en 1998, des limitations d'activité à long terme ce qui représente une hausse sensible depuis 1987, surtout chez les personnes de 65 ans et plus. Les problèmes ostéo-articulaires figurent toujours au premier rang et sont environ deux fois plus souvent la cause de limitations d'activité à long terme que les maladies cardio-vasculaires (MCV) ou les maladies respiratoires. Les problèmes de santé mentale et les accidents représentent respectivement 8 % des causes de limitations d'activité.

Consommation d'alcool : bien que la proportion de personnes ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours d'une période de 12 mois soit la même en 1998 qu'en 1992-1993, soit environ 4 Québécois sur 5 âgés de 15 ans et plus (80 %), on note une légère augmentation de la consommation moyenne hebdomadaire. On constate aussi une augmentation de la consommation élevée d'alcool : une plus grande proportion de gens déclarent avoir pris 5 consommations ou plus en une même occasion, et ce, 5 fois ou plus en 12 mois, et une plus grande proportion de jeunes de 15 à 24 ans disent s'être enivrés 5 fois ou plus au cours d'une période de 12 mois.

Consommation de drogues et autres substances psychoactives : bien que plus des deux tiers des Québécois âgés de 15 ans et plus affirment n'avoir jamais consommé de drogues en 1998, une personne sur cinq déclare en avoir consommé au cours d'une période de douze mois. Toutes proportions gardées, les consommateurs sont majoritairement des jeunes et majoritairement des hommes. La proportion de consommateurs de drogues, plus spécifiquement de marijuana, semble augmenter graduellement au cours des années, bien qu'il faille être prudent avec les comparaisons entre les données de 1992-1993 et celles de 1998, les indicateurs n'étant pas tout à fait les mêmes.

Poids corporel : la proportion de Québécois de 15 ans et plus se classant dans la catégorie excès de poids semble augmenter de façon constante depuis 1987. Elle atteint, en 1998, 28 % de la population (c. 20 % en 1987 et 25 % en 1992-1993). Le phénomène touche particulièrement les hommes et semble progresser dans tous les groupes d'âge, sauf chez les jeunes de 15 à 19 ans. Par ailleurs, 9 % des hommes et 18 % des femmes se classent dans la catégorie insuffisance de poids.

Autonomie décisionnelle : les résultats indiquent une augmentation importante de la proportion de personnes exposées à un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail entre 1992-1993 et 1998, cette situation s'appliquant maintenant à plus de la moitié des travailleurs (56 % c. 44 % en 1992-1993).

Consommation de médicaments : rappelons que depuis janvier 1997, soit un an avant le début de la présente enquête, tous les Québécois bénéficient d'une assurance médicaments. La proportion de personnes ayant consommé au moins un médicament sur une période de deux jours (53 %) est comparable entre 1992-1993 et 1998. Toutefois, la proportion de consommateurs de 3 médicaments et plus est passée de 14 % en 1992-1993 à 17 % en 1998 et c'est chez les personnes de 65 ans et plus qu'elle est la plus élevée (52 %). La proportion d'utilisateurs de médicaments prescrits semble un peu plus élevée qu'en 1992-1993 (34 % c. 31 %). Les classes de médicaments dont la proportion d'utilisateurs a augmenté entre 1992-1993 et 1998 sont les analgésiques et les stimulants. La proportion d'utilisateurs de remèdes contre la toux ou le rhume et de suppléments alimentaires a par ailleurs diminué entre les deux enquêtes.

❖ Des phénomènes qui sont demeurés stables

Précisons enfin que certains phénomènes ne peuvent être classés nettement ni du côté des gains ni du côté des pertes, puisqu'ils ne démontrent pas une réelle détérioration de la situation, non plus qu'une amélioration comme telle. Il en est ainsi des phénomènes suivants.

Perception de l'état de santé : en 1998, la très grande majorité de la population de 15 ans et plus, soit près de 9 personnes sur 10, perçoit son état de santé comme bon, très bon ou excellent. La perception qu'ont les

Québécois de leur état de santé est demeurée sensiblement la même depuis 1987, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, en 1998, une plus grande proportion de jeunes de 15 à 24 ans qualifient leur état de santé de moyen ou mauvais lorsque comparé à 1987.

Parasuicides : quant aux gestes suicidaires, on ne note pas de changement par rapport à 1987 : 5 personnes sur 1 000 en 1998 ont déclaré avoir posé un geste suicidaire au cours d'une période de 12 mois. C'est chez les jeunes de 15 à 24 ans que l'on observe la prévalence la plus élevée.

Usage de la cigarette : la prévalence est demeurée la même qu'en 1992-1993. En 1998, 34 % des Québécois de 15 ans et plus fument la cigarette soit tous les jours (31 %), soit à l'occasion (3,5 %). Dans l'ensemble, les femmes fument dans une proportion légèrement plus faible que les hommes, et ce, particulièrement chez les 20-24 ans. Toutefois, il faut souligner qu'aucune différence n'est observée entre les sexes chez la population âgée de 15 à 19 ans.

Activité physique : en 1998, près de 30 % des Québécois de 15 ans et plus ne font pas d'activité physique durant leurs temps libres, alors qu'environ le quart de la population en fait 3 fois ou plus par semaine. Cependant, près de la moitié de la population (48 %) a une fréquence de pratique inférieure à une fois par semaine. Par rapport à 1992-1993, la proportion de personnes sédentaires tend à augmenter (chez les hommes), alors que celle des personnes actives reste stable.

Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux : le taux de consultation des médecins est demeuré inchangé, mais celui des professionnels autres que les médecins, a progressé, phénomène attribuable à l'augmentation du taux de consultation des pharmaciens. L'enquête révèle que 23 % de la population qui a consulté un professionnel l'a fait à des fins préventives ou pour des examens de routine. Par ailleurs, les problèmes de santé les plus fréquemment mentionnés comme motif de la dernière consultation sont les troubles du système ostéo-articulaire (10%) et les troubles de l'appareil respiratoire (9 %).

Environnement de soutien : entre 1992-1993 et 1998, les caractéristiques de l'environnement social et l'appréciation qu'en font les personnes n'ont pas changé, à l'exception d'une proportion plus importante de

personnes de 25 à 64 ans se déclarant insatisfaites de leur vie sociale. Selon les composantes de l'indice de soutien social, 13 % des Québécois sont insatisfaits de leur vie sociale, un sur dix n'a pas de confident et environ un sur vingt présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : ne participe jamais à des rencontres sociales, n'a pas d'ami, n'a personne pour l'aider s'il est mal pris ou encore, n'a personne pour lui manifester de l'affection. La proportion de personnes qui vivent seules est demeurée à une personne sur sept, davantage de femmes que d'hommes vivant cette situation, surtout à 65 ans et plus.

Familles et santé : la proportion des familles biparentales intactes, qui représentent la majorité des familles, diminue aux dépens des familles monoparentales et des familles recomposées. Or, de façon générale, les parents de famille biparentale adoptent de meilleures habitudes de vie et présentent un meilleur profil sur le plan de la santé et du bien-être.

Nouveautés de l'Enquête sociale et de santé 1998

❖ Bien qu'on ne puisse les comparer aux enquêtes antérieures, plusieurs sujets étudiés pour la première fois en 1998 font état de situations préoccupantes

Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé : seulement le tiers de la population est couverte pour les soins dentaires et un peu plus du quart pour les examens de la vue. Quatre Québécois sur dix peuvent se prévaloir des services fournis par des physiothérapeutes, psychologues, chiropraticiens, acupuncteurs, ostéopathes et par le biais d'un régime d'assurance privé.

Problèmes auditifs : environ 7 % des Québécois de plus de 15 ans vivant en ménage privé déclarent une perte d'audition, cette proportion atteignant 26 % chez les personnes de 75 ans et plus. Près de 40 % des Québécois de 7 ans et plus ont de la difficulté à voir de près et les troubles de vision de loin sont présents chez environ le quart d'entre eux. Ces problèmes atteignent des taux beaucoup plus élevés aux âges supérieurs.

Fumée de tabac dans l'environnement (FTE) : 37 % des Québécois de 15 ans et plus déclarent y être exposés à la maison de façon quotidienne ou quasi

quotidienne, soit un peu moins du quart des non-fumeurs et près des deux tiers des fumeurs qui sont ainsi exposés. Dans les lieux publics, environ le quart des Québécois se disent exposés à la FTE chaque jour ou presque, soit 19 % des non-fumeurs et 39 % des fumeurs.

Insécurité alimentaire : près d'un Québécois sur dix (8 %) est touché par l'insécurité alimentaire qui se manifeste entre autres par la monotonie du régime alimentaire, ou encore par le fait de devoir restreindre son apport alimentaire ou de ne pas être en mesure d'offrir des repas équilibrés à ses enfants.

Comportements sexuels et utilisation du condom : bien que près des trois quarts des personnes hétérosexuelles mentionnent n'avoir eu qu'un seul partenaire sexuel depuis douze mois, une personne sexuellement active sur dix en a plus d'un. Fait à souligner, 60 % de ces dernières ont un comportement à risque en n'utilisant pas un condom de façon systématique, et ce, plus particulièrement chez les personnes ayant aussi un partenaire régulier avec lequel elles vivent. Chez les personnes de 15 à 29 ans, 15 % ont eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans. Près de 2 % de la population de 15 ans et plus ayant déjà eu des relations sexuelles rapporte avoir été traitée pour une MTS au cours d'une période de 12 mois.

Orientation sexuelle et santé : des proportions plus grandes de personnes homosexuelles et bisexuelles vivent seules et se retrouvent dans la catégorie de revenu des très pauvres. L'usage de la cigarette est plus répandu chez la population bisexuelle que chez la population hétérosexuelle, une tendance semblable étant observée chez les homosexuels. La consommation d'alcool ne diffère pas entre les trois populations, à l'exception des femmes bisexuelles, plus nombreuses en proportion à rapporter s'être enivrées. Ces dernières se distinguent aussi en se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et par un niveau faible de soutien social. Le soutien social semble également plus faible chez les personnes homosexuelles et bisexuelles que dans le reste de la population. Les idées suicidaires sont rapportées par une plus grande proportion de personnes bisexuelles que dans la population hétérosexuelle.

Intimité avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde » : un Québécois sur quatre ayant un conjoint, avec lequel il cohabite ou non, rapporte des difficultés dans les relations avec ce dernier, qualifiées de sévères par une personne sur sept. Les femmes sont, en proportion, plus nombreuses à vivre des difficultés conjugales. Par ailleurs, un Québécois sur quatre rapporte manquer d'intimité (dans le sens de relations intimes avec une autre personne), qu'il ait ou non un conjoint, cette proportion étant plus grande chez les jeunes de 15 à 24 ans et chez les femmes de 45 à 64 ans.

Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence : au sein de la population de 18 ans et plus, une personne sur deux déclare avoir vécu, au cours de son enfance ou de son adolescence, au moins un des sept événements critiques étudiés dans l'enquête et une personne sur dix en a vécu au moins trois (par exemple, un événement dont la pensée a effrayé pendant des années, des problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogues, le chômage de l'un des deux parents et le divorce des parents).

Travail et santé : au travail, 3 % de l'ensemble des travailleurs rapportent avoir été l'objet de violence physique et 18 % d'intimidation et ce, au cours d'une période de 12 mois. Les paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail sont majoritairement rapportés par des travailleuses, soit près de 8 % des femmes comparativement à 2 % des hommes. Il faut souligner que l'enquête ne permet pas de savoir si ces différentes manifestations d'abus proviennent de collègues ou de la clientèle. Les risques physiques et chimiques pour la santé auxquels sont exposés près de 20 % des travailleurs sont les gestes répétitifs des mains et des bras, la manipulation de charges lourdes et la nécessité de fournir des efforts avec des machines ou des outils. Par ailleurs, environ 13 % travaillent dans un bruit intense et près de 10 % font un travail occasionnant des vibrations aux membres supérieurs ou encore sont exposés à des solvants. Au sein de la population qui occupe un emploi rémunéré, 15 % des personnes présentent des problèmes musculo-squelettiques de longue durée. Environ la moitié des douleurs ayant le plus dérangé dans les activités sont perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail.

Environnement psychosocial au travail : comme on l'a vu précédemment, plus de la moitié des travailleurs de 15 ans et plus ont une faible autonomie décisionnelle au travail. A cela s'ajoute le constat qu'une personne sur deux parmi ces travailleurs doit répondre à des exigences psychologiques élevées.

Vaccination contre la grippe : au total, 38 % de la population de 65 ans et plus a été vaccinée au cours d'une période de 12 mois, principalement sur recommandation du médecin. La comparaison de ce résultat avec ceux obtenus lors d'autres enquêtes conduites auprès de la population n'indique pas de progression sensible du taux de vaccination contre la grippe au sein de la population québécoise âgée de 65 ans et plus. De plus, seulement 26 % des personnes de tout âge ayant au moins un problème de santé de longue durée pour lequel la vaccination antigrippale est indiquée mentionnent avoir été vaccinées durant cette période de 12 mois.

❖ Certains résultats sont toutefois plutôt positifs

Perception de la santé mentale : une proportion très élevée de Québécois de 15 ans et plus qualifient leur santé mentale d'excellente, très bonne ou bonne (92 %). Ces résultats montrent qu'il y a cohérence entre la perception de l'état de santé mentale et celle de l'état de santé en général.

Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers : l'hospitalisation est liée au fait d'être plus âgé, d'avoir une plus faible scolarité ou d'avoir un revenu moindre. Les délais d'attente avant l'admission sont beaucoup moins longs pour l'hospitalisation que pour la chirurgie d'un jour; une partie importante de la clientèle hospitalisée est constituée de personnes nécessitant une hospitalisation immédiate. Une proportion élevée de personnes jugent adéquats les délais d'attente avant d'être admises à l'hôpital ou traitées à l'aide de la chirurgie d'un jour. De même, elles estiment suffisants le temps de séjour hospitalier et l'aide à domicile reçue à la suite de l'un ou l'autre des services (de 75 % à 88 % des personnes selon la situation examinée).

Alimentation : la majorité (84 %) des Québécois de 15 ans et plus ont une perception positive de leurs habitudes alimentaires qu'elles qualifient de bonnes, très bonnes ou excellentes, proportion nettement supérieure à celle obtenue en 1990, lors de l'*Enquête québécoise sur la nutrition* (72 %).

Service téléphonique Info-Santé CLSC : les principaux utilisateurs sont les personnes dont le ménage comprend de jeunes enfants, plus particulièrement des enfants de 2 ans ou moins. Par ailleurs, l'utilisation du service par les individus présentant les caractéristiques sociosanitaires les plus susceptibles de nécessiter le recours aux services de santé (hospitalisation, chirurgie d'un jour, perception plus négative de l'état de santé, limitations d'activité) permet de statuer que l'accès à ce service rejoint la clientèle visée, à l'exception des personnes de langue maternelle autre que le français et des hommes, surtout ceux de 15 à 24 ans, qui sont proportionnellement moins nombreux à connaître et à utiliser ce service.

Spiritualité, religion et santé - une analyse exploratoire : les personnes qui se perçoivent en moins bonne santé, celles qui ont au moins un problème de santé de longue durée et celles qui sont limitées dans leurs activités sont, en proportion, plus nombreuses à accorder de l'importance à la vie spirituelle et à fréquenter régulièrement un lieu de culte. Les personnes qui disent appartenir à une religion et qui fréquentent une église ou un lieu de culte sont, en proportion, moins nombreuses à faire usage de tabac, d'alcool ou de drogues, à se classer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ou à avoir eu des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois. En outre, elles sont proportionnellement plus nombreuses à se classer au niveau élevé de l'indice de soutien social. Il faut souligner que l'âge a probablement un effet sur la plupart de ces résultats.

Enfin, l'analyse des différents indicateurs a montré que les jeunes et les personnes défavorisées au niveau socioéconomique représentent des groupes vulnérables sur le plan de la santé et du bien-être.

Le présent document résume les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Près de 75 chercheurs du ministère de la Santé et des Services sociaux, des Régies régionales de la santé et des services sociaux et de leurs directions de santé publique, du milieu universitaire et des secteurs connexes, sans compter une cinquantaine de lecteurs externes associés à ces travaux, ont collaboré à la rédaction du rapport de l'*Enquête sociale et de*

santé 1998. De plus, l'enquête ayant recueilli des données représentatives des régions, des rapports ont été élaborés par chacune des Régies régionales de la santé et des services sociaux selon les besoins propres à chaque région.

Signalons finalement que l'*Enquête sociale et de santé 1998* a servi d'enquête « locomotive » à une série de volets complémentaires. L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité*, l'*Enquête sur la résolution des conflits conjugaux* et l'*Enquête sur l'activité physique et la santé* ont toutes trois été réalisées, en face-à-face ou au téléphone selon le cas, auprès de sous-échantillons des répondants de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. À ces enquêtes se sont ajoutés deux questionnaires téléphoniques plus succincts, l'un portant sur un indice synthétique de santé de la population (SF 36), et l'autre visant à mesurer l'effet sur les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* de la tempête de verglas survenue au début de la collecte des données.

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec