

État de santé

par Francine Bernèche et Éric Fortin¹

Il existe, outre les décès, une vaste gamme d'indicateurs permettant d'analyser la santé d'une population. Parmi ceux-ci, les caractéristiques des individus forment le noyau central du modèle systémique qui, pour faire cette analyse, prend en compte l'interaction constante entre l'individu et son milieu (Daveluy et collab., 2000). Ces caractéristiques comprennent l'âge et le sexe des individus, mais aussi leurs habitudes de vie et leurs comportements préventifs ainsi que leur état de santé et de bien-être. Les différents indicateurs présentés dans ce chapitre touchent chacun de ces aspects, en commençant par la perception de la santé et du stress, les problèmes de santé et la consultation médicale, ainsi que les limitations d'activités. Nous considérons ensuite le poids corporel et l'alimentation, l'usage du tabac et l'exposition à la fumée secondaire ainsi que la consommation d'alcool, en y ajoutant l'activité physique de loisir, les autres comportements préventifs et l'espérance de vie en santé. Ces indicateurs permettent de fournir de l'information récente sur la santé de la population québécoise, outre qu'ils dégagent les tendances des dernières années, et de comparer les résultats avec ceux de l'Ontario et de l'ensemble du Canada.

Caractéristiques des données

Deux grandes séries de données sont utilisées : 1. celles de l'enquête *Santé Québec, 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé, 1992-1993* et *1998*, réalisées par Santé Québec, organisme devenu en 1999 la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)²; 2. celles de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1* (2000-2001) et *cycle 2.1* (2003), effectuée par Statistique Canada. Comme elles proviennent d'enquêtes, les données présentées sont soumises aux règles statistiques de qualité et de précision appliquées à ce type de données. Ainsi, les différences notées dans le texte peuvent être considérées comme significatives sur le plan statistique avec un seuil de confiance de 95 %, sauf indication contraire.

Plusieurs tableaux comparent les résultats du Québec avec ceux de l'Ontario et du Canada. Afin de tenir compte du poids démographique du Québec dans l'ensemble canadien, nous avons effectué les tests statistiques en comparant le Québec et le « Canada sans le Québec », tout en inscrivant les données du Canada dans les tableaux et graphiques. Par ailleurs, dans les comparaisons avec l'Ontario et le Canada, les données portent souvent sur l'ensemble de la population. Dans ces cas, comme il n'y a pas d'ajustement en fonction de l'âge, les résultats globaux peuvent refléter en partie les différences entre les structures par âge des populations, qui consistent surtout en une proportion un peu plus faible de personnes âgées de 25 à 44 ans au Québec et un peu plus forte pour ce qui est du groupe des 45-64 ans. Enfin, les données citées dans le texte ne comportent pas de décimale, sauf lorsqu'elles sont inférieures à 5 % ou lorsqu'elles ne figurent pas dans un tableau ou un graphique.

1. Nous remercions Gaétane Dubé pour la production des statistiques et Jacinthe Aubin pour la révision du texte et des données, toutes deux de la Direction Santé Québec, ainsi que Luc Côté et Robert Courtemanche, de la Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales, pour l'évaluation de la comparabilité entre le cycle 1.1 et le cycle 2.1 de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* en ce qui a trait à quelques variables de santé.

2. Les résultats des deux premières enquêtes (1987 et 1992-1993) ont été diffusés par Santé Québec et ceux de la troisième (1998), par l'Institut de la statistique du Québec.

Comparabilité des résultats

Les données issues des enquêtes de Santé Québec sont généralement comparables entre elles; la plupart le sont directement et certaines ont fait l'objet de nouveaux traitements afin de permettre leur comparaison dans le rapport de *l'Enquête sociale et de santé, 1998* (Daveluy et collab., 2000). La comparabilité de ces données avec celles de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* est plus problématique. En effet, le mode de collecte des données n'est pas tout à fait le même pour les deux séries d'enquêtes. Les enquêtes de 1987, de 1992-1993 et de 1998 ont été réalisées à partir de questionnaires remplis par un intervieweur et de questionnaires autoadministrés suivant les thèmes abordés, tandis que celles de 2000-2001 et de 2003 l'ont été à partir d'entrevues en face-à-face ou d'entrevues téléphoniques. Par ailleurs, la proportion des réponses par procuration, fournies par un informateur clé sur d'autres personnes du ménage, est plus importante dans le cas des questionnaires remplis par un intervieweur de la première série d'enquêtes que pour la seconde. Enfin, le libellé des questions relatives à un indicateur diffère souvent entre les deux séries d'enquêtes, ce qui entraîne un bris dans la continuité des données.

Dans le cas du cycle 2.1 de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, nous n'avons pu utiliser, comme pour le cycle 1.1, le fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) de Statistique Canada, qui n'était pas encore prêt au moment de la rédaction de ce chapitre. Les données sont donc tirées du fichier de partage ne contenant que les répondants québécois et seulement ceux qui ont autorisé la transmission de leurs réponses à l'ISQ, soit 93 % de l'ensemble en 2003. Cette limite ne devrait toutefois pas amoindrir la comparabilité des résultats avec ceux de 2000-2001, car la pondération appliquée aux données échantillonales pour le Québec tient compte des corrections demandées par les différences entre les profils des « partageants » et des « non-partageants ». De même, l'inclusion des régions sociosanitaires Nord-du-Québec et Terres-Cries-de-la-Baie-James dans ce fichier, qui ne figurent pas dans le FMGD, ne modifie pas les résultats québécois, car ces populations représentent moins de 0,5 % de celle du Québec. Par ailleurs, l'augmentation de la proportion d'entrevues téléphoniques, qui passe de 50 % en 2000-2001 à 70 % en 2003 à l'échelle du Canada, peut limiter la comparabilité des données de certaines variables, comme l'indique une étude interne de Statistique Canada sur les modes de collecte³. Afin d'évaluer la portée de ce changement, une étude a aussi été effectuée à l'ISQ, qui compare les résultats des deux bases de sondage (aréolaire et téléphonique) en ce qui a trait à un certain nombre d'indicateurs. Compte tenu que le traitement définitif des données de 2003 pour une diffusion élargie est à venir, les données de 2003 provenant du fichier de partage ne sont présentées que lorsque nous estimons pertinent de le faire et qu'en outre, la comparabilité des résultats avec ceux de 2000-2001 est assurée.

Sigles utilisés

Les sources de données sont indiquées par les sigles suivants dans les tableaux et graphiques :

ESQ87	Santé Québec, enquête <i>Santé Québec, 1987</i>
ESS92-93	Santé Québec, <i>Enquête sociale et de santé, 1992-1993</i>
ESS98	Santé Québec, <i>Enquête sociale et de santé, 1998</i>
EQTES98	Institut de la statistique du Québec, <i>Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998</i>
EQTES00	Institut de la statistique du Québec, <i>Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000</i>
EQTES02	Institut de la statistique du Québec, <i>Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002</i>
ESCC00-01PU	Statistique Canada, <i>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001</i> (fichier FMGD ou PUMF en anglais)
ESCC03PA	Statistique Canada, <i>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, 2003</i> (fichier de partage)

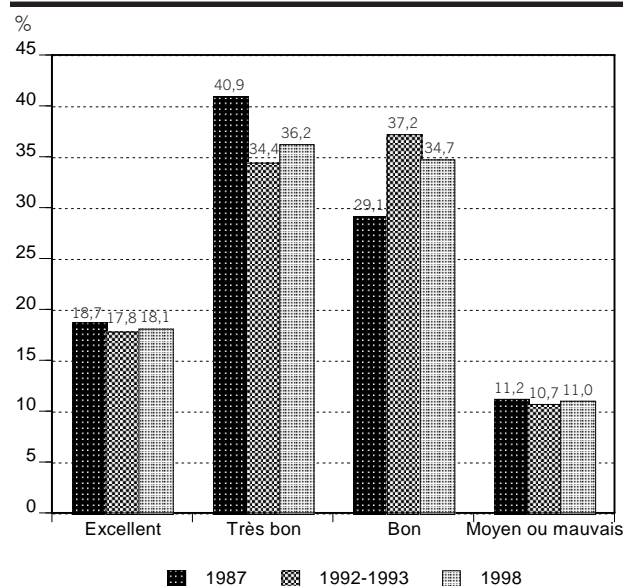
• 3. Cette étude a fait l'objet d'une communication présentée à Toronto en août 2004 lors du congrès de l'*American Statistical Association*.

Autoévaluation de la santé et du stress

Perception de l'état de santé

L'autoévaluation de la santé reflète l'appréciation globale que les personnes font elles-mêmes de leur état de santé, en intégrant leurs connaissances et leurs expériences de la santé ou de la maladie. C'est un indicateur important qui peut traduire la présence de problèmes de santé; il est aussi considéré comme un indicateur fiable et valable. Dans les deux séries de données présentées, soit celles de l'enquête *Santé Québec, 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé (1992-1993 et 1998)* ainsi que celles de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001 et 2003)*, la question posée n'est pas libellée de la même façon, ce qui demande de traiter séparément les résultats de ces enquêtes.

Figure 3.1
Perception de l'état de santé¹, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

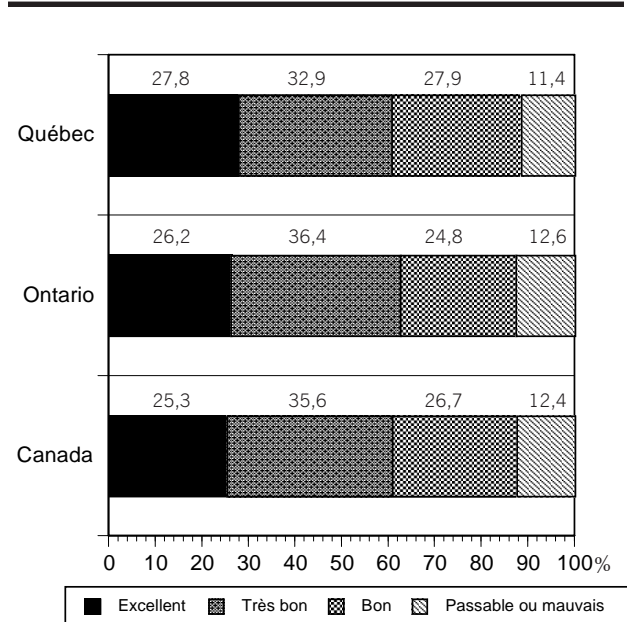


1. Le libellé des catégories correspond à celui que l'on trouve dans la question sur la perception de l'état de santé telle qu'elle était posée dans l'enquête *Santé Québec, 1987* et l'*Enquête sociale et de santé (1992-1993 et 1998)*. Cette question demande à la personne répondante si, comparativement à d'autres personnes de son âge, sa santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise.

Sources : ESQ87, ESS92-93 et ESS98; données tirées de C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe et collab. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e éd., Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 261, figure 12.1.

- De 1987 à 1998 (figure 3.1), on ne note pas d'évolution dans la proportion de la population québécoise de 15 ans et plus estimant avoir soit une excellente santé (de 19 % à 18 %), soit une santé « moyenne ou mauvaise » (11 %). C'est plutôt dans les catégories intermédiaires que le changement est notable : ainsi, la proportion des personnes jugeant avoir une très bonne santé baisse entre 1987 et 1998 (de 41 % à 36 %), tandis que celle des personnes se considérant en bonne santé augmente (de 29 % à 35 %).

Figure 3.2
Perception de l'état de santé¹, population de 15 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001



1. Le libellé des catégories correspond à celui que l'on trouve dans la question sur la perception de l'état de santé telle qu'elle était posée dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*. Cette question demande à la personne répondante si, en général, sa santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise.

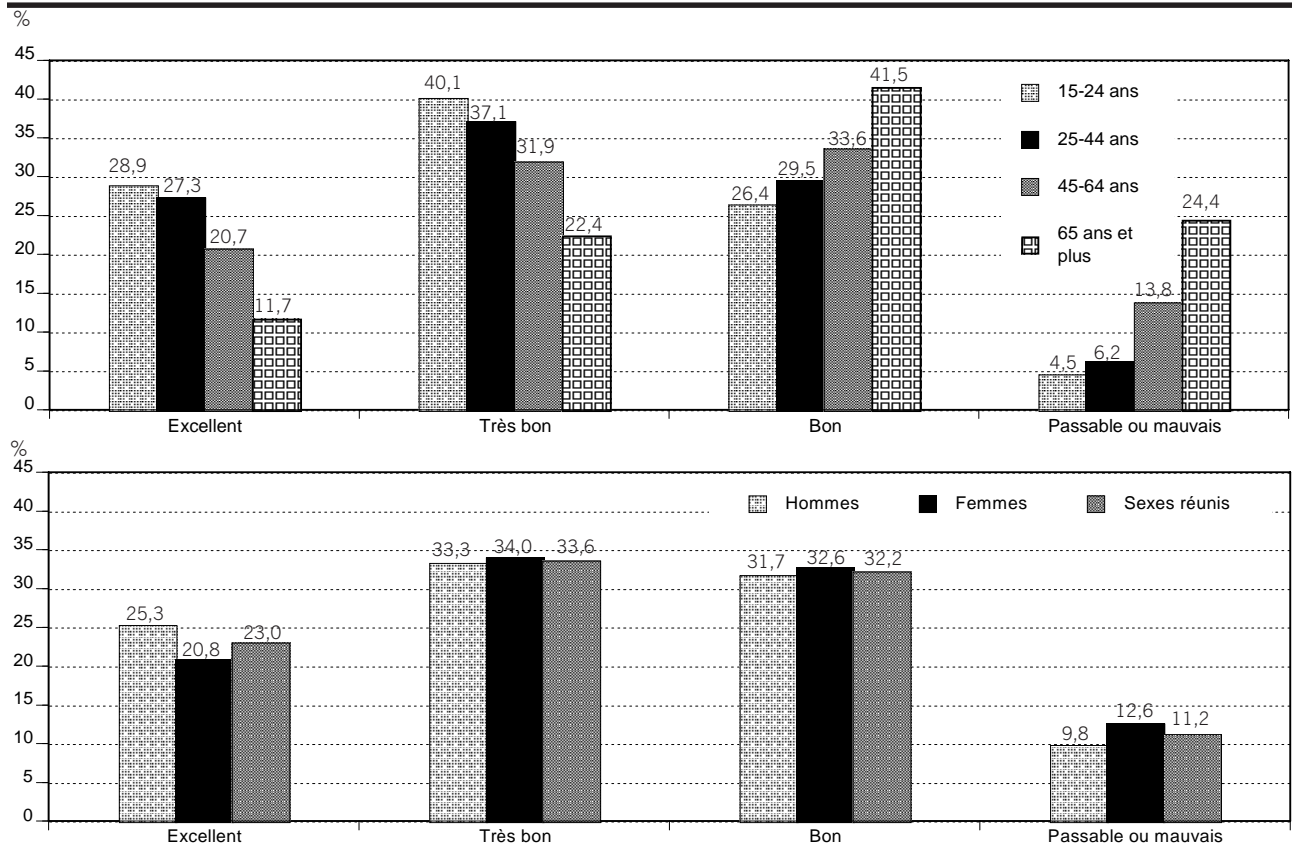
Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- En 2000-2001, la population québécoise a une perception plus positive de son état de santé que celles de l'Ontario et du Canada (figure 3.2). En effet, 28 % des Québécois de 15 ans et plus s'estiment en excellente santé, comparativement au quart des Ontariens (26 %) et des Canadiens (25 %), tandis qu'ils sont relativement moins nombreux à évaluer leur santé comme « passable ou mauvaise » (11 % contre respectivement 13 % et 12 %). Ce n'est que dans la catégorie « en très bonne santé » que la proportion québécoise s'avère moins favorable (33 % contre 36 % pour l'Ontario et le Canada).

Figure 3.3

Perception de l'état de santé¹ selon le groupe d'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2003



1. Le libellé des catégories correspond à celui que l'on trouve dans la question sur la perception de l'état de santé telle qu'elle était posée dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003. Cette question demande à la personne répondante si, en général, sa santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise.

Source : ESCC03PA.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

État de santé

- En 2003, au Québec, 23 % des personnes de 15 ans et plus estiment que leur état de santé est excellent; 34 % l'évaluent comme très bon et 32 %, comme bon, alors que 11 % seulement le jugent « passable ou mauvais ». La perception de l'état de santé varie toutefois selon l'âge et le sexe (figure 3.3). Ainsi, la proportion des personnes percevant leur santé comme « passable ou mauvaise » est plus élevée dans les deux groupes plus âgés que parmi les plus jeunes. D'ailleurs, on compte relativement plus de personnes ayant cette perception chez les 65 ans et plus que dans tous les autres groupes d'âge, soit près du quart contre moins de 15 %. À l'opposé, les groupes de moins de 45 ans se distinguent par leurs proportions

nettement plus fortes d'individus s'estimant en excellente ou en très bonne santé, de l'ordre des deux tiers contre environ la moitié chez les 45-64 ans et le tiers chez les 65 ans et plus. Par ailleurs, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à évaluer leur santé comme excellente (25 % contre 21 %) et moins nombreux à la juger « passable ou mauvaise » (10 % contre 13 %). Les observations selon le sexe et le groupe d'âge (données non présentées) vont dans le même sens, mais les écarts entre hommes et femmes ne sont pas statistiquement significatifs dans la plupart des cas.

Perception du stress au quotidien

Le stress ressenti dans la vie quotidienne est évalué en regroupant les réponses à la question posée dans *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001* selon deux niveaux : 1. un niveau faible, lorsque les personnes estiment que la plupart de leurs journées ne sont « pas du tout », « pas tellement » ou « un peu » stressantes; 2. un niveau élevé, si elles jugent qu'elles le sont « assez » ou « extrêmement ».

Tableau 3.1

Perception du stress dans la vie quotidienne selon le sexe et le groupe d'âge¹, population de 18 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001

Entité géographique et groupe d'âge	Niveau faible			Niveau élevé		
	Hommes	Femmes	Sexes réunis	Hommes	Femmes	Sexes réunis
	%					
Canada	74,6	73,1	73,9	25,4	26,9	26,1
Ontario	75,5	73,0	74,2	24,5	27,0	25,8
Québec	69,9	69,9	69,9	30,1	30,1	30,1
18-24 ans	76,1	66,2	71,2	23,9	33,8	28,8
25-44 ans	64,0	63,1	63,5	36,0	36,9	36,5
45-64 ans	67,6	71,0	69,3	32,4	29,0	30,7
65 ans et plus	87,7	84,7	86,0	12,3	15,3	14,0

1. Selon le groupe d'âge pour le Québec seulement.

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- En 2000-2001, au Québec, environ 3 personnes sur 10 parmi la population âgée de 18 ans et plus disent vivre un niveau élevé de stress (tableau 3.1), soit une proportion un peu plus forte qu'en Ontario et au Canada (26 % chacun). Il n'existe pas d'écart entre les hommes et les femmes à l'échelle du Québec, mais on observe des différences significatives en Ontario et au Canada où davantage de femmes que d'hommes, en proportion, ont déclaré un haut niveau de stress.
- Parmi la population québécoise, les adultes de 25 à 44 ans se distinguent par une proportion de personnes ayant un niveau élevé de stress (36 %) supérieure à celle de tous les autres groupes d'âge. À l'opposé, c'est chez les 65 ans et plus que l'on trouve les plus forts pourcentages de gens ayant un faible niveau de stress (86 %), dépassant de loin ceux des autres groupes. Enfin, la proportion de personnes très stressées est nettement moindre chez les jeunes hommes (18-24 ans) que chez les jeunes femmes (24 % contre 34 %).

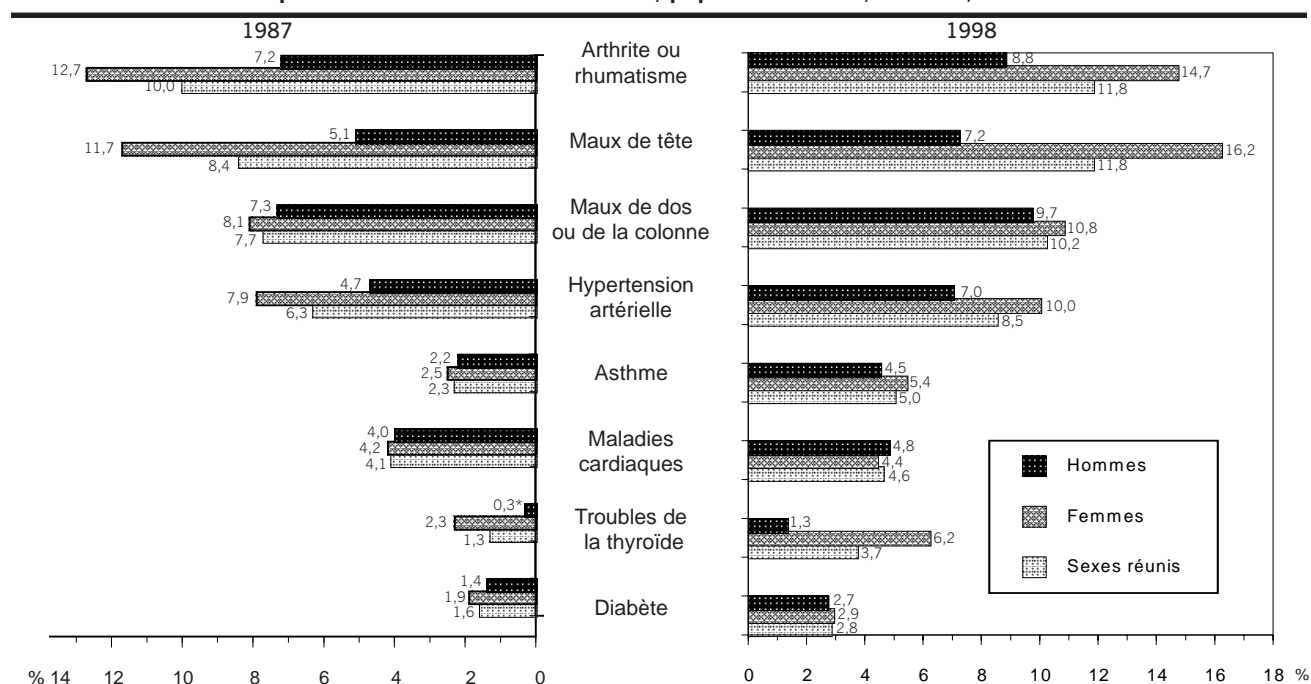
Problèmes de santé et consultation médicale

Problèmes de santé

Les problèmes de santé considérés sont ceux qui ont été rapportés par les personnes participant aux enquêtes sur la santé. On en mesure généralement la prévalence, soit « la proportion de personnes ayant déclaré au moins un problème dans une catégorie donnée de problèmes par rapport à la population totale, à la population du même sexe ou à la population du même groupe d'âge » (Daveluy et collab., 2000 : 275). Les données sur les problèmes de santé ont cependant été recueillies de façon différente dans l'enquête *Santé Québec, 1987* et l'*Enquête sociale et de santé, 1998* par rapport à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*. Dans les deux premières enquêtes, elles ont été colligées à partir de plusieurs sections du questionnaire où étaient indiqués les problèmes, le plus souvent de longue durée, ressentis ou perçus par les répondants⁴, alors que, dans la dernière enquête, une seule section était consacrée aux problèmes de santé chroniques, soit des problèmes de longue durée (six mois et plus) diagnostiqués par un médecin. Pour ces raisons, les données de ces enquêtes sont présentées séparément. Néanmoins, nous avons retenu une liste semblable d'une dizaine de problèmes de santé chroniques dans chaque enquête, basés sur les regroupements de la Classification internationale des maladies⁵ de l'Organisation mondiale de la santé.

Figure 3.4

Prévalence de certains problèmes de santé selon le sexe, population totale, Québec, 1987 et 1998



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

Sources : ESQ87 et ESS98; données tirées de C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe et collab. (2000), *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e éd., Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 281, tableau 13.4.

État de santé

- Tous les problèmes considérés touchent une plus grande proportion de la population québécoise en 1998 qu'en 1987 (figure 3.4), les maladies cardiaques étant le seul pour lequel l'écart n'est pas significatif. Parmi les problèmes ayant une prévalence de plus de 5 %, les maux de tête et les maux de dos ou de la colonne présentent un pourcentage d'environ 3 points plus élevé en 1998. La hausse se situe autour de 2 points de pourcentage pour l'arthrite ou le rhumatisme ainsi que pour l'hypertension artérielle. Parmi les problèmes ayant une prévalence de 5 % ou moins,

la hausse va de près de 3 points de pourcentage pour l'asthme à 2 points pour les troubles de la thyroïde et à 1 point pour le diabète. Les augmentations se manifestent tant chez les hommes que chez les femmes. Par ailleurs, les allergies font partie des problèmes de santé les plus largement déclarés en 1998 (9,1 % pour les allergies ou affections cutanées, 9,4 % pour la rhinite allergique et 10,3 % pour les autres allergies) et sont nettement en hausse par rapport à 1987 (respectivement 7,9 %, 6,0 % et 6,5 %).

4. Ces problèmes auraient été confirmés par un médecin dans environ 80 % des cas (Daveluy et collab., 2000 : 274).

5. Soit la 9^e révision (CIM-9) de 1979 à 1999 et la 10^e (CIM-10) depuis 2000.

Tableau 3.2

Prévalence de certains problèmes de santé chroniques, population de 15 ans et plus¹, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001

Problème de santé	Québec	Ontario	Canada
	%		
Allergies autres qu'alimentaires	24,0	26,4	25,2
Maux de dos (autres que ceux découlant de la fibromyalgie et de l'arthrite)	13,9	19,1	18,2
Hypertension	13,1	13,7	13,2
Arthrite ou rhumatisme (sauf la fibromyalgie)	12,0	17,4	16,0
Asthme	8,5	8,3	8,2
Migraines	7,5	10,2	9,3
Allergies alimentaires	5,9	7,2	7,3
Problèmes de la thyroïde	5,5	5,0	5,0
Maladies cardiaques	5,4	5,5	5,2
Diabète	4,3	4,4	4,3
Cataracte	3,7	4,7	4,3

1. Population de 18 ans et plus chez les personnes ayant une cataracte.

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- Parmi les problèmes retenus en 2000-2001, la prévalence la plus forte est celle des allergies autres qu'alimentaires⁶ qui affectent environ le quart de la population de 15 ans et plus (tableau 3.2). Toutefois, un peu moins de Québécois (24 %) déclarent en souffrir que de Canadiens (25 %) ou d'Ontariens (26 %). Les Québécois sont aussi relativement moins nombreux à rapporter des maux de dos (14 %) ou des problèmes d'arthrite ou de rhumatisme (12 %) que les Canadiens (respectivement 18 % et 16 %) et les Ontariens (19 % et 17 %). Par contre, la prévalence observée au Québec pour l'hypertension (13 %) est comparable à celle de l'Ontario et du Canada.
- Plusieurs problèmes de santé affectent moins du dixième de la population. Parmi ces problèmes, les allergies alimentaires touchent proportionnellement moins de gens au Québec (6 %) qu'en Ontario et au Canada (7 % chacun). Il en est de même des personnes souffrant de migraines (7 % au Québec contre 9 % au Canada et 10 % en Ontario). De plus, le Québec compte un pourcentage légèrement plus faible de personnes déclarant être atteintes de cataracte chez les 18 ans et plus (3,7 % contre 4,3 % au Canada et 4,7 % en Ontario). Par ailleurs, il y a en proportion autant de Québécois de 15 ans et plus souffrant d'asthme (9 %), d'une maladie cardiaque (5,4 %) ou du diabète (4,3 %) que de Canadiens ou d'Ontariens. Enfin, les problèmes de la thyroïde sont un peu plus fréquents au Québec (5,5 %) qu'au Canada (5,0 %)⁷.

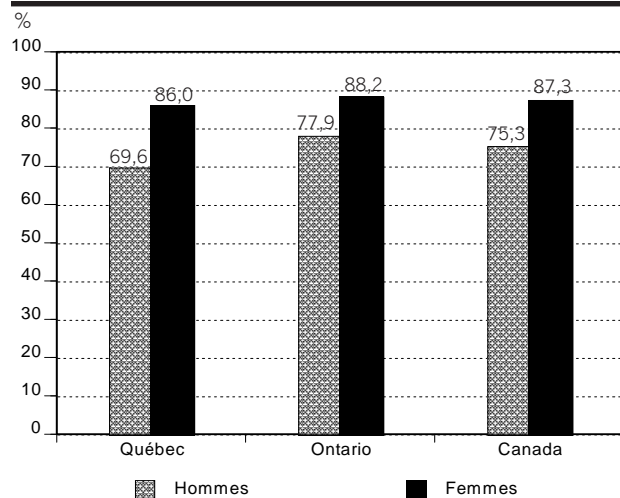
6. Comme elles sont classifiées différemment, les données sur les allergies ne sont pas comparables entre, d'une part, l'enquête *Santé Québec, 1987* et l'*Enquête sociale et de santé, 1998* et, d'autre part, l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*.

7. La différence est significative dans le cas de la comparaison entre le Québec et le « Canada sans le Québec » où la prévalence des problèmes de la thyroïde est de 4,8 %.

Consultation médicale

Figure 3.5

Consultation d'un médecin¹ au cours des 12 derniers mois selon le sexe, population de 12 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001



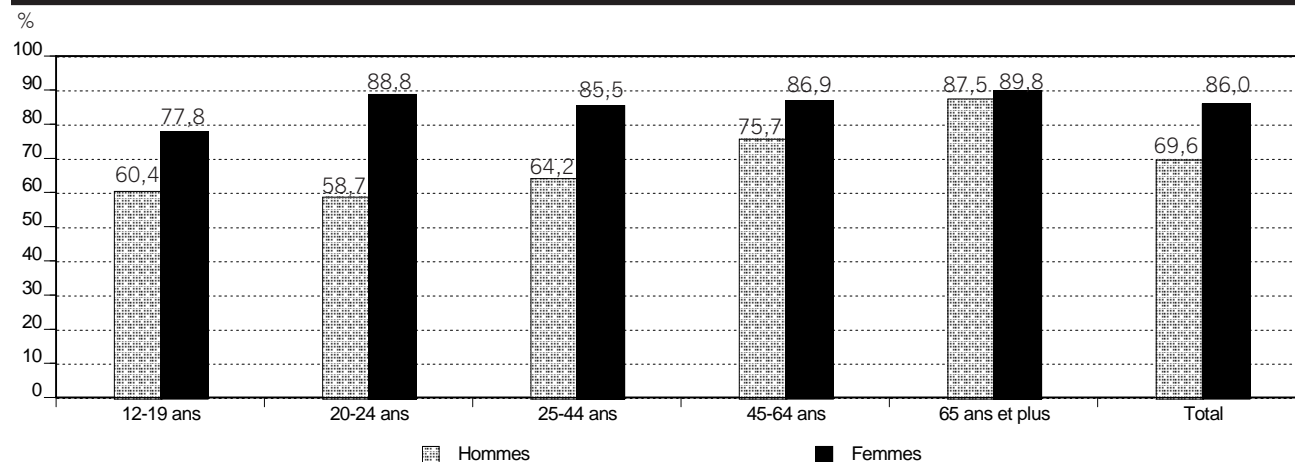
1. Généraliste ou spécialiste.

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Figure 3.6

Consultation d'un médecin¹ au cours des 12 derniers mois selon le sexe et le groupe d'âge, population de 12 ans et plus, Québec, 2000-2001



1. Généraliste ou spécialiste.

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- Au Québec comme en Ontario et au Canada, les femmes sont relativement plus nombreuses que les hommes à avoir consulté un médecin généraliste ou spécialiste en 2000-2001 (figure 3.5). La différence est particulièrement importante au Québec où, parmi la population de 12 ans et plus, près de 9 femmes sur 10 ont eu une consultation au cours des 12 derniers mois, comparativement à 7 hommes sur 10. C'est cependant au Québec que ces proportions sont les moins élevées, tant chez les femmes (86 % contre 87 % au Canada et 88 % en Ontario) que chez les hommes (70 % contre respectivement 75 % et 78 %).

- L'utilisation plus répandue des services des médecins chez les Québécoises que chez les Québécois se vérifie pour tous les groupes d'âge (figure 3.6), sauf celui des 65 ans et plus où l'écart entre les femmes et les hommes n'est pas statistiquement significatif (90 % contre 88 %). Ce dernier groupe d'âge compte la proportion la plus élevée d'hommes ayant consulté un médecin, tandis que, chez les femmes, les 20-24 ans

présentent une proportion presque aussi forte (89 %) que celle des plus âgées. Ce sont les jeunes de 12 à 19 ans qui consultent le moins chez les femmes (78 %), alors que les pourcentages avoisinent 60 % chez les hommes de moins de 25 ans et ne tendent à s'accroître qu'après cet âge, augmentant notablement chez les 45-64 ans (76 %).

Limitations d'activités

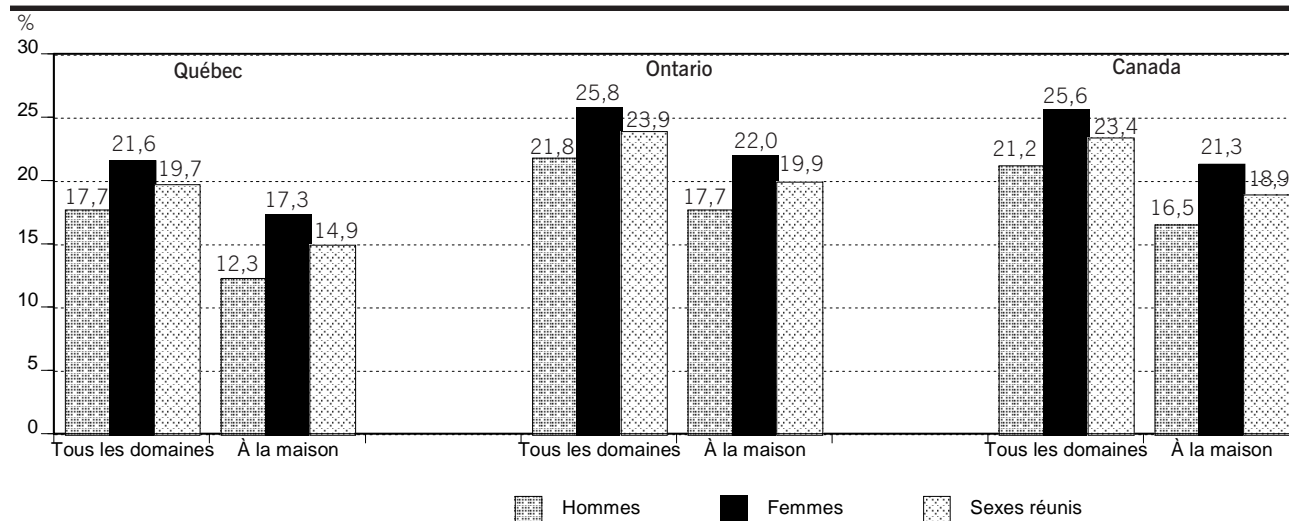
La capacité des individus à exercer leurs activités quotidiennes fait partie des mesures de l'état de santé d'une population. L'étude des limitations d'activités répond aussi à des besoins d'information sur l'autonomie fonctionnelle de la population, notamment celle des personnes âgées lorsque ces limitations entraînent des pertes d'autonomie. En 1998, l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités*, qui porte précisément sur la population ayant une incapacité de longue durée (six mois et plus), est rattachée à l'*Enquête sociale et de santé* pour la collecte des données. Toutefois, on peut difficilement comparer les résultats de ces enquêtes à ceux de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001* en raison de différences dans la formulation des questions relatives aux limitations d'activités ou dans la sélection des répondants à ces questions. Rappelons que ces enquêtes ont été menées auprès de personnes vivant à domicile, c'est-à-dire en ménage privé, ce qui exclut les personnes vivant en établissement de santé.

Limitations dues à un état ou à un problème de santé

Les limitations d'activités sont généralement causées par un état physique ou mental, ou un problème de santé de longue durée, soit de six mois et plus. Ces limitations se rapportent à la quantité ou au genre d'activités réalisées et elles peuvent toucher divers domaines, telles les activités à la maison, au travail ou à l'école ainsi que les déplacements ou les loisirs.

Figure 3.7

Taux de limitations d'activités¹ dans les différents domaines de la vie quotidienne² et à la maison selon le sexe, population de 15 ans et plus en ménage privé, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001



1. Limitations d'activités en raison d'un état physique ou mental, ou d'un problème de santé de longue durée (six mois et plus). La présence de limitations regroupe les catégories « parfois » et « souvent ».
2. Les domaines de la vie quotidienne incluent la maison, le travail, l'école et les autres activités comme les déplacements ou les loisirs.

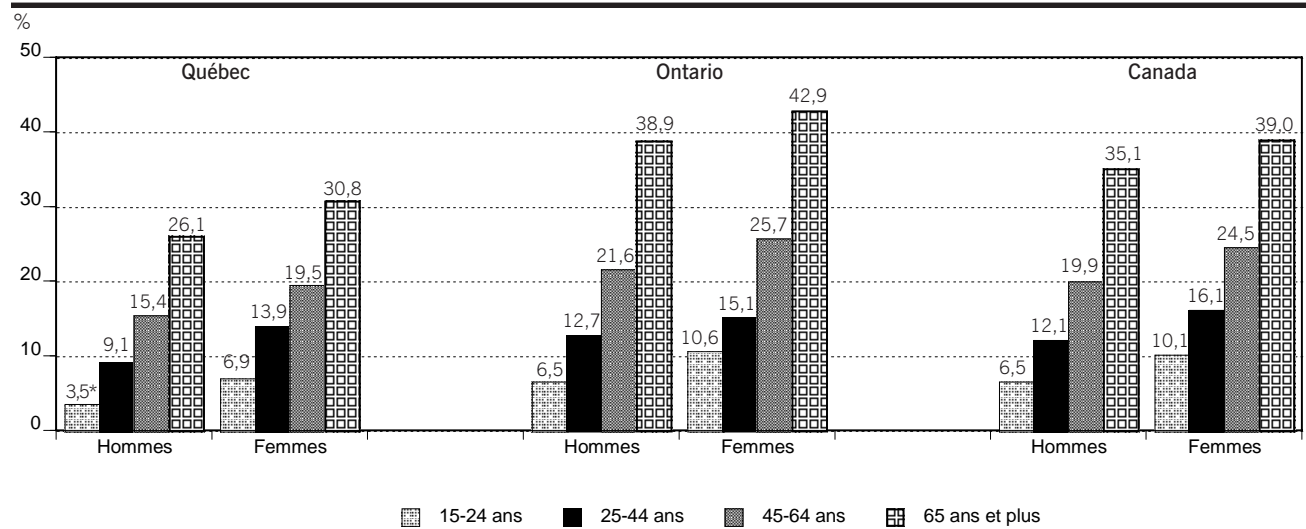
Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- En 2000-2001, au Québec, le cinquième de la population âgée de 15 ans et plus se déclare limitée dans ses activités, tous domaines inclus (figure 3.7). Plus particulièrement, les limitations d'activités à la maison touchent 15 % de la population. La proportion est moindre en ce qui concerne les limitations au travail ou à l'école, soit 9,4 % des personnes concernées, mais elle est un peu plus élevée dans d'autres domaines comme les déplacements ou les loisirs, soit 16,3 %.
- Les limitations d'activités affectent 18 % des hommes et 22 % des femmes de 15 ans et plus au Québec, ce qui est moins élevé qu'en Ontario (respectivement 22 % et 26 %) et au Canada (21 % et 26 %). Il en est de même des limitations d'activités à la maison dont les proportions sont inférieures d'environ 5 points à celles de l'Ontario et de 4 points à celles du Canada, tant chez les hommes que chez les femmes.

Figure 3.8

Taux de limitations d'activités¹ à la maison selon le sexe et le groupe d'âge, population de 15 ans et plus en ménage privé, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001



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

1. Limitations d'activités en raison d'un état physique ou mental, ou d'un problème de santé de longue durée (six mois et plus). La présence de limitations regroupe les catégories « parfois » et « souvent ».

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- Au Québec comme en Ontario et au Canada, il y a proportionnellement plus de femmes que d'hommes ayant des limitations d'activités à la maison, et ce, dans tous les groupes d'âge (figure 3.8). C'est évidemment le groupe des 65 ans et plus qui compte les plus fortes proportions de personnes ayant de telles limitations, soit 26 % des hommes et 31 % des femmes au Québec; les pourcentages sont beaucoup plus forts en Ontario (39 % des hommes et 43 % des femmes) et au Canada (respectivement 35 % et 39 %). Quels que soient le sexe et le groupe d'âge considérés, les proportions québécoises demeurent les plus faibles. La différence entre les Québécoises et les Ontariennes âgées de 25 à 44 ans (14 % contre 15 %) est la seule qui ne soit pas statistiquement significative.
- La population québécoise se distingue donc par des proportions plus faibles que celles des populations ontarienne et canadienne. Cette différence pourrait s'expliquer en bonne partie par les proportions moindres observées dans la catégorie « incapacité légère » au Québec que dans le reste du Canada (Camirand et collab., 2001 : 73). Par ailleurs, la proportion de la population vivant en établissement de santé est plus élevée au Québec, ce qui peut constituer un autre facteur explicatif.

Limitations dues à une blessure

Parmi les limitations d'activités, certaines ont une origine « externe », étant dues à des accidents ou à des blessures. Comme les autres, ces limitations ont été relativement moins signalées au Québec qu'en Ontario ou au Canada lors de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*.

Tableau 3.3

Proportion de personnes ayant au moins une blessure¹ limitative selon le sexe et le groupe d'âge, population de 12 ans et plus en ménage privé, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001

Sexe et groupe d'âge	Québec	Ontario	Canada
	%		
Hommes			
12-19 ans	21,8	26,6	26,8
20-24 ans	21,3	20,5	23,2
25-44 ans	14,2	15,5	16,0
45-64 ans	9,0	11,3	11,1
65 ans et plus	5,0*	6,9	6,6
Total	13,0	15,1	15,5
Femmes			
12-19 ans	12,5	19,0	18,4
20-24 ans	11,2	13,8	13,7
25-44 ans	9,2	10,2	10,6
45-64 ans	7,5	9,2	9,2
65 ans et plus	8,5	9,9	9,7
Total	9,1	11,2	11,3

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

1. Blessure due à d'autres causes que des mouvements répétitifs.

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- Au Québec, en 2000-2001, les limitations dues aux blessures touchent 13 % des hommes et 9 % des femmes de 12 ans et plus contre respectivement 15 % et 11 % en Ontario et au Canada (tableau 3.3). Toutefois, les différences selon l'âge ne sont significatives que chez certains groupes, soit les 12-19 ans, qui présentent des écarts importants allant de 5 à 6 points de pourcentage, les 25-44 ans (par rapport au Canada seulement) et les 45-64 ans.
- Au Québec, les femmes ayant eu au moins une blessure limitative sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes parmi les groupes d'âge inférieurs à 45 ans. À partir de 25 ans, les proportions diminuent nettement d'un groupe d'âge à l'autre chez les hommes, alors qu'elles varient peu chez les femmes.

Poids corporel et alimentation

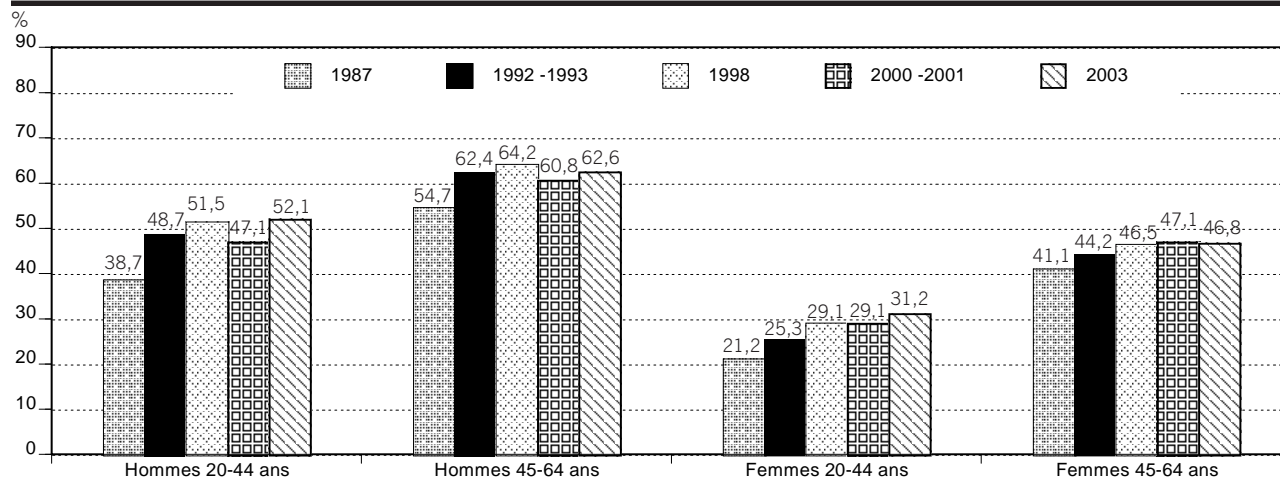
Le poids corporel et l'alimentation ont tous deux une incidence sur la santé des individus, principalement sur le risque ou la prévention de certaines maladies. Ainsi, l'excès de poids est associé à des problèmes de santé comme le diabète et des facteurs de risque comme l'hypertension, entre autres. Il est aussi lié en bonne partie aux habitudes de vie, telle l'ingestion quotidienne d'aliments très caloriques (sucre, graisses et féculents) non compensée par une dépense adéquate d'énergie. Par ailleurs, une alimentation riche en fruits et légumes peut aider à prévenir les maladies cardiovasculaires et certaines formes de cancer (Pérez, 2002). Deux indicateurs donnent un aperçu de la situation, soit l'indice de masse corporelle et la consommation de fruits et de légumes.

Indice de masse corporelle (IMC)

L'indice de masse corporelle (IMC) permet d'évaluer approximativement la corpulence d'un individu et de cibler les sous-groupes de la population pouvant présenter des problèmes liés au poids. L'IMC, défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est obtenu en divisant le poids (en kilogrammes) d'une personne par le carré de sa taille (en mètres); il ne s'applique pas aux femmes enceintes ou qui allaitent. Ainsi, l'excès de poids, qui regroupe les catégories « embonpoint » et « obésité », correspond à un IMC de 25 et plus, norme internationale adoptée par Statistique Canada lors de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*. Cependant, comme l'information de base (poids et taille) est fournie par les répondants, il existe des risques de biais qui peuvent consister, par exemple, en une sous-estimation du poids. Il est aussi possible que ces biais soient accentués lorsque les questions sont posées au téléphone.

Figure 3.9

Excès de poids¹ selon le sexe et le groupe d'âge, population de 20 à 64 ans, Québec, 1987, 1992-1993, 1998, 2000-2001 et 2003



1. L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids (en kilogrammes) d'un individu par le carré de sa taille (en mètres). Selon la norme internationale adoptée pour la détermination des seuils, l'excès de poids correspond à un IMC de 25 et plus. Il regroupe les catégories « embonpoint » (IMC entre 25,0 et 29,9) et « obésité » (IMC de 30,0 et plus).

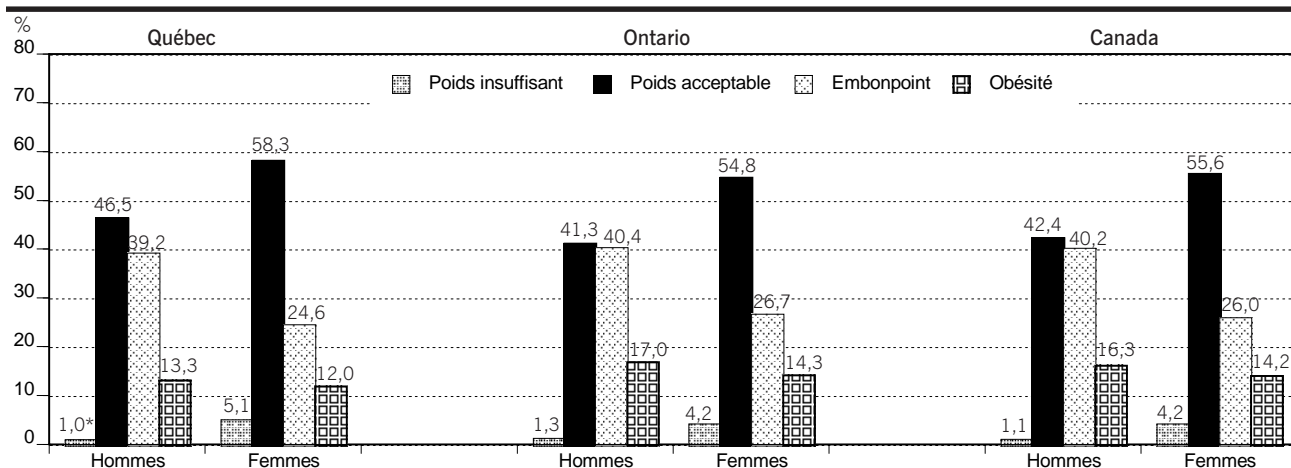
Sources : ESQ87, ESS92-93, ESS98, ESCC00-01PU et ESCC03PA.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- Au Québec, la proportion des personnes ayant un excès de poids parmi les 20 à 64 ans s'accroît entre 1987 et 2003, tant chez les femmes (de 27,8 % à 38,1 %) que chez les hommes (de 43,7 % à 56,5 %), et dans le groupe des 20-44 ans comme dans celui des 45-64 ans (figure 3.9). Après avoir augmenté chez tous ces groupes entre 1987 et 1998, cette proportion connaît encore une hausse entre 2000-2001 et 2003 chez les hommes âgés de 20 à 44 ans (de

47 % à 52 %), tandis qu'il y a peu de variation dans les autres groupes. Notons que le passage de l'*Enquête sociale et de santé, 1998* à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, qui comprend une part importante d'entrevues téléphoniques, surtout en 2003, doit être pris en compte dans l'interprétation des changements observés à partir de 2000-2001.

Figure 3.10
Indice de masse corporelle¹ selon le sexe, population de 20 à 64 ans, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001



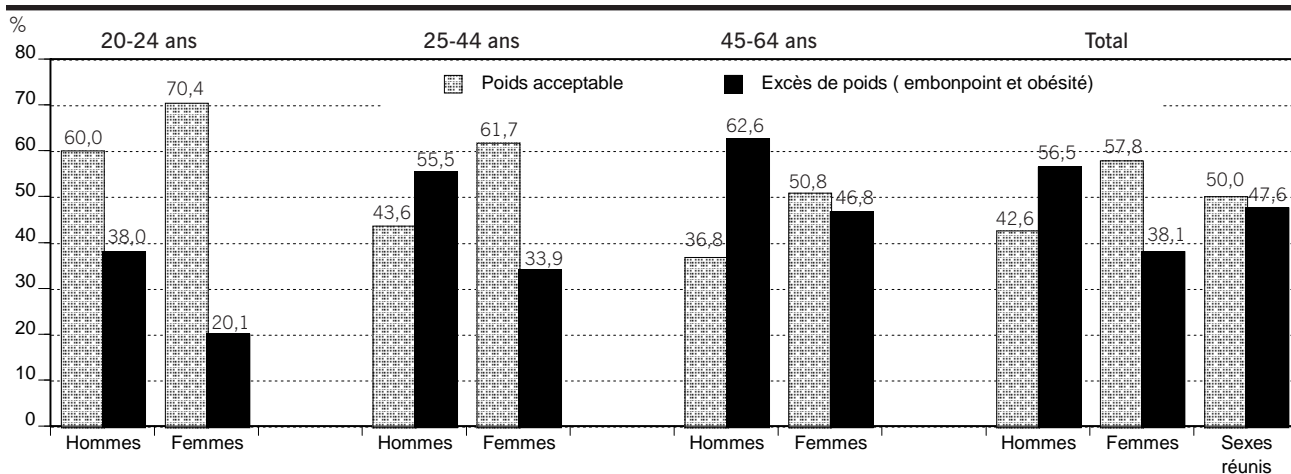
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids (en kilogrammes) d'un individu par le carré de sa taille (en mètres). Un « poids insuffisant » correspond à un IMC inférieur à 18,5 et un « poids acceptable », à un IMC entre 18,5 et 24,9. L'« embonpoint » équivaut à un IMC entre 25,0 et 29,9 et l'« obésité », à un IMC de 30,0 et plus.

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Figure 3.11
Indice de masse corporelle¹ selon le sexe et le groupe d'âge, population de 20 à 64 ans, Québec, 2003



1. L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids (en kilogrammes) d'un individu par le carré de sa taille (en mètres). Un « poids acceptable » correspond à un IMC entre 18,5 et 24,9. L'« embonpoint » équivaut à un IMC entre 25,0 et 29,9, et l'« obésité », à un IMC de 30,0 et plus. La catégorie « poids insuffisant » (IMC inférieur à 18,5) n'est pas présentée et les catégories « embonpoint » et « obésité » sont regroupées en une seule catégorie « excès de poids » pour des raisons de comparabilité avec 2000-2001.

Source : ESCC03PA.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

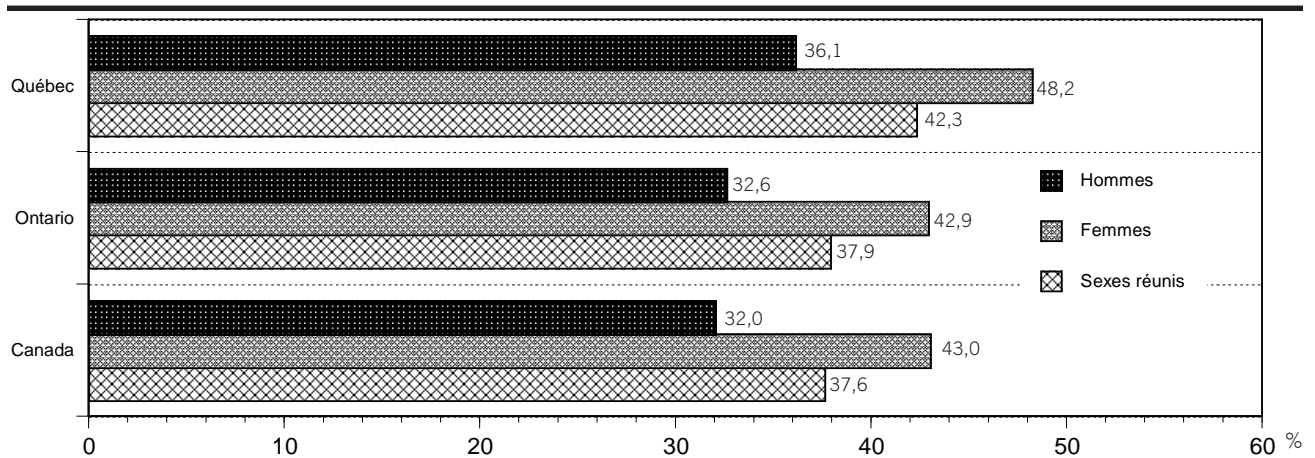
- En 2000-2001, le Québec compte relativement plus d'adultes de 20 à 64 ans ayant un poids acceptable que l'Ontario ou le Canada (figure 3.10), tant chez les femmes (58 % contre respectivement 55 % et 56 %) que chez les hommes (46 % contre 41 % et 42 %). On y trouve aussi des proportions plus faibles de personnes obèses, allant de 2 à 4 points de pourcentage de moins. Ce n'est pas le cas des hommes présentant de l'embonpoint dont la proportion est presque aussi forte chez les Québécois (39 %) que chez les Ontariens ou les Canadiens (40 % chacun).
- Au Québec, en 2003, près de 6 femmes sur 10 parmi les 20-64 ans ont un poids acceptable comparativement à un peu plus de 4 hommes sur 10 (figure 3.11). Dans cette catégorie, la proportion des femmes reste supérieure à celle des hommes parmi tous les groupes d'âge. L'excès de poids (embonpoint et obésité) concerne surtout les hommes de 25 à 44 ans (55 %) et de 45 à 64 ans (63 %), ainsi que les femmes de 45 à 64 ans (47 %). Cependant, l'obésité touche autant les femmes (14,0 %) que les hommes (14,8 %), dans l'ensemble et quel que soit le groupe d'âge.

Consommation de fruits et de légumes

L'importance de consommer plus de fruits et de légumes a été soulignée récemment dans un rapport d'experts internationaux (OMS/FAO, mars 2003, cité par Ledoux, 2003). En effet, cette habitude fait partie d'une alimentation saine qui, alliée à une activité physique suffisante pour en équilibrer l'apport énergétique, s'avère essentielle pour mener une vie en bonne santé.

Figure 3.12

Consommation de cinq portions et plus de fruits et de légumes par jour selon le sexe, population de 12 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001

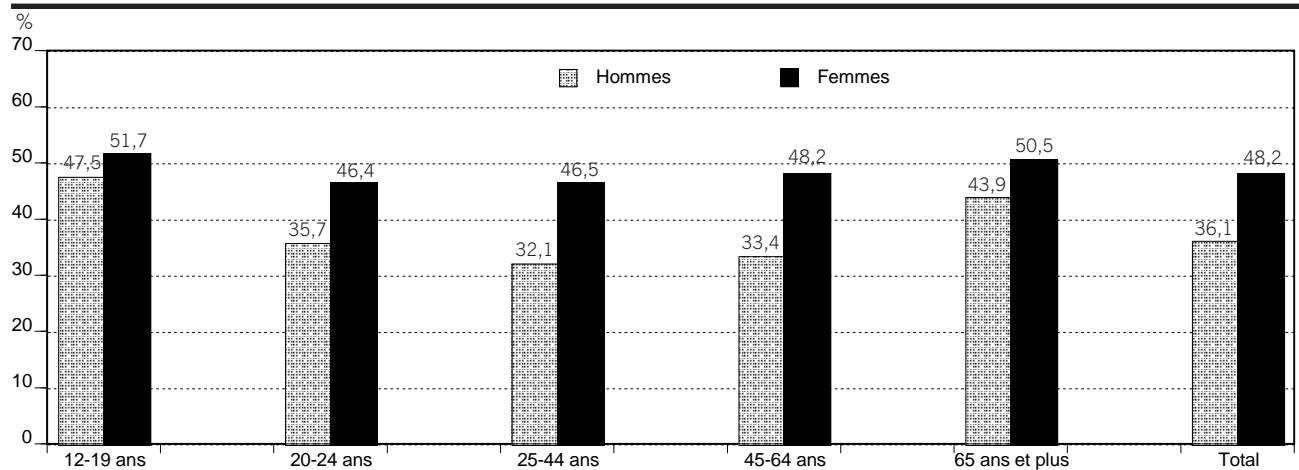


Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Figure 3.13

Consommation de cinq portions et plus de fruits et de légumes par jour selon le sexe et le groupe d'âge, population de 12 ans et plus, Québec, 2000-2001



Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- En 2000-2001, 42 % des Québécois de 12 ans et plus consomment chaque jour cinq portions et plus de fruits et de légumes (figure 3.12), soit une consommation plus répandue qu'en Ontario et au Canada (38 % chacun). C'est le cas tant chez les hommes (36 % contre respectivement 33 % et 32 %) que chez les femmes (48 % contre 43 % en Ontario et au Canada). Quelle que soit l'entité géographique considérée, les femmes sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses que les hommes à avoir cette habitude de vie.
- Au Québec, ce sont les hommes de 20 à 64 ans qui sont, en proportion, les moins nombreux à consommer quotidiennement cinq portions et plus de fruits et de légumes, soit environ le tiers d'entre eux (figure 3.13). Cependant, les plus jeunes (12-19 ans) sont bien plus nombreux (48 %) à le faire, comme les plus vieux (65 ans et plus : 44 %); leur proportion se compare à celle des femmes de 20 à 64 ans, dont près de la moitié a atteint ce niveau de consommation, quel que soit le groupe d'âge.

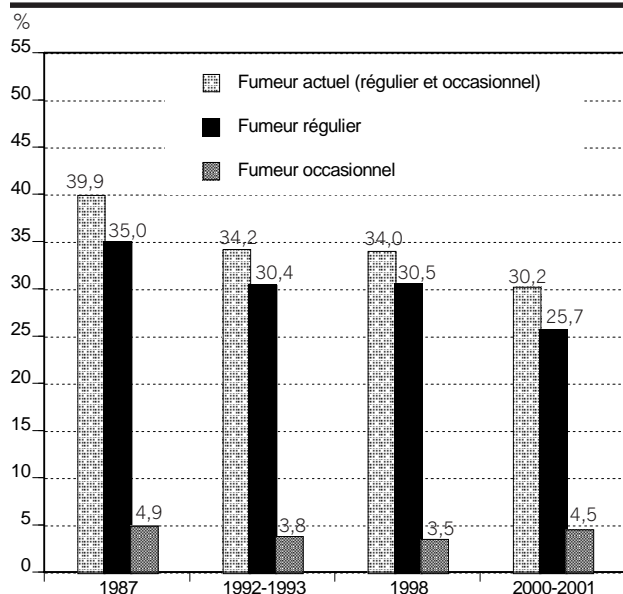
Usage du tabac et exposition à la fumée secondaire

Afin de décrire l'usage du tabac selon le sexe et l'âge ainsi que l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement, nous présentons un aperçu de l'évolution de cet usage depuis 1987, suivi d'une brève comparaison sur le plan national (Ontario et Canada). Notons que les fumeurs actuels comprennent les « fumeurs réguliers » qui fument au moins une cigarette par jour et les « fumeurs occasionnels » qui, eux, ne fument pas de cigarettes tous les jours. Dans les enquêtes de Santé Québec (1987, 1992-1993 et 1998), les « anciens fumeurs » sont définis comme ayant déjà fumé la cigarette (régulièrement ou à l'occasion), alors que, dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, cette catégorie comprend aussi les personnes qui n'ont fumé qu'une seule cigarette au complet durant leur vie. Il est donc possible que le taux d'anciens fumeurs soit légèrement surestimé dans cette dernière enquête. Par ailleurs, dans l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire* (1998, 2000 et 2002), les questions sur l'usage du tabac font référence aux 30 jours ayant précédé l'enquête; les « anciens fumeurs » sont ceux qui n'ont pas fumé durant cette période, mais qui ont déjà fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie, et les « anciens expérimentateurs », ceux qui ont déjà fumé entre 1 et 99 cigarettes.

Usage du tabac

Figure 3.14

Évolution de l'usage du tabac¹, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993, 1998 et 2000-2001



1. Les données relatives aux non-fumeurs (« anciens fumeurs » et « non-fumeurs depuis toujours ») ne sont pas présentées dans ce graphique, car les définitions adoptées lors des enquêtes de 1987, 1992-1993 et 1998 ne sont pas tout à fait les mêmes qu'en 2000-2001.

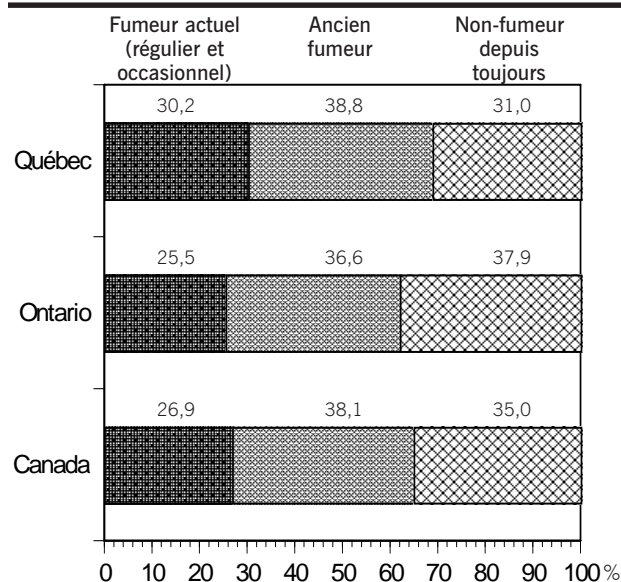
Sources : ESQ87, ESS92-93 et ESS98; données tirées de C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe et collab. (2000), *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e éd., Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 114-115, tableau C.3.1. ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- Après avoir connu une baisse entre 1987 et 1992-1993 (de 40 % à 34 %), la proportion de fumeurs actuels parmi la population québécoise de 15 ans et plus se maintient en 1998 (34 %) et elle diminue ensuite de nouveau, passant à 30 % en 2000-2001 (figure 3.14). Cette évolution est due aux pourcentages

Figure 3.15

Type d'usage du tabac, population de 15 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001



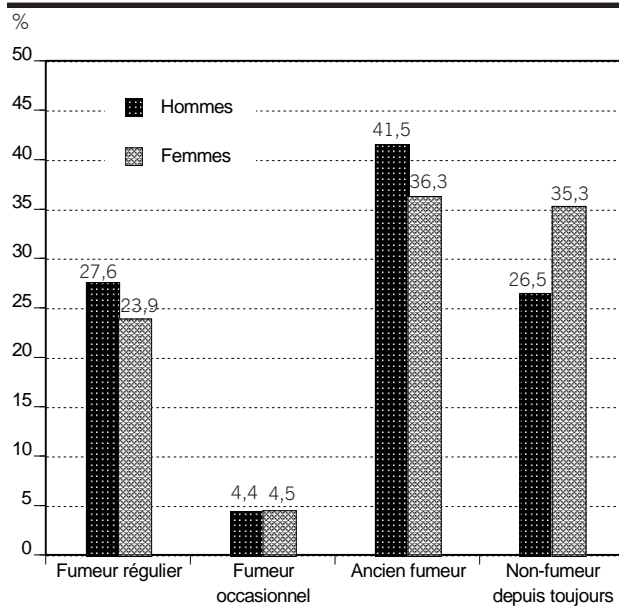
Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

de plus en plus faibles de fumeurs réguliers, ceux des fumeurs occasionnels allant plutôt en augmentant depuis 1998.

- En 2000-2001, environ 30 % des Québécois âgés de 15 ans et plus font usage du tabac, tandis que c'est le cas d'un peu plus du quart des Ontariens et des Canadiens (figure 3.15). L'écart le plus marquant entre le Québec et l'Ontario se situe parmi les personnes qui n'ont jamais fumé. En effet, on compte à ce chapitre 7 points de pourcentage de plus en Ontario qu'au Québec (38 % contre 31 %).

Figure 3.16
Type d'usage du tabac selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2000-2001



Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- Au Québec, en 2000-2001, il y a en proportion plus d'hommes que de femmes de 15 ans et plus qui fument de façon régulière (28 % contre 24 %; figure 3.16). Environ 4 hommes sur 10 sont des anciens fumeurs, soit 41 % comparativement à 36 % des femmes, celles-ci étant relativement plus nombreuses que les hommes à n'avoir jamais fumé (35 % contre 26 %).
- Les personnes âgées de 65 ans et plus se distinguent des autres groupes d'âge par des proportions de fumeurs réguliers inférieures à 15 % (tableau 3.4). Chez les jeunes (15-24 ans), cette proportion est de 27 %, tant chez les filles que chez les garçons, ce qui ne les distingue pas des deux groupes suivants. Toutefois, les femmes de 25 à 44 ans sont relativement moins nombreuses que les hommes à fumer régulièrement (28 % contre 32 %). Par ailleurs, c'est chez les jeunes que l'on trouve les plus fortes proportions de fumeurs occasionnels (8 %). Pour ce qui est des non-fumeurs, les écarts sont surtout marqués chez les 65 ans et plus parmi lesquels 48 % des femmes n'ont jamais fumé, contre seulement 17 % des hommes. La majorité des hommes de 45 ans et plus sont des anciens fumeurs (52 % des 45-64 ans et 67 % des 65 ans et plus), soit nettement plus que les femmes de ces âges (respectivement 42 % et 39 %). On note cependant l'inverse chez les 25-44 ans (33 % des hommes contre 37 % des femmes).

Tableau 3.4
Type d'usage du tabac selon le sexe et le groupe d'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2000-2001

Sexe et groupe d'âge	Fumeur actuel			Non-fumeur		
	Fumeur régulier	Fumeur occasionnel	Total ¹	Ancien fumeur	Depuis toujours	Total ¹
	%					
Hommes						
15-24 ans	27,4	7,8	35,2	21,4	43,4	64,8
25-44 ans	31,8	4,8	36,6	32,8	30,6	63,4
45-64 ans	28,2	3,2	31,4	52,5	16,2	68,6
65 ans et plus	14,0	1,7 **	15,8	67,3	16,9	84,2
Total	27,6	4,4	32,1	41,5	26,5	67,9
Femmes						
15-24 ans	27,0	8,1	35,1	22,3	42,6	64,9
25-44 ans	27,5	5,4	32,9	36,5	30,6	67,1
45-64 ans	25,1	2,8	28,0	42,1	29,9	72,0
65 ans et plus	11,0	2,0 *	13,0	38,5	48,5	87,0
Total	23,9	4,5	28,4	36,3	35,3	71,6

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

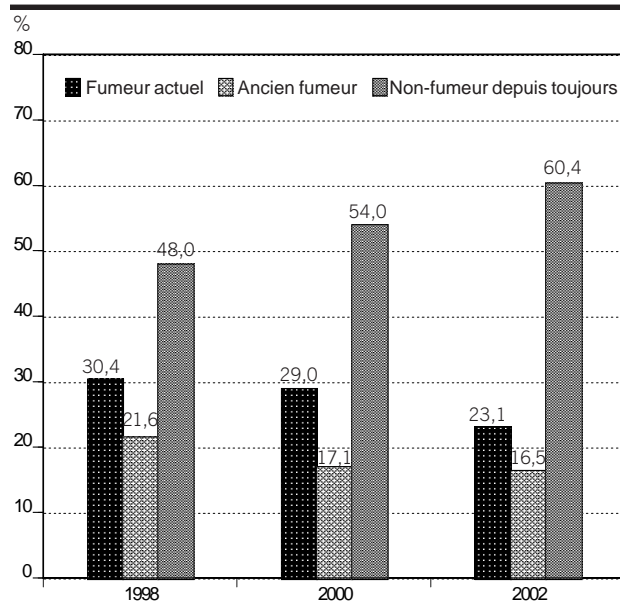
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. En raison de l'arrondissement à une décimale, le total ne correspond pas toujours à la somme des unités.

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Figure 3.17
Évolution de l'usage du tabac chez les élèves du secondaire¹, Québec, 1998, 2000 et 2002



1. La catégorie « fumeur actuel » comprend les fumeurs quotidiens, occasionnels et débutants. La catégorie « ancien fumeur » regroupe les personnes qui n'ont pas fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête, mais qui ont déjà fumé entre 1 et 99 cigarettes (anciens expérimentateurs) ou 100 cigarettes et plus dans leur vie (anciens fumeurs).

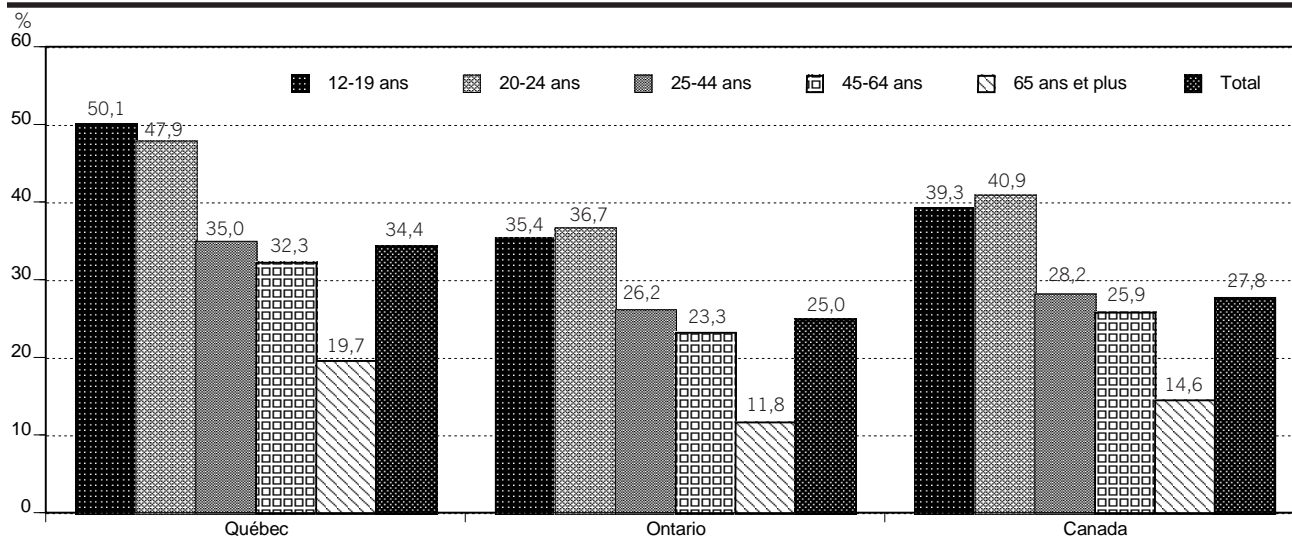
Sources : EQTES98, EQTES00 et EQTES02; données tirées de B. Perron et J. Loiselle (2003), *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002*. Rapport d'analyse, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 45, tableau 2.1.

- Selon l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire* menée en 2002, 23 % des élèves ont déclaré avoir fumé la cigarette, alors qu'un peu plus de 60 % d'entre eux ont rapporté n'en avoir jamais fait usage (figure 3.17). Entre 2000 et 2002, le taux de tabagisme chez les élèves du secondaire chute de 6 points de pourcentage, ce qui est nettement appréciable vu le peu de variation enregistré entre 1998 et 2000.

Exposition à la fumée secondaire

Même si l'information sur l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement a été recueillie en 1998, en 2000-2001 et en 2003, il n'est pas possible d'analyser l'évolution de la situation, car la formulation et l'administration des questions diffèrent d'une enquête à l'autre ou d'un cycle à l'autre pour ce qui est de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*⁸. C'est pourquoi nous ne présentons que la comparaison entre le Québec, l'Ontario et le Canada pour l'année 2000-2001.

Figure 3.18
Proportion de non-fumeurs exposés régulièrement à la fumée secondaire¹ selon le groupe d'âge, population de 12 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001



1. Ces personnes ont répondu « oui » à la question : « Au cours du dernier mois, avez-vous été exposé(e) à la fumée des autres la plupart des jours? ».

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- Au Québec, un peu plus du tiers des non-fumeurs de 12 ans et plus sont exposés régulièrement à la fumée des autres (figure 3.18). Il s'agit d'une proportion plus élevée qu'en Ontario (25 %) et au Canada (28 %). Cette exposition touche surtout les 12-19 ans et les 20-24 ans, soit environ la moitié d'entre eux au Québec, comparativement à des proportions se situant

autour de 35 % en Ontario et de 40 % au Canada. Les jeunes sont donc plus exposés à la fumée secondaire que les autres groupes d'âge. Les 20-24 ans le sont davantage dans des lieux publics qu'à la maison, soit 83,7 % contre 56,9 %, tandis qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative chez les 12-19 ans (70,3 % contre 64,6 %).

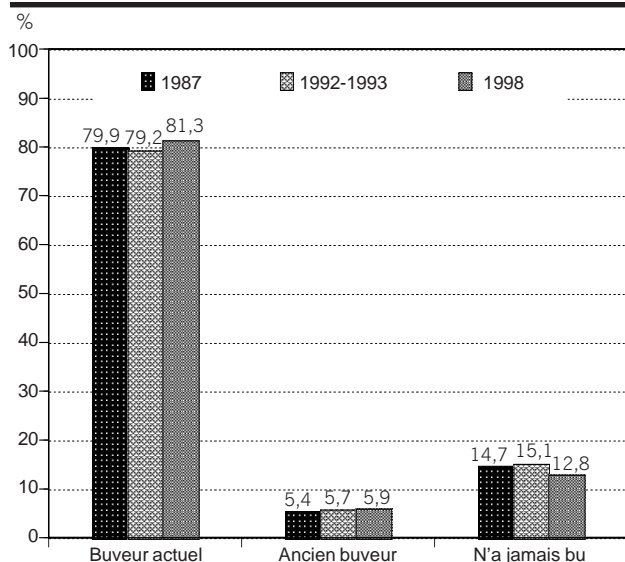
• 8. La question sur l'exposition à la fumée secondaire à la maison est posée différemment en 2003 (cycle 2.1) et en 2000-2001 (cycle 1.1).

Consommation d'alcool

La consommation d'alcool est généralement mesurée par le type de buveurs et la fréquence de leur consommation. Plusieurs autres indicateurs se rapportent à la consommation élevée d'alcool. L'abus d'alcool constitue en effet un facteur de risque important associé au développement de problèmes de santé particuliers touchant, par exemple, le système digestif ou le système nerveux central, et de problèmes d'ordre social ou comportemental. Notons que les buveurs actuels sont définis comme les personnes ayant pris un verre d'alcool⁹ au cours des 12 mois précédant l'enquête, de façon régulière ou occasionnelle. Comme la définition d'un verre d'alcool paraît plus large dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001* que dans les enquêtes de Santé Québec (1987, 1992-1993 et 1998), nous traiterons séparément les résultats de ces enquêtes.

Types de buveurs

Figure 3.19
Types de buveurs¹, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



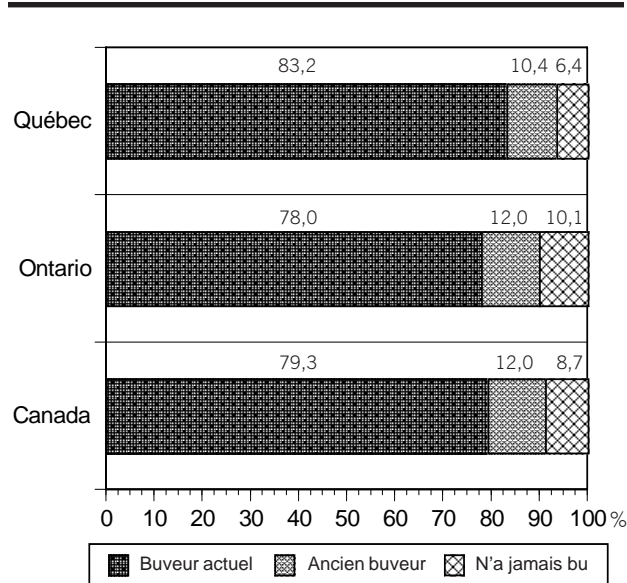
1. Les « buveurs actuels » sont les personnes qui ont consommé de l'alcool occasionnellement ou régulièrement au cours des 12 derniers mois. Les « anciens buveurs » sont les personnes qui ont déjà consommé de l'alcool, mais pas au cours des 12 derniers mois.

Sources : ESQ87, ESS92-93 et ESS98; données tirées de C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe et collab. (2000), *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e éd., Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 121, figure 4.1.

- Entre 1992-1993 et 1998, la proportion de buveurs actuels au Québec connaît une hausse de faible ampleur mais tout de même significative, passant de 79 % à 81 % (figure 3.19). La proportion d'abstinents (personnes n'ayant jamais bu un verre d'alcool) diminue aussi durant cette période (de 15 % à 13 %), tandis que celle des anciens buveurs se maintient à près de 6 %.

9. Dans le questionnaire de l'*Enquête sociale et de santé, 1998*, une consommation correspond à 12 onces (360 ml) de bière, 4-5 onces (120-150 ml) de vin ou 1-1 1/2 once de liqueur forte ou de spiritueux; une bière à 0,5 % n'est pas considérée comme de l'alcool. Dans le questionnaire de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, un verre équivalait à une bière en bouteille, en canette ou en fût (un verre), un verre de vin ou de cooler, ou 1 1/2 once de spiritueux.

Figure 3.20
Types de buveurs¹, population de 15 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001



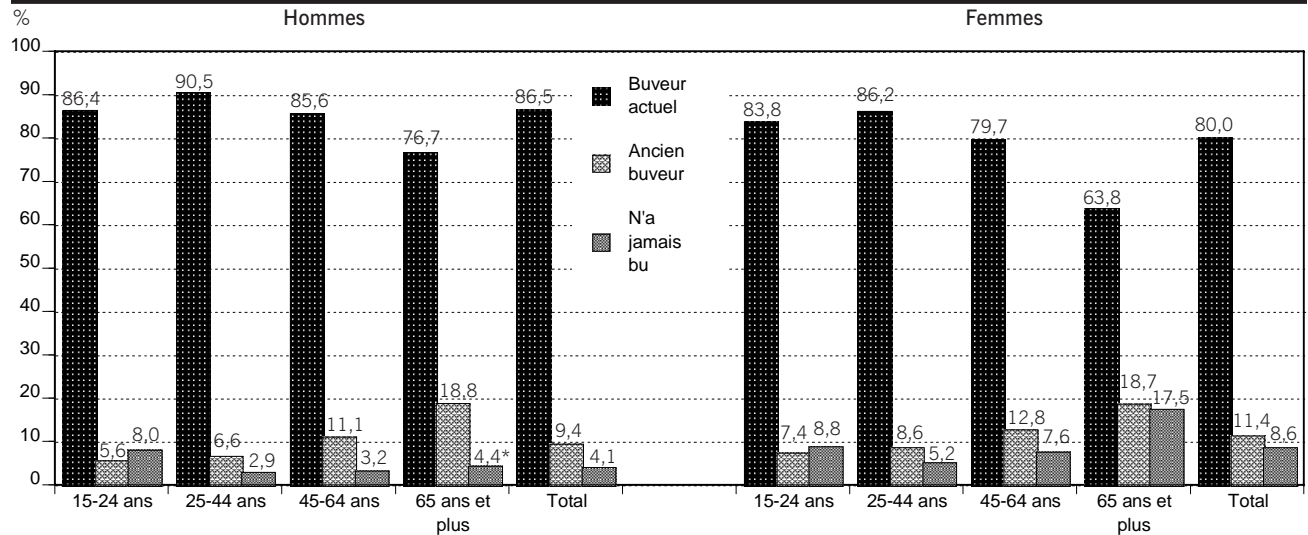
1. Les « buveurs actuels » sont les personnes qui ont consommé de l'alcool occasionnellement ou régulièrement au cours des 12 derniers mois. Les « anciens buveurs » sont les personnes qui ont déjà consommé de l'alcool, mais pas au cours des 12 derniers mois.

Source : ESCCO0-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- En 2000-2001, le Québec compte relativement plus de buveurs actuels (83 %) parmi les 15 ans et plus (figure 3.20) que l'Ontario (78 %) et le Canada (79 %). Les anciens buveurs y sont un peu moins nombreux, ainsi que les abstinents, soit 6 % pour ce qui est de ces derniers au Québec, comparativement à 10 % en Ontario et à 9 % au Canada. Notons que, dans les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, la proportion des anciens buveurs est supérieure à celle des abstinents, tant au Québec qu'en Ontario et au Canada.

Figure 3.21
Types de buveurs¹ selon le sexe et le groupe d'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2000-2001



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

1. Les « buveurs actuels » sont les personnes qui ont consommé de l'alcool occasionnellement (moins de une consommation par mois) ou régulièrement (au moins une consommation par mois) au cours des 12 derniers mois. Les « anciens buveurs » sont les personnes qui ont déjà pris un verre d'alcool, mais pas au cours des 12 derniers mois.

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

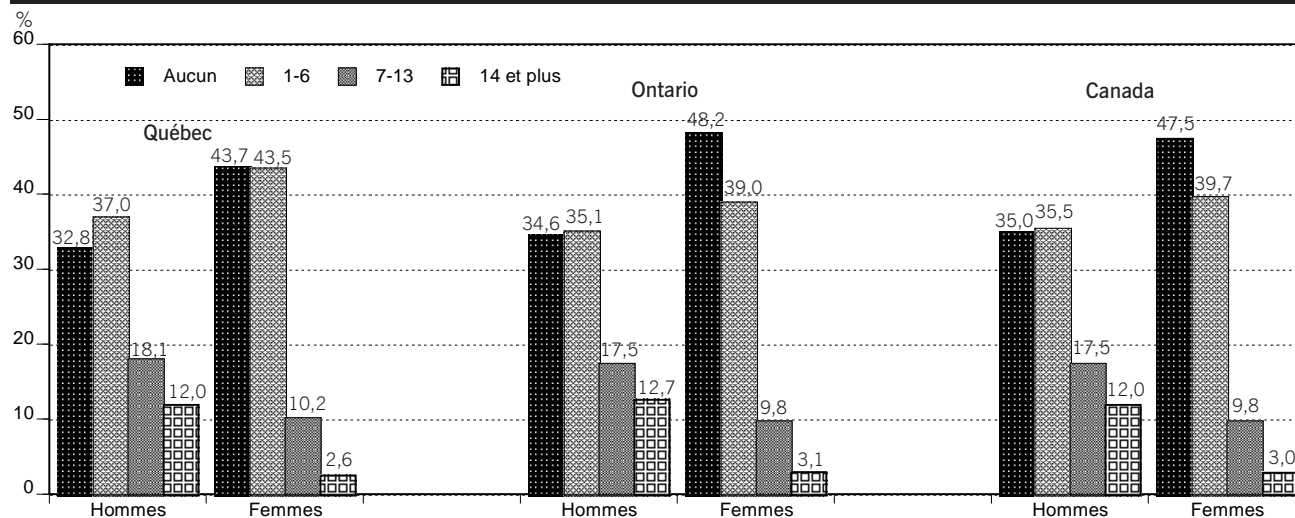
- Au Québec, en 2000-2001, on compte proportionnellement moins de femmes que d'hommes qui consomment de l'alcool (80 % contre 87 %). Cependant, il n'y a pas d'écart significatif entre les femmes et les hommes chez les jeunes de 15 à 24 ans (figure 3.21).

Les proportions baissent à partir de 45 ans, tout en demeurant au-dessus de 75 % chez les hommes, alors qu'elles chutent à 64 % chez les femmes de 65 ans et plus.

Consommation hebdomadaire d'alcool

Figure 3.22

Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours¹ selon le sexe, buveurs actuels² de 15 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001



1. Nombre de verres d'alcool bus durant les sept derniers jours précédant l'entrevue.

2. Les « buveurs actuels » sont les personnes qui ont consommé de l'alcool occasionnellement (moins de une consommation par mois) ou régulièrement (au moins une consommation par mois) au cours des 12 derniers mois.

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- En 2000-2001, environ le tiers des hommes de 15 ans et plus qui consomment de l'alcool ne l'ont pas fait au cours de la semaine précédant l'enquête, tant au Québec qu'en Ontario, et un peu plus au Canada (figure 3.22). La proportion des Québécoises dans ce cas est nettement plus élevée (44 %) que celle des hommes, mais inférieure à celle des Ontariennes et des Canadiennes (48 % dans les deux cas). Comme il n'y a pas d'écart significatif quant à la consommation de sept verres et plus, c'est par rapport à une

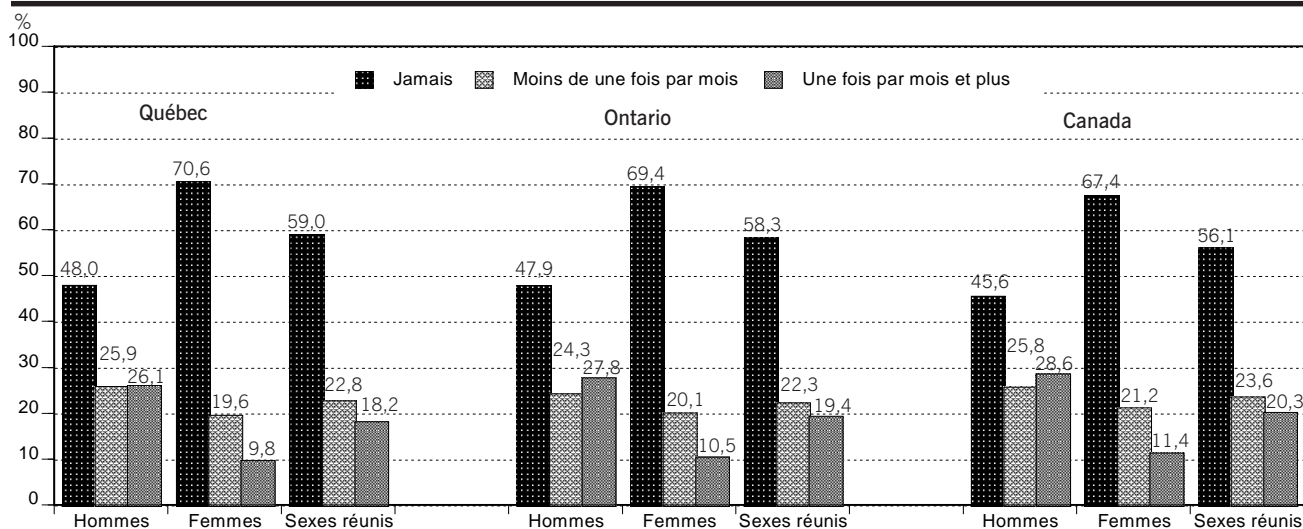
consommation modérée d'alcool (de un à six verres) que la population québécoise se distingue des autres, principalement les femmes (43 % contre 39 % en Ontario et 40 % au Canada). Si on les compare aux hommes, les femmes sont proportionnellement moins nombreuses à consommer sept verres et plus en une semaine, tant au Québec (13 % contre 30 % des hommes) qu'en Ontario et au Canada.

Consommation élevée d'alcool

La proportion des individus qui prennent cinq verres d'alcool et plus en une même occasion au cours des 12 derniers mois et la fréquence de ce comportement fournissent des renseignements utiles sur la consommation élevée d'alcool parmi les buveurs de 12 ans et plus.

Figure 3.23

Consommation élevée d'alcool¹ en une même occasion selon le sexe, buveurs actuels² de 12 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001



1. Cinq verres et plus en une même occasion au cours des 12 derniers mois.

2. Les « buveurs actuels » sont les personnes qui ont consommé de l'alcool occasionnellement (moins de une consommation par mois) ou régulièrement (au moins une consommation par mois) au cours des 12 derniers mois.

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- En 2000-2001, au Québec, près de 6 personnes sur 10 parmi les buveurs d'alcool n'en ont pas fait une consommation élevée (cinq verres et plus en une même occasion) durant les 12 mois précédant l'enquête (figure 3.23). Cette proportion s'élève à 71 % chez les femmes, comparativement à 48 % chez les hommes. Par contre, environ le quart des hommes et le dixième des femmes déclarent prendre cinq verres et plus en une même occasion une fois par mois et plus. Ces

comportements ressemblent à ce qu'on observe en Ontario, mais ils diffèrent des résultats obtenus à l'échelle canadienne. En effet, les Québécois sont relativement moins nombreux que les Canadiens à consommer de la sorte à cette fréquence, tant chez les hommes (26 % contre 29 %) que chez les femmes (10 % contre 11 %).

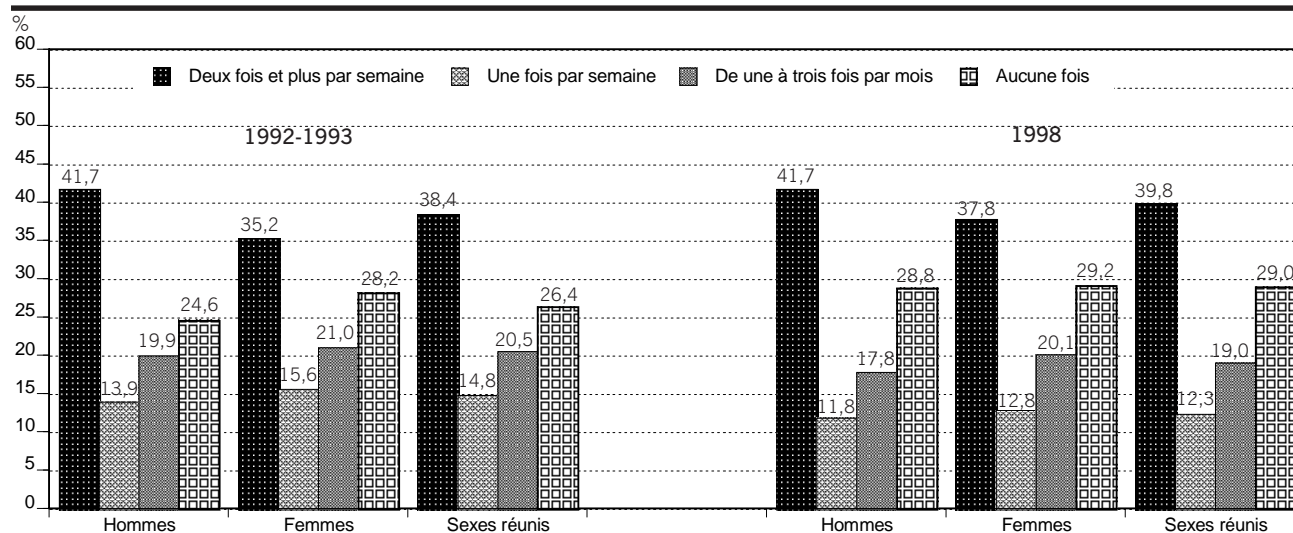
Activité physique de loisir

La pratique régulière d'une activité physique compte parmi les facteurs importants de maintien et d'amélioration de l'état de santé ainsi que de protection contre divers problèmes de santé physique (ex. : maladies cardiovasculaires, excès de poids et diabète) ou mentale. Parmi les quatre grandes catégories d'activité physique (domestique, de travail, de transport et de loisir), nous retenons celle qui se trouve davantage sous le contrôle de l'individu, soit l'activité physique de loisir qui comprend « les activités pratiquées durant les temps libres (sport, conditionnement physique, plein air, etc.) » (Daveluy et collab., 2000 : 171). Toutefois, la comparaison de la pratique de cette activité dans le temps présente certaines difficultés. En effet, les données issues de l'*Enquête sociale et de santé, 1992-1993* et *1998* ne sont pas définies en fonction de la même durée d'activité que celles de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, et elles ne permettent pas d'estimer la dépense énergétique totale d'une activité pour en mesurer l'intensité. C'est pourquoi nous traitons séparément les résultats de ces enquêtes. Notons que les questions sur l'activité physique se rapportent à la période de trois mois précédant l'enquête et qu'il s'agit en quelque sorte d'une moyenne des quatre trimestres de l'année. Par ailleurs, en 2000-2001, ces questions comportent un taux de non-réponse non négligeable, de l'ordre de 7 %. Ce taux est plus important chez les hommes que chez les femmes et chez les groupes plus jeunes (12-19 ans et 20-24 ans) par rapport aux plus âgés. Il faut tenir compte de ces différences dans l'interprétation des résultats globaux, même si ceux-ci excluent les non-réponses.

Fréquence de l'activité physique

Figure 3.24

Fréquence de l'activité physique de loisir¹ selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998



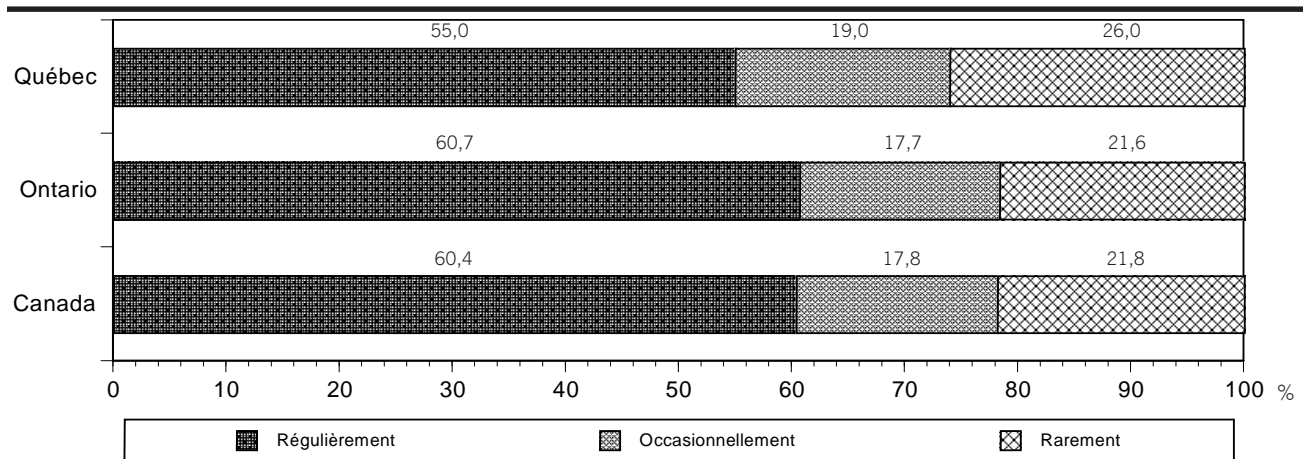
1. Pratique d'activités physiques de loisir, de 20 à 30 minutes par séance, au cours des trois derniers mois.

Sources : ESS92-93 et ESS98; données tirées de C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe et collab. (2000), *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e éd., Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 174, tableau 7.1.

- Au Québec, la proportion des personnes âgées de 15 ans et plus ne faisant pas d'activité physique durant leurs loisirs passe de 26 % en 1992-1993 à 29 % en 1998 (figure 3.24), ce qui traduit une légère baisse de la fréquence de pratique. Cependant, cela ne con-

cerne que les hommes (de 25 % à 29 % dans la catégorie « aucune fois »), les femmes devenant relativement plus nombreuses à pratiquer une activité physique deux fois et plus par semaine (de 35 % à 38 %).

Figure 3.25
Fréquence de l'activité physique de loisir¹, population de 12 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001

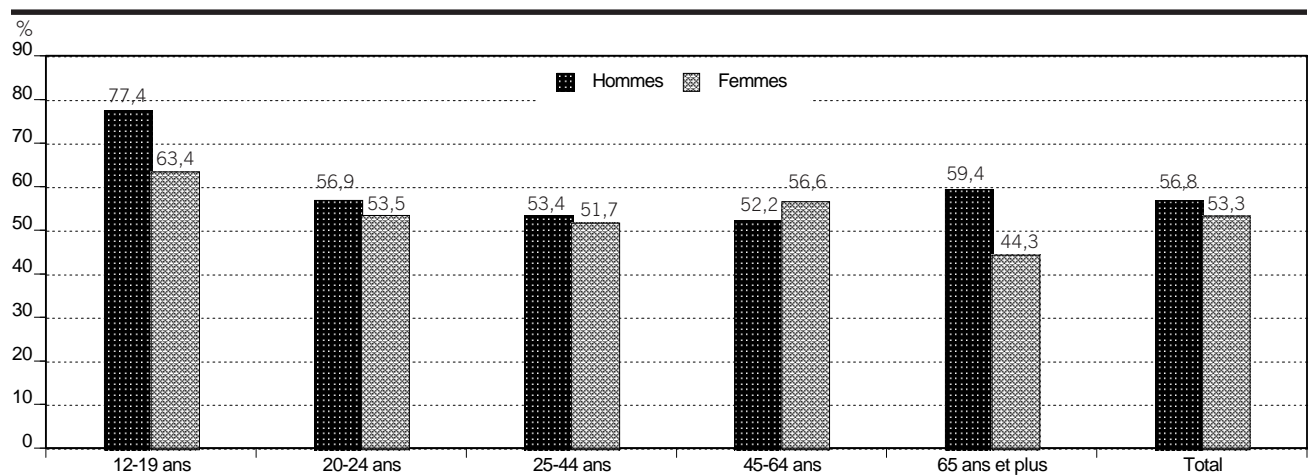


1. Activités physiques pratiquées durant les loisirs au cours des trois derniers mois. Leur fréquence est définie comme « régulière » lorsque la pratique moyenne d'un individu est de 12 fois par mois et plus pour une activité physique dépassant 15 minutes; elle est « occasionnelle » si cette fréquence se situe entre 4 et 11 fois par mois, et « rare » si elle est inférieure à 4 fois par mois.

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Figure 3.26
Proportion de personnes pratiquant régulièrement une activité physique¹ selon le sexe et le groupe d'âge, population de 12 ans et plus, Québec, 2000-2001



1. Activités physiques pratiquées durant les loisirs au cours des trois derniers mois. Leur pratique est définie comme « régulière » lorsqu'elle est en moyenne de 12 fois par mois et plus pour une activité physique dépassant 15 minutes.

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

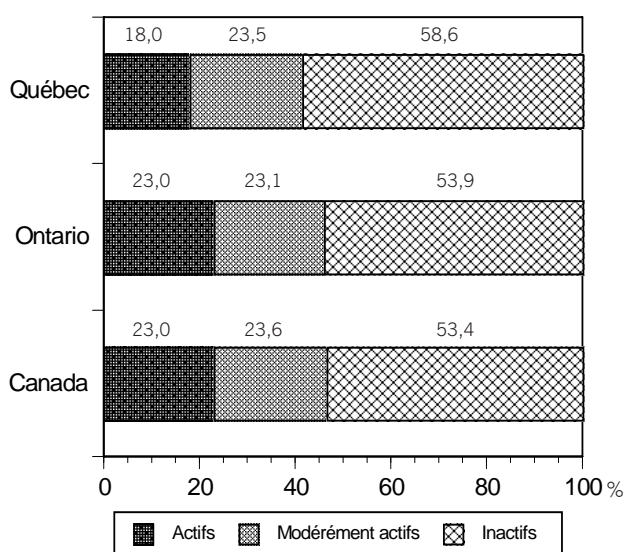
État de santé

- En 2000-2001, environ le quart de la population québécoise ne pratique que rarement une activité physique de loisir, tandis que plus de la moitié le fait régulièrement (figure 3.25). Cette dernière proportion (55 %) est toutefois inférieure à celles qu'enregistrent l'Ontario et le Canada où 6 personnes sur 10 s'adonnent à une activité physique. Par ailleurs, la pratique occasionnelle est légèrement plus répandue parmi les Québécois que parmi les Ontariens et les Canadiens, soit 19 % contre 18 %.
- Au Québec, en 2000-2001, les femmes sont relativement moins nombreuses que les hommes à pratiquer régulièrement une activité physique, soit 53 % contre 57 % (figure 3.26). Ce n'est toutefois pas le cas des femmes de 20 à 44 ans, qui ne se différencient pas significativement des hommes des mêmes âges, et de celles de 45 à 64 ans, dont la proportion surpasse celle des hommes (57 % contre 52 %). Par ailleurs, les jeunes de 12 à 19 ans se distinguent des autres groupes d'âge, puisque 77 % des garçons et 63 % des filles pratiquent régulièrement une activité physique. À l'inverse, les femmes de 65 ans et plus présentent la plus faible proportion de toutes (44 %).

Intensité de l'activité physique

Les critères servant à déterminer les différents niveaux d'activité tiennent généralement compte des « bénéfiques-santé substantiels » accordés aux « actifs », ces bénéfiques diminuant graduellement d'un niveau à l'autre (Nolin et collab., 2002 : 21). Par ailleurs, la définition du niveau « inactif » adoptée par Statistique Canada¹⁰ inclut autant les personnes ne pratiquant aucune activité physique durant leurs loisirs que celles qui ont une activité légère ou un volume de pratique assez substantiel. Ainsi, faire de la marche s'inscrit dans ce niveau, que cette activité soit pratiquée quatre fois par semaine, de 31 à 60 minutes par séance, ou à un rythme rapide, cinq fois par semaine, 30 minutes par séance (Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004 : 73).

Figure 3.27
Intensité de l'activité physique de loisir¹, population de 12 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001



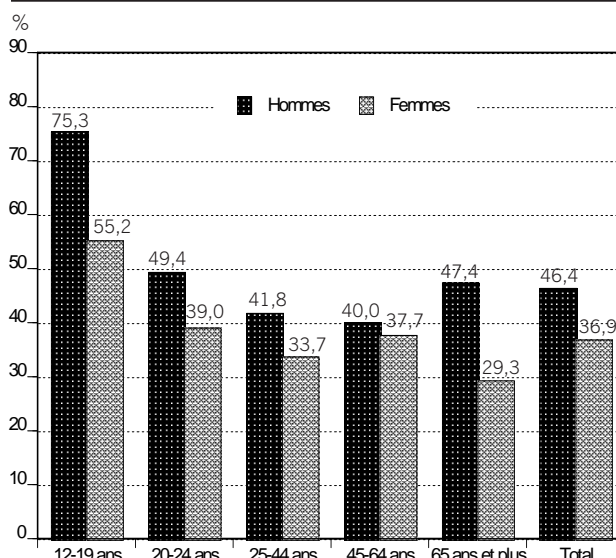
1. L'indice de l'intensité de l'activité physique se rapporte aux activités physiques de loisir exercées par un individu au cours des trois derniers mois; il est calculé en kcal/kg/jour en fonction de la durée d'une séance ainsi que de la fréquence et de l'intensité de pratique de chacune de ces activités. La catégorie des « actifs » correspond à une dépense énergétique moyenne de 3 kcal/kg/jour et plus; celle des « modérément actifs », à une dépense entre 1,5 et 2,9 kcal/kg/jour, et celle des « inactifs », à une dépense inférieure à 1,5 kcal/kg/jour.

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- En 2000-2001, on compte parmi les « inactifs » 53 % des Canadiens, 54 % des Ontariens et 59 % des Québécois, ceux-ci étant donc plus nombreux en proportion dans cette catégorie (figure 3.27). En corollaire, ils le sont beaucoup moins dans celle des « actifs », dont la pratique est de forte intensité, soit 18 % contre 23 % en Ontario et au Canada. Lorsqu'il s'agit d'activités physiques demandant une dépense d'énergie modérée, les Québécois sont aussi actifs que les autres (23 % contre 23 % des Ontariens et 24 % des Canadiens).

Figure 3.28
Proportion de personnes actives¹ physiquement durant leurs loisirs selon le sexe et le groupe d'âge, population de 12 ans et plus, Québec, 2000-2001



1. Dans ce graphique, les personnes actives comprennent les « actifs » (dépense énergétique moyenne de 3 kcal/kg/jour et plus dans des activités physiques de loisir) et les « modérément actifs » (dépense entre 1,5 et 2,9 kcal/kg/jour).

Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- Au Québec, en 2000-2001, la proportion des personnes actives (incluant les « actifs » et les « modérément actifs ») est nettement plus élevée chez les hommes (46 %) que chez les femmes (37 %). C'est ce que l'on observe dans tous les groupes d'âge, sauf celui des 45-64 ans où il n'y a pas d'écart significatif entre hommes et femmes (figure 3.28). Parmi les jeunes (12-19 ans), 55 % des filles et 75 % des garçons sont actifs, ce qui représente des proportions supérieures à celles de tous les groupes d'âge suivants, tant chez les femmes que chez les hommes. La plus faible proportion (29 %) revient aux femmes de 65 ans et plus.

10. Dépense énergétique inférieure à 1,5 kcal/kg/jour en moyenne.

Autres comportements préventifs de santé

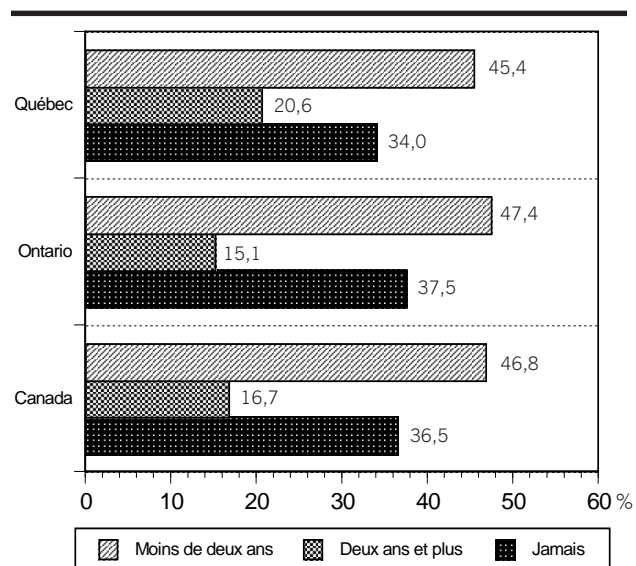
Les comportements préventifs peuvent aider à déceler des problèmes de santé ou à offrir une protection contre les infections. Par exemple, chez les femmes, le test de Pap (cytologie) permet le dépistage du cancer du col de l'utérus et contribue à celui des maladies transmissibles sexuellement (MTS). Chez les hommes, le test de l'antigène prostatique spécifique sert à détecter de façon précoce le cancer de la prostate. Certains comportements de santé font aussi l'objet de programmes gouvernementaux comme le Programme québécois de dépistage du cancer du sein qui, depuis 1998, incite les femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie tous les deux ans. Enfin, le Programme québécois d'immunisation gratuit, instauré en 1976, cible les personnes de 60 ans et plus¹¹, les personnes à risque (atteintes d'une maladie chronique, entre autres) et le personnel des milieux de soins de santé, afin de les informer, de les sensibiliser et de les vacciner contre l'influenza, communément appelée la « grippe » (Flores et collab., 2003).

Les données d'enquête permettent de voir dans quelle mesure ces comportements préventifs sont adoptés par la population concernée. Nous ne présentons cependant que les données les plus récentes (2000-2001 et 2003), celles des enquêtes antérieures (*Santé Québec, 1987* et *Enquête sociale et de santé, 1992-1993* et *1998*) n'étant pas suffisamment comparables dans la plupart des cas.

Mammographie

Figure 3.29

Temps écoulé depuis la dernière mammographie, population féminine de 35 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001



Source : ESCC00-01PU.

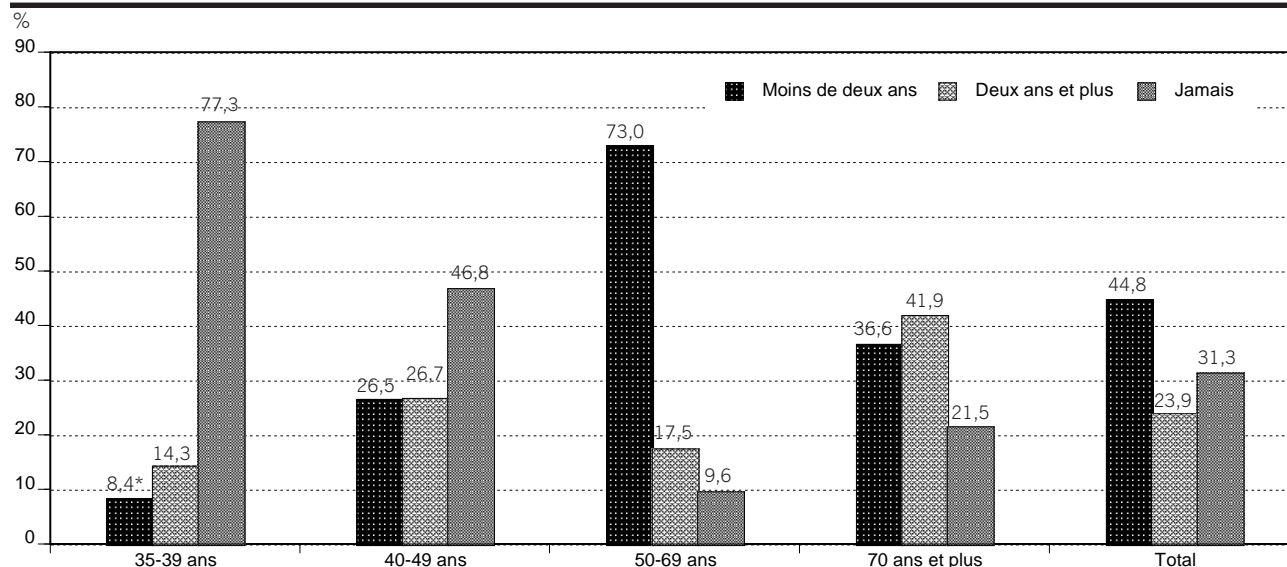
Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*, près des deux tiers des Québécoises de 35 ans et plus (66 %) déclarent avoir déjà passé une mammographie (figure 3.29), soit un peu plus que les Ontariennes (62 %) et les Canadiennes (64 %). Cependant, la proportion de femmes qui l'ont fait depuis moins de deux ans (45 %) n'est pas significativement différente de celle qu'on observe en Ontario (47 %).

11. Depuis le 1^{er} novembre 2004, le vaccin antigrippal est aussi administré gratuitement aux enfants en bonne santé âgés de 6 à 23 mois, ainsi qu'à leurs proches.

Figure 3.30

Temps écoulé depuis la dernière mammographie selon le groupe d'âge, population féminine de 35 ans et plus, Québec, 2003



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

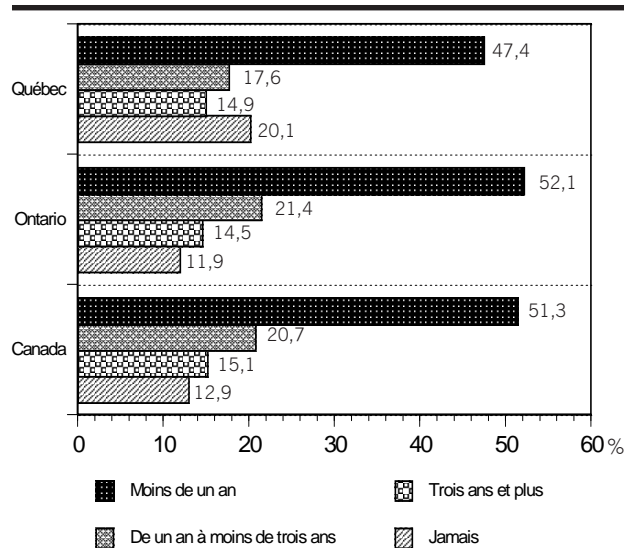
Source : ESCC03PA.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- On note, entre 2000-2001 et 2003, une légère hausse dans la proportion de Québécoises ayant déjà passé une mammographie (de 66 % à 69 %; figure 3.30). Comme on n'observe pas de changement dans la proportion des femmes l'ayant fait dans un délai de moins de deux ans (45 %), cette hausse est due aux femmes qui l'ont fait il y a deux ans et plus, soit 21 % en 2000-2001 contre 24 % en 2003.
- En 2003, près des trois quarts des femmes âgées de 50 à 69 ans indiquent avoir passé une mammographie depuis moins de deux ans, ce qui est nettement plus élevé que dans les autres groupes d'âge; seulement le dixième d'entre elles ne l'ont jamais fait. Ces proportions sont inversées chez les 35-39 ans (respectivement 8 % et 77 %).

Test de Pap

Figure 3.31
Temps écoulé depuis le dernier test de Pap, population féminine de 20 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001

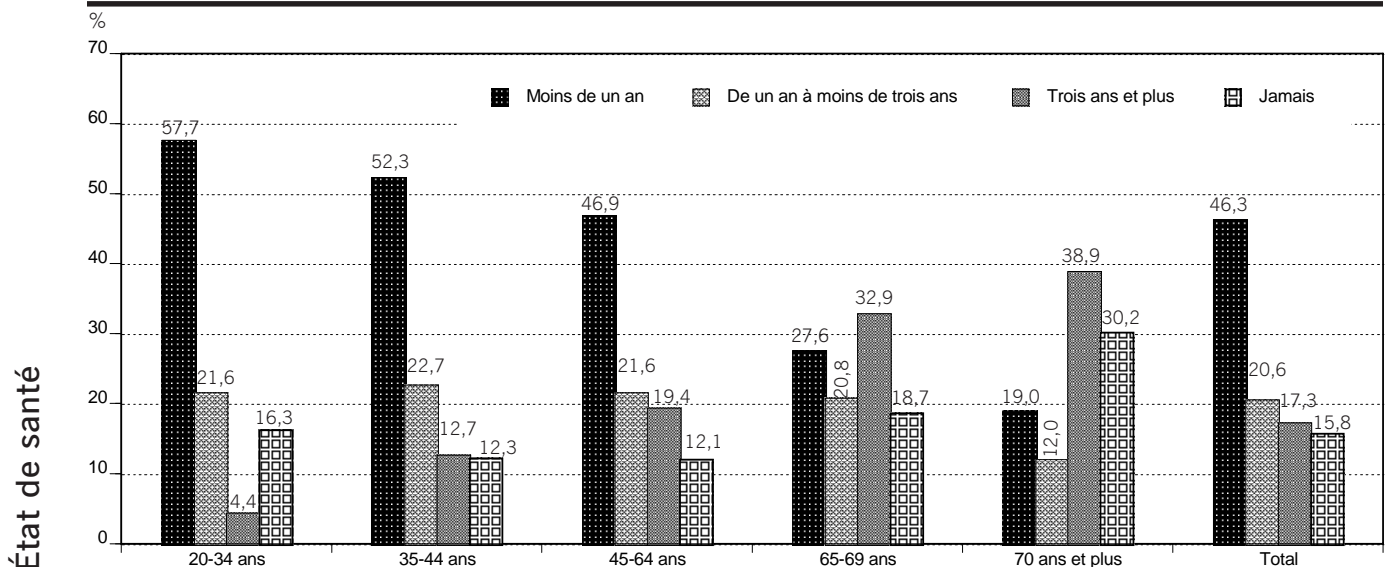


Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- Par rapport aux Ontariennes et aux Canadiennes âgées de 20 ans et plus, les Québécoises sont relativement moins nombreuses en 2000-2001 à déclarer avoir passé un test de Pap au cours de l'année précédant l'enquête, soit 47 % contre respectivement 52 % et 51 % (figure 3.31). Elles sont nettement plus nombreuses à ne l'avoir jamais fait (20 % contre 12 % et 13 %).
- La proportion de Québécoises n'ayant jamais subi de test de Pap passe de 20 % en 2000-2001 à 16 % en 2003 (figure 3.32), mais on n'observe pas de changement pour les femmes dont le dernier test date de moins de un an (de 47 % à 46 %). Par contre, on note une légère augmentation pour celles dont le délai est plus long.
- Les femmes plus jeunes sont relativement plus nombreuses que les plus âgées à avoir passé le test de Pap dans un court laps de temps (moins de un an) : en 2003, c'est le cas de plus de la moitié des Québécoises de 20 à 34 ans (58 %) et de 35 à 44 ans (52 %), comparativement à 47 % des 45-64 ans, 28 % des 65-69 ans et 19 % des 70 ans et plus. En fait, la proportion des femmes ayant passé ce test depuis trois ans et plus s'élève avec l'âge, soit de 4,4 % chez les 20-34 ans à 39 % chez les 70 ans et plus, qui présentent d'ailleurs le plus fort pourcentage de femmes n'ayant jamais passé ce test (30 %).

Figure 3.32
Temps écoulé depuis le dernier test de Pap selon le groupe d'âge, population féminine de 20 ans et plus, Québec, 2003



Source : ESCC03PA.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

État de santé

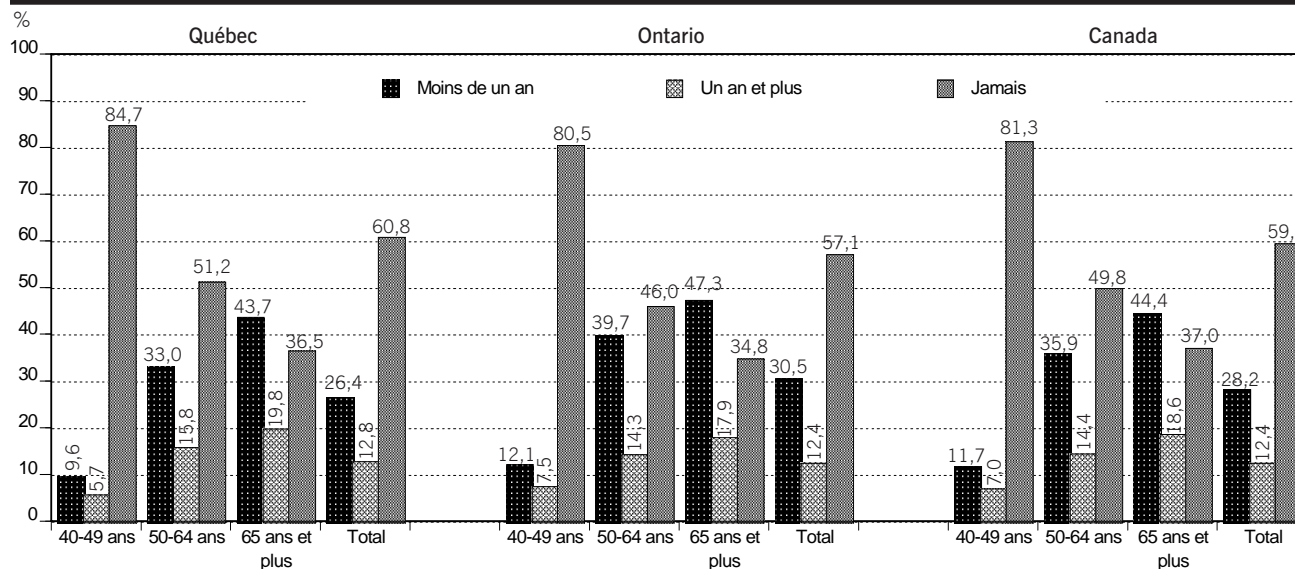
-

Test de l'antigène prostatique spécifique

Nous ne présentons que les données de 2000-2001, car l'information sur le test de l'antigène prostatique spécifique (APS) n'a pas été recueillie au Québec lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003.

Figure 3.33

Temps écoulé depuis le dernier test de l'antigène prostatique spécifique selon le groupe d'âge, population masculine de 40 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001



Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

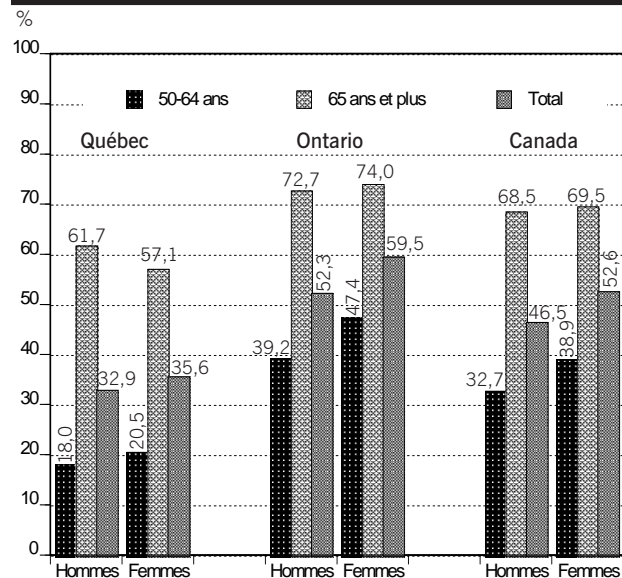
- Au Québec, en 2000-2001, environ quatre hommes sur dix parmi ceux de 40 ans et plus ont déjà passé le test de l'antigène prostatique spécifique. Dans l'ensemble, les Québécois sont relativement moins nombreux que les Ontariens à l'avoir fait (39,2 % contre 42,9 %), mais ils ne présentent pas de différence significative par rapport aux Canadiens (40,6 %).
- La proportion de Québécois n'ayant jamais subi le test de l'APS diminue nettement avec l'âge, passant de 85 % chez les 40-49 ans à 51 % chez les 50-64 ans et 37 % chez les 65 ans et plus (figure 3.33). Il en

est de même en Ontario et au Canada. Dans le groupe des 50-64 ans, les Québécois sont relativement moins nombreux que les Ontariens et les Canadiens à avoir passé le test de l'APS dans un délai inférieur à un an et ils tendent à l'être plus en ce qui concerne les délais plus longs. Les données ne permettent pas de détecter des écarts significatifs parmi les 65 ans et plus, dont les proportions affichent 44 % au Québec comme au Canada et 47 % en Ontario chez les hommes ayant passé le test de l'APS depuis moins de un an.

Vaccination contre l'influenza

Figure 3.34

Vaccination contre l'influenza au cours de la dernière année selon le sexe et le groupe d'âge, population de 50 ans et plus, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001

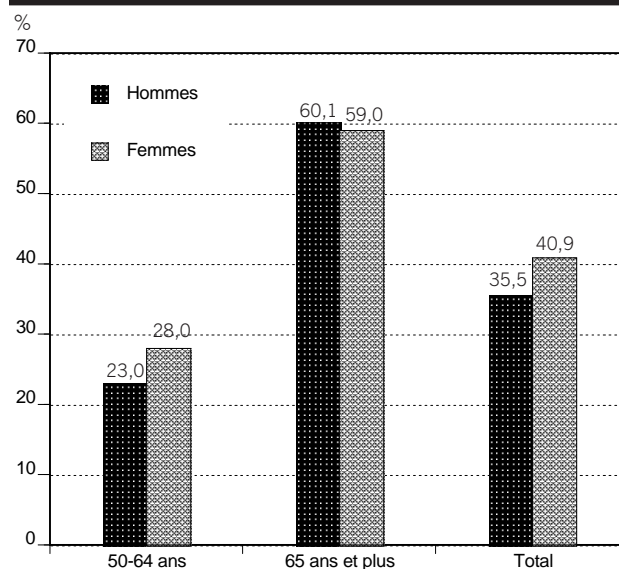


Source : ESCC00-01PU.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Figure 3.35

Vaccination contre l'influenza au cours de la dernière année selon le sexe et le groupe d'âge, population de 50 ans et plus, Québec, 2003



Source : ESCC03PA.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

- En 2000-2001, environ le tiers de la population québécoise de 50 ans et plus (34,4 %) déclare avoir reçu un vaccin antigrippal au cours de la dernière année¹². Cette proportion est toutefois nettement moins élevée que dans l'ensemble du Canada (49,8 %) et qu'en Ontario (56,2 %) où existe, depuis 2000, le Programme universel de vaccination contre la grippe. Par ailleurs, les écarts sont importants tant chez les femmes que chez les hommes, et chez les 50-64 ans que chez les 65 ans et plus (figure 3.34). La seule différence non significative sur le plan statistique concerne les hommes québécois de 65 ans et plus par rapport aux Canadiens du même âge.

- Au Québec, en 2003, la couverture vaccinale de la dernière année s'étend à 38,4 % de la population de 50 ans et plus, soit une tendance à la hausse¹³ par rapport à 2000-2001. Parmi les 50-64 ans, relativement plus de femmes que d'hommes déclarent s'être fait vacciner durant cette période, soit 28 % contre 23 % (figure 3.35). Chez les 65 ans et plus, il n'y a pas de différence significative entre hommes (60 %) et femmes (59 %). Il s'agit d'un accroissement notable par rapport à 1998, quand 38,2 % des 65 ans et plus ont été vaccinés au cours des 12 mois précédant l'enquête (Daveluy et collab., 2000 : 463).

12. Lors du cycle 1.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, la collecte des données sur la vaccination contre l'influenza n'a été effectuée qu'au dernier trimestre (de juin à août 2001), soit un quart de l'échantillon total.

13. La différence est statistiquement significative par rapport aux données de 2000-2001 tirées du fichier FMGD (34,4 %), mais elle ne l'est pas par rapport à celles du fichier de partage (35,7 %), peut-être du fait qu'une pondération particulière est appliquée aux données relatives à la variable « vaccination contre l'influenza » dans ce dernier fichier.

Espérance de vie en santé

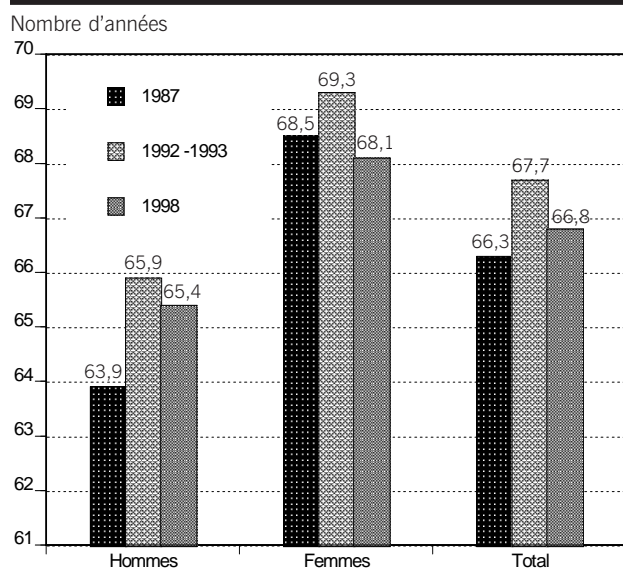
Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie, la mesure de la qualité de vie suscite de plus en plus d'intérêt comme indicateur de la santé globale de la population. C'est ainsi qu'au Québec, depuis la fin des années 1970, on calcule l'espérance de vie en santé (appelée aussi « espérance de vie en bonne santé » ou « espérance de santé ») qui permet de tenir compte de la qualité de vie des individus en fonction de leur état de santé. Comme le vieillissement accroît l'importance des pertes dues aux maladies chroniques et aux problèmes de santé, cet indicateur se fonde surtout sur la mesure de l'incapacité. En fait, il y a autant de définitions de l'espérance de vie en santé qu'il y en a de l'incapacité et de ses conséquences (limitation d'activités, perte d'autonomie fonctionnelle, dépendance, désavantage lié à l'incapacité, etc.). La variabilité de ces définitions et des modes de collecte de l'information pertinente affecte par ailleurs les comparaisons entre territoires et rend difficile l'interprétation des tendances dans le temps.

Le calcul de l'espérance de vie en santé, pour une période donnée, se fait à partir de l'espérance de vie totale dont on soustrait l'espérance de vie avec incapacité et l'espérance de vie en établissement de santé (Pageau et collab., 2001 : 328). Les taux de mortalité, d'incapacité et d'institutionnalisation servent respectivement à calculer ces types d'espérance de vie. Or, les taux d'incapacité sont généralement tirés d'enquêtes menées auprès de personnes habitant un logement privé (ménages privés). C'est pourquoi il faut aussi calculer une espérance de vie qui tienne compte des personnes vivant en établissement de santé¹⁴ dont on suppose qu'elles présentent une incapacité lourde. On mesure habituellement l'espérance de vie en santé à la naissance et à 65 ans.

Espérance de vie en bonne santé

Figure 3.36

Espérance de vie à la naissance en bonne santé¹ selon le sexe, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



1. L'espérance de vie en bonne santé (sans limitation d'activités) a été calculée selon la méthode de Sullivan en utilisant des taux de mortalité, des taux d'institutionnalisation et des données sur les limitations d'activités.

Sources : Tables de mortalité (périodes 1984-1988, 1989-1993 et 1994-1998); recensements de 1986, 1991 et 1996; ESQ87, ESS92-93 et ESS98. Données tirées de M. Pageau, R. Choinière, M. Ferland et Y. Sauvageau (2001), *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, p. 328, figure 1.

- Les données sur les limitations d'activités provenant de l'enquête *Santé Québec, 1987* ainsi que de l'*Enquête sociale et de santé* effectuée en 1992-1993 et en 1998 ont servi au calcul de « l'espérance de vie en bonne santé » à la naissance (Pageau et collab., 2001) relativement à chacune de ces années (figure 3.36). Les limitations considérées sont de courte et de longue durée (six mois et plus).
- Dans l'ensemble, l'espérance de vie à la naissance en bonne santé varie peu entre 1987 et 1998, soit de 66,3 ans à 66,8 ans. Cette espérance de vie est nettement plus faible chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit l'année observée. Les écarts se réduisent toutefois avec le temps, étant donné que l'espérance de vie en bonne santé s'accroît chez les hommes (de 1,4 année entre 1987 et 1998), tandis qu'elle diminue chez les femmes (de 0,4 année). Celles-ci risquent en effet plus que les hommes d'avoir une incapacité quelconque en raison de leur plus grande longévité.

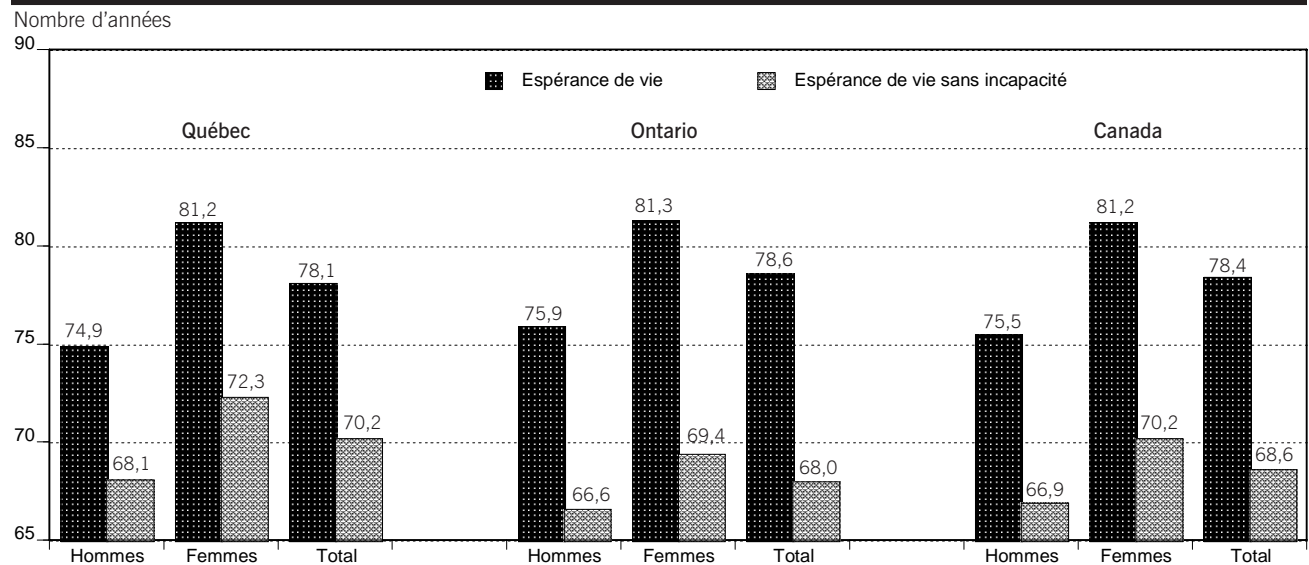
14. Il peut s'agir d'un hôpital général ou psychiatrique, d'un établissement pour handicapés physiques ou d'un centre de soins pour personnes âgées ou ayant une maladie chronique. Comme les établissements de santé ne représentent qu'une partie des logements collectifs, on tient aussi compte, dans certains cas, des résidences pour personnes âgées, ce qui permet de couvrir environ les deux tiers de la population habitant un logement collectif.

Espérance de vie sans incapacité

Parmi les indicateurs d'espérance de santé, l'espérance de vie sans incapacité semble être le plus utilisé. L'incapacité correspond à une limitation dans la capacité de réaliser certaines activités causée par un état ou un problème de santé de longue durée (six mois et plus). Selon la gravité du problème, on peut distinguer des incapacités légères, modérées ou graves.

Figure 3.37

Espérance de vie à la naissance et espérance de vie à la naissance sans incapacité¹ selon le sexe, Québec, Ontario et Canada, 1996



1. L'espérance de vie sans incapacité a été calculée selon la méthode de Sullivan à partir de données sur la mortalité (1995-1997), des réponses aux questions sur les limitations d'activités du Recensement de 1996 et des estimations de la population de 1996.

Sources : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, bases de données sur les naissances et les décès; estimations de la population (Division de la démographie) et Recensement de 1996 (échantillon à 20 %). Données tirées du *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois. Indicateurs et tendances* (2002), Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, septembre, p. 25, tableau 1.2.1, et de Statistique Canada, CANSIM, tableaux 102-0025 et 102-0019.

- La population du Québec, dont l'espérance de vie à la naissance est inférieure à celle de l'Ontario et du Canada, a cependant une espérance de vie sans incapacité plus élevée en 1996 (figure 3.37), tant chez les hommes que chez les femmes. La différence s'expliquerait surtout par la catégorie « incapacité légère »

qui représente plus d'années d'incapacité au Canada qu'au Québec (Wilkins, 1991). On constate d'ailleurs, lors des enquêtes sur la santé, que la proportion de la population déclarant des limitations d'activités de longue durée est moindre au Québec que dans les autres provinces canadiennes.

Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé

Présentée dans le *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé* (Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004), l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (EVAS) prend en compte huit attributs¹⁵ liés à la santé, ainsi que la gravité des problèmes rencontrés, pour déterminer la qualité de vie des années vécues par les individus dans les ménages privés. Ces données proviennent de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*.

Tableau 3.5

Espérance de vie à la naissance et à 65 ans ajustée en fonction de l'état de santé¹ selon le sexe, Québec, Ontario et Canada, 2000-2001

	À la naissance		À 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	Nombre d'années			
Québec	69,0	72,0	12,8	14,8
Ontario	68,2	70,1	12,7	13,9
Canada	68,3	70,8	12,7	14,4

1. L'espérance de vie ajustée selon l'état de santé (EVAS) a été calculée à partir de données sur la mortalité, d'un indice d'état de santé (établi en fonction de huit attributs et de la gravité des problèmes de santé) et de données sur l'hébergement dans un établissement de soins de longue durée ou une résidence pour personnes âgées.

Sources : Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, cycle 2, 1996-1997; Recensement de 2001; ESCCOO-01PU; tables de mortalité abrégées 2000-2001 et fichier des secteurs de dénombrement selon le tercile de revenu de 1996. Données tirées du *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé* (2004), Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, novembre, p. 69, tableaux 2.1 et 2.2.

- En 2000-2001, le Québec se situe favorablement par rapport à l'Ontario et au Canada lorsqu'on tient compte de la qualité de vie et non pas seulement du facteur de mortalité dans le calcul de l'espérance de vie à la naissance (tableau 3.5). À partir de 65 ans, cette position ressemble cependant à celles de l'Ontario et du Canada chez les hommes, tout en restant légèrement meilleure chez les femmes.
- Comme plusieurs autres études sur l'espérance de santé au Québec et au Canada (entre autres : Mayer et collab., 2002; Pampalon, 2002; Wilkins, 1991), l'analyse de l'EVAS souligne l'intérêt des différences observées selon le statut socioéconomique. Les résultats montrent généralement un écart significatif entre l'espérance de santé des groupes moins favorisés économiquement et celle des plus favorisés, à l'avantage de ces derniers, surtout pour ce qui est de l'espérance de santé à la naissance.

15. Ces attributs sont la vision, l'ouïe, l'élocution, la mobilité, la dextérité, le problème émotif, la cognition et les activités empêchées par la douleur.

Références

- CAMIRAND, J., J. AUBIN, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, C. FOURNIER, B. BEAUVAIS, R. TREMBLAY et collab. (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 516 p.
- DAVELLUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et collab. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p. et annexes.
- FLORES, J., M. DOUVILLE-FRADET, L. CÔTÉ, M. GUAY et collab. (2003). *Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque, 2001-2002*, Montréal, Institut de la statistique du Québec et Institut national de santé publique du Québec, 80 p.
- LEDoux, M. (2003). « Pourquoi de nouvelles normes de poids! », *Travail et santé*, vol. 19, n° 4, décembre, p. 55-56.
- MAYER, F., N. ROSS, J.-M. BERTHELOT et R. WILKINS (2002). « Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 4, juillet, p. 53-66 (Statistique Canada, cat. n° 82-003).
- NOLIN, B., D. PRUD'HOMME, G. GODIN, D. HAMEL et collab. (2002). *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec, 137 p.
- PAGEAU, M., R. CHOINIÈRE, M. FERLAND et Y. SAUVAGEAU (2001). *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 432 p.
- PAMPALON, R. (2002). *Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998*, note de recherche, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 11 p. (document électronique).
- PÉREZ, C. E. (2002). « Consommation de fruits et de légumes », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 3, mars, p. 25-34 (Statistique Canada, cat. n° 82-003).
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, novembre, 102 p.
- WILKINS, R. (1991). « Espérance de vie en santé au Québec et au Canada en 1986 », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 20, n° 2, automne, p. 367-382.

Constatations principales

- En 2000-2001, les personnes de 15 ans et plus ont une perception plus positive de leur état de santé au Québec qu'en Ontario et au Canada, puisqu'elles sont plus nombreuses en proportion à s'estimer en excellente santé (28 %) et moins à évaluer leur santé comme « passable ou mauvaise » (11 %). Par ailleurs, 30 % des personnes de 18 ans et plus disent vivre un niveau élevé de stress dans leur vie quotidienne, soit davantage qu'en Ontario et au Canada. La plus forte proportion revient aux adultes de 25 à 44 ans (36 %).
- Presque tous les problèmes de santé considérés sont déclarés par une plus grande proportion de la population en 1998 qu'en 1987. Parmi ceux qu'on retient en 2000-2001, la prévalence la plus forte concerne les allergies autres qu'alimentaires (24 % des 15 ans et plus). En 2000-2001, plus de femmes que d'hommes, en proportion, ont consulté un médecin généraliste ou spécialiste au cours des 12 derniers mois, soit près de 9 sur 10 contre 7 sur 10 parmi les 12 ans et plus.
- En 2000-2001, les limitations d'activités affectent 20 % de la population de 15 ans et plus, soit 18 % des hommes et 22 % des femmes, ce qui est moins élevé qu'en Ontario et au Canada. Il en est de même des limitations d'activités à la maison (12 % des hommes et 17 % des femmes) et des limitations dues à une blessure (respectivement 13 % et 9 % parmi les 12 ans et plus).
- La proportion des personnes de 20 à 64 ans ayant un excès de poids (embonpoint et obésité) augmente entre 1987 (36 %) et 2003 (48 %). En 2000-2001, les proportions des hommes (53 %) et des femmes (37 %) sont toutefois inférieures à celles qu'on observe en Ontario et au Canada. Par ailleurs, 42 % des personnes de 12 ans et plus consomment quotidiennement cinq portions et plus de fruits et de légumes, proportion plus élevée chez les femmes (48 %) que chez les hommes (36 %), et plus élevée au Québec qu'en Ontario et au Canada.
- Après avoir diminué de 1987 à 1992-1993, la proportion de fumeurs actuels (réguliers et occasionnels) parmi les 15 ans et plus se maintient en 1998 (34 %) et baisse de nouveau en 2000-2001 (30 %). En 2000-2001, cette proportion est plus élevée au Québec qu'en Ontario et au Canada, tout comme celle de l'exposition à la fumée secondaire chez les non-fumeurs de 12 ans et plus.
- En faible hausse depuis 1992-1993, la proportion de buveurs actuels parmi les 15 ans et plus atteint 83 % au Québec en 2000-2001, soit 87 % des hommes et 80 % des femmes. Cette proportion dépasse celles qu'on observe en Ontario et au Canada. Le Québec compte aussi, en proportion, plus de personnes ayant pris de un à six verres d'alcool au cours des sept derniers jours, mais moins de buveurs ayant une consommation élevée d'alcool (cinq verres et plus en une même occasion au moins une fois par mois) par rapport aux Canadiens.
- En 2000-2001, 55 % de la population québécoise pratique régulièrement une activité physique de loisir, et davantage les hommes (57 %) que les femmes (53 %). Par ailleurs, selon l'intensité de l'activité, 41 % sont classés parmi les actifs, soit 46 % des hommes et 37 % des femmes. Ces proportions sont toutefois inférieures à celles qu'on observe en Ontario et au Canada parmi la population de 12 ans et plus.

- En 2000-2001, 66 % des Québécoises de 35 ans et plus ont déclaré avoir déjà passé une mammographie et 80 % des 20 ans et plus, le test de Pap. Ces proportions se sont légèrement accrues en 2003 (respectivement 69 % et 84 %). Par ailleurs, en 2000-2001, 39 % des hommes de 40 ans et plus déclarent avoir déjà passé le test de l'antigène prostatique spécifique. En 2003, près de 4 personnes sur 10 chez les 50 ans et plus, mais environ 6 sur 10 chez les 65 ans et plus, déclarent avoir reçu un vaccin contre la grippe au cours de la dernière année.
- En 1987, en 1992-1993 et en 1998, l'espérance de vie à la naissance en bonne santé est plus élevée pour les Québécoises que pour les Québécois, mais les écarts se réduisent avec le temps (Pageau et collab., 2001). En 2000-2001, l'espérance de vie à la naissance, ajustée en fonction de l'état de santé, est de 72 ans pour les femmes et de 69 ans pour les hommes, soit plus qu'en Ontario et au Canada (Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Cela tient surtout à la proportion plus faible de personnes déclarant des limitations d'activités au Québec.