LA LANGUE, DÉTERMINANT DE L'ÉTAT DE SANTÉ
ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Quelques habitudes de vie et indicateurs de santé des anglophones du Québec

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec

Quelques habitudes de vie et indicateurs de santé des anglophones du Québec

Vice-présidence aux affaires scientifiques

Juillet 2013

Institut national
de santé publique
Québec

AUTEURS

Marie-Hélène Lussier, agente de planification, de programmation et de recherche
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Normand Trempe, chargé de projet
Vice-présidence aux affaires scientifiques

MISE EN PAGES

Hélène Fillion, Agente administrative
Vice-présidence aux affaires scientifiques

REMERCIEMENTS

Cette analyse est produite dans le cadre des « Projets pour la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire », projet financé à l'Institut national de santé publique du Québec par le Réseau communautaire en santé et services sociaux (RCSSS), dans le cadre du « Programme de contribution pour les langues officielles en santé » de Santé Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : http://www.inspq.qc.ca.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 3e TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-62942-9 (PDF [set])
ISBN : 978-2-550-68755-9 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

RÉSUMÉ

Dans le cadre d'un projet visant à analyser l'état de santé des anglophones du Québec, leurs habitudes de vie et certains indicateurs liés à leur état de santé sont examinés par territoire de résidence et comparés avec ceux des francophones. Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) des cycles 2003, 2007-2008 et 2009-2010 et une attention particulière est portée aux données les plus récentes.

Les résultats montrent peu de différences statistiquement significatives entre les habitudes de vie et les indicateurs d'état de santé des anglophones et des francophones, peu importe le cycle d'enquête ou le territoire de résidence. Parmi les quelques écarts significatifs, notons que les anglophones consomment moins de fruits et de légumes et présentent plus souvent un surplus de poids que les francophones, mais ils sont moins sédentaires que ces derniers. Leur sentiment d'appartenance à la communauté est aussi plus fort que celui des francophones.

L'échantillon anglophone de l'enquête est relativement petit et ceci réduit la puissance statistique, ce qui explique en partie pourquoi les deux groupes linguistiques ne se distinguent pas souvent l'un de l'autre. La population anglophone du Québec pourrait sûrement bénéficier d'une enquête sur la santé d'une plus grande envergure où le nombre de répondants serait plus élevé. Ceci permettrait d'obtenir des résultats statistiques plus robustes et de vérifier avec plus de fiabilité si la population anglophone se distingue de la population francophone en termes d'habitudes de vie et autres indicateurs d'état de santé et ainsi identifier des interventions plus spécifiques qui leur seraient destinées.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ..... **V**

LISTE DES FIGURES ..... **VII**

INTRODUCTION **1**

1 MÉTHODOLOGIE **3**

1.1 La source de données et les périodes 3
1.2 La langue 3
1.3 Les territoires étudiés 3
1.4 Nombre de répondants 4
1.5 Les indicateurs retenus 5
1.6 Notes méthodologiques et limites 6
1.7 Comparabilité 7
1.8 Tests statistiques 7

2 RÉSULTATS **9**

2.1 Habitudes de vie 9
2.2 Quelques indicateurs de santé 12

CONCLUSION **17**

RÉFÉRENCES **19**

ANNEXE 1 NOMBRE DE RÉPONDANTS SELON LA LANGUE MATERNELLE, ESCC **21**

ANNEXE 2 DESCRIPTION DES INDICATEURS RETENUS **25**

ANNEXE 3 COMPARABILITÉ DES DONNÉES **31**

ANNEXE 4 INDICATEURS DE L'ESCC CHEZ LES ANGLOPHONES ET FRANCOPHONES ET COMPARAISONS STATISTIQUES ENTRE LES GROUPES LINGUISTIQUES *SELON LA RÉGION DE RÉSIDENCE*, 2003, 2007-2008 ET 2009-2010 ..... **37**

ANNEXE 5 RÉSULTATS ET INTERVALLES DE CONFIANCE PAR LANGUE MATERNELLE (TOTAL, FRANÇAIS, ANGLAIS ET AUTRE), 2003, 2007-2008 ET 2009-2010 ..... **43**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Nombre de répondants à l'ESCC selon le territoire de résidence, langue maternelle anglaise et française, 2003, 2007-2008 et 2009-2010 5

Tableau 2 Indicateurs d'habitudes de vie et d'état de santé de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons entre les deux groupes, ensemble du Québec, 2003, 2007-2008 et 2009-2010 9

Tableau 3 Indicateurs d'état de santé de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons entre les deux groupes, ensemble du Québec, 2003, 2007-2008 et 2009-2010 13

Tableau 4 Nombre total de répondants à l'ESCC selon la langue maternelle et le territoire de résidence, 2003, 2007-2008 et 2009-2010 23

Tableau 5 Tableau synthèse de comparabilité des variables (entre les cycles 2.1 et 4.1) selon l'Infocentre de santé publique du Québec 33

Tableau 6 Indicateurs de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons entre les deux groupes, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, RMR Montréal 39

Tableau 7 Indicateurs de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons entre les deux groupes, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, autres RMR 40

Tableau 8 Indicateurs de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons entre les deux groupes, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, hors RMR 41

Tableau 9 Résultats et intervalles de confiance par langue maternelle, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, ensemble du Québec 45

Tableau 10 Résultats et intervalles de confiance par langue maternelle, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, RMR de Montréal 47

Tableau 11 Résultats et intervalles de confiance par langue maternelle, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, autres RMR 49

Tableau 12 Résultats et intervalles de confiance par langue maternelle, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, hors RMR 51

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Illustration géographique des territoires étudiés : RMR de Montréal, autres RMR (Québec, Sherbrooke, Trois-Rivières, Saguenay, Gatineau), et reste du Québec (hors RMR) 4

Figure 2 Indicateurs d'habitudes de vie de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons statistiques entre les deux groupes, RMR de Montréal, autres RMR et hors RMR, 2009-2010 10

Figure 3 Indicateurs d'état de santé de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons statistiques entre les deux groupes, RMR de Montréal, autres RMR et hors RMR, 2009-2010 14

INTRODUCTION

Cette analyse s'inscrit dans une initiative d'amélioration des connaissances de la santé de la population anglophone du Québec. Le projet est mené par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en collaboration avec le RCSSS (Réseau communautaire de santé et de services sociaux) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et a pour objectif d'analyser l'état de santé sous différents angles : par exemple, la situation socioéconomique, qui est un déterminant de l'état de santé, de même que l'accès aux soins et services, qui est étudié par le biais de la mortalité évitable et des taux d'hospitalisation pour conditions propices aux soins ambulatoires. Le présent rapport explore un autre aspect important de la santé soit les habitudes de vie et quelques indicateurs de santé tirés de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'examen des habitudes de vie est important pour la planification sociosanitaire puisque ça permet de prévoir des risques qui pourraient peser sur la santé de la population dans l'avenir. Certains autres indicateurs corrélés avec l'état de santé sont également examinés dans ce rapport, comme la perception de la santé et les limitations d'activité; ils permettent de jeter un regard plus immédiat sur l'état actuel de santé de ces communautés.

Cette analyse est la première à dresser un portrait de la santé de la population de langue maternelle anglaise du Québec à partir de données d'enquête. Dans le contexte canadien, les anglophones du Québec sont une communauté de langue officielle en situation minoritaire, comme les francophones résidant à l'extérieur du Québec. Il a été démontré que les groupes minoritaires peuvent présenter des résultats divergents de celui des groupes majoritaires en ce qui a trait aux indicateurs d'état de santé, par exemple la perception de la santé (Bélanger et collab., 2011; Bouchard et collab., 2009). Dans ce contexte, il est important d'évaluer si les anglophones du Québec adoptent des comportements de santé différents de ceux des francophones québécois.

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 LA SOURCE DE DONNÉES ET LES PÉRIODES

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 (cycle 2.1), 2007-2008 (cycle 4.1) et 2009-2010. L'ESCC est une enquête transversale par échantillon et est menée par Statistique Canada.

1.2 LA LANGUE

Nous utilisons la variable « langue maternelle » pour identifier l'appartenance à la communauté anglophone ou francophone. Il s'agit de la première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par l'individu, et le code de cette variable pour l'ESCC est SDCDFL1. La langue maternelle se rapproche plus de l'identité culturelle et ethnique de l'individu et de ses ancêtres que la langue parlée à la maison ou au travail, ou que la première langue officielle parlée, et elle est ici considérée comme un déterminant de l'état de santé ou comme un facteur agissant sur d'autres déterminants. Dans le reste de ce document, l'utilisation des termes « francophones » et « anglophones » référera toujours à la langue maternelle.

1.3 LES TERRITOIRES ÉTUDIÉS

Aux fins de l'analyse, le Québec a été divisé en trois grandes zones géographiques : la région métropolitaine de recensement (RMR) de Montréal, la somme des cinq autres régions métropolitaines (Québec, Trois-Rivières, Sherbrooke, Saguenay et Gatineau) qui seront désignées par « autres RMR » et le reste du Québec. Ce dernier regroupement est composé de tous les villages, villes et zones rurales n'appartenant pas à une région métropolitaine et est désigné par l'appellation « territoires hors RMR » ou « régions non métropolitaines ». Ces regroupements géographiques sont requis parce que les effectifs de population anglophone sont insuffisants dans de nombreuses régions du Québec pour réaliser des analyses thématiques qui sont fiables au niveau statistique. La figure 1 cartographie les territoires de résidence étudiés. Rappelons que les régions métropolitaines de recensement (RMR) sont des unités géographiques utilisées par Statistique Canada. Elles correspondent à un territoire formé d'une ou de plusieurs municipalités voisines les unes des autres qui sont situées autour d'un grand noyau urbain. Une RMR doit avoir une population d'au moins 100 000 habitants et le noyau urbain doit compter au moins 50 000 habitants (Statistique Canada, 2008).

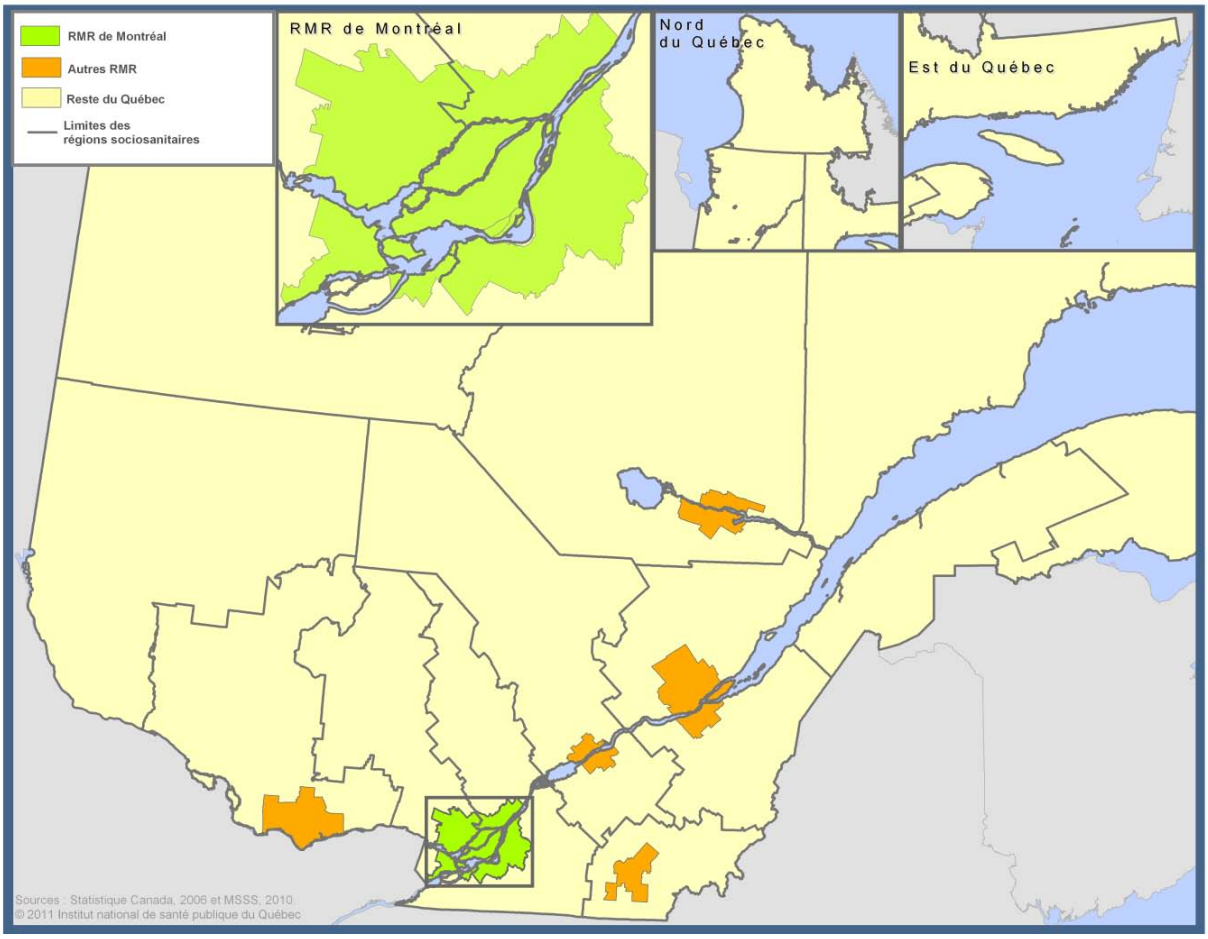

Figure 1 Illustration géographique des territoires étudiés : RMR de Montréal, autres RMR (Québec, Sherbrooke, Trois-Rivières, Saguenay, Gatineau), et reste du Québec (hors RMR)

1.4 NOMBRE DE RÉPONDANTS

Un des objectifs principaux de l'ESCC est de produire des estimations fiables pour les 117 régions sociosanitaires (RS) canadiennes. Avant 2007, la collecte de données était effectuée à chaque deux ans et l'échantillon était de 130 000 personnes à l'échelle canadienne. Depuis 2007, la collecte se fait de façon continue avec un échantillon annuel de 65 000 personnes. Les habitants des réserves indiennes et des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les habitants de certaines régions éloignées sont exclus de la base de sondage de l'ESCC, mais ces populations ne comptent que pour 2 % de la population canadienne (Statistique Canada, 2011).

Le tableau 1 présente la répartition du nombre de répondants selon le territoire de résidence du Québec et la langue pour les trois cycles étudiés.

Tableau 1 Nombre de répondants à l'ESCC selon le territoire de résidence, langue maternelle anglaise et française, 2003, 2007-2008 et 2009-2010[1]

	Ensemble du Québec		RMR Montréal		Autres RMR		Hors RMR	
	Anglais	Français	Anglais	Français	Anglais	Français	Anglais	Français
2003	**1 834**	**23 368**	619	4 998	456	6 436	759	11 934
2007-2008	**1 390**	**20 775**	716	4 815	219	4 764	455	11 196
2009-2010	**1 289**	**19 539**	638	4 997	250	4 968	401	9 574

L'échantillonnage d'une enquête de l'amplitude de l'ESCC est un processus complexe devant respecter plusieurs critères et n'est pas nécessairement proportionnel à la répartition régionale de la population. Comme la production d'estimations fiables pour chaque région sociosanitaire (RS) est un des objectifs principaux de l'ESCC, les régions sociosanitaires peu peuplées sont surreprésentées par rapport à leur poids réel à l'intérieur de la province. C'est la raison pour laquelle on retrouve un nombre de répondants plus élevé pour l'ensemble des régions non métropolitaines (hors RMR), qui regroupe plusieurs RS, que dans la RMR de Montréal ou dans les autres RMR où le nombre de RS concerné est moins élevé. Par contre, les résultats finaux sont pondérés selon la taille réelle de la population par RS.

En outre, le nombre moindre de répondants anglophones dans les autres RMR entraîne inévitablement une diminution de la robustesse statistique pour ce territoire de résidence. Les proportions et les tests d'écart présentant des coefficients de variation élevés sont identifiés dans les tableaux et les graphiques.

1.5 LES INDICATEURS RETENUS

Les indicateurs sélectionnés sont des déterminants reconnus de l'état de santé. En raison de l'analyse fine par groupe linguistique et par territoire, les indicateurs dont la prévalence globale est inférieure à 5 % ont été exclus car la puissance statistique est trop faible lorsque ventilés selon les différentes catégories. Les indicateurs présentant un taux de non réponse partielle élevé, ou des coefficients de variation trop élevés ont également été exclus.

Quatorze (14) indicateurs ont finalement été retenus, six (6) pour l'analyse des habitudes de vie et huit (8) pour l'analyse des autres indicateurs de santé (une description détaillée est disponible à l'annexe 2).

Les indicateurs pour l'analyse des habitudes de vie sont :

- Consommation abusive d'alcool
- Faible consommation de fruits et légumes (moins de cinq fois par jour)
- Tabagisme
- Surplus de poids

[1] Le nombre de répondants allophones, bilingues et le total est disponible au tableau 3 à l'annexe 1.

- Sédentarité pendant les activités de loisirs
- Présence de deux facteurs de risque ou plus (parmi les 5 précédents)

Les autres indicateurs de santé sont :

- Problèmes de santé modérés ou graves
- Limitations d'activités
- Perception de l'état de santé comme étant passable ou mauvais
- Perception de la santé dentaire comme étant passable ou mauvaise
- Faible appartenance à la communauté
- Faible soutien émotionnel ou informationnel
- Deux maladies chroniques ou plus chez les 40 ans et plus
- Détresse psychologique élevée

1.6 NOTES MÉTHODOLOGIQUES ET LIMITES

L'ESCC est une enquête à participation volontaire. Un facteur d'ajustement est appliqué aux poids des ménages répondants pour compenser pour la non-réponse de certains autres ménages.

Comme l'ESCC est une enquête sur les ménages, les individus qui ont potentiellement le plus de problèmes de santé, soit les résidents des établissements de santé, sont exclus de l'enquête.

De récentes études ont montré que l'embonpoint seul (sans obésité) ne serait pas nuisible pour la santé et pourrait même être protecteur, surtout chez les personnes âgées (Orpana et collab., 2009; Janssen, 2007; Santé Canada, 2003). Nous avons toutefois opté pour présenter le *surplus de poids* (embonpoint + obésité) car l'obésité seule n'aurait pas permis de calculer des estimations suffisamment robustes pour les anglophones.

La maladie « bronchite chronique » est exclue du calcul de l'indicateur *Deux maladies chroniques et plus* pour 2007-2008 mais incluse en 2009-2010, ce qui introduit un léger biais dans la comparabilité des données entre les deux cycles[2].

La variable *Problèmes de santé modérés et graves* a été calculée à partir du *Health Utility Index (HUI) Mark 3*, dont la valeur varie entre - 0,36 (état de santé pire que la mort) à 1 (parfaite santé). Selon Feeny (2007), Feeny et Furlong (2002) et Feng et collab. (2009), une personne a des problèmes de santé fonctionnelle modérés ou sérieux si elle obtient un score inférieur à 0,89. Toutefois, d'autres sources utilisent le seuil de 0,80 mais puisque l'utilisation de ce seuil exclurait plus d'anglophones et réduirait la fiabilité statistique, nous avons opté pour le seuil de 0,89.

[2] Voir la note méthodologique sur la bronchite chronique à l'annexe 2 pour de plus amples explications.

L'Institut de la statistique du Québec (ISQ) recommande une analyse plus approfondie lorsqu'un indicateur présente un taux de non réponse partielle supérieur à 10 %. Ceci survient à quelques reprises, dans chaque cas pour les anglophones et dans les territoires hors RMR. Les cas où la non réponse partielle est supérieure à 10 % sont identifiés par le symbole : ^^. Les indicateurs concernés étaient *Deux facteurs de risque et plus* et *Faible soutien informationnel ou émotionnel*. Nous avons croisé les résultats par groupes d'âge : 12-44; 45-64 et 65 ans et plus et par sexe. L'analyse plus détaillée concernant ces quelques cas de non réponse partielle élevée est disponible à l'annexe 4, tableau 9.

1.7 COMPARABILITÉ

Certaines préoccupations existent quant à la comparabilité des données de l'ESCC entre les cycles au niveau provincial et régional, ainsi qu'au niveau régional à l'intérieur d'un même cycle. La comparabilité des données peut être affectée de trois façons principales : du fait que les échantillons des différents cycles ne sont pas répartis dans les mêmes proportions entre la base aréolaire et téléphonique; que les proportions des entrevues réalisées en personne et par téléphone ne sont pas les mêmes d'un cycle à l'autre; et que des variations sont introduites aux questions ou aux choix de réponses pour la même variable d'un cycle à l'autre.

Par exemple, certains facteurs tels l'*obésité* et *l'activité physique* sont sous-estimés lorsque l'entrevue se fait par téléphone comparativement à l'entrevue faite en personne (St-Pierre et Béland, 2004). Ce biais peut varier selon le cycle étant donné que pour l'ESCC de 2003, 27 % des entrevues ont été réalisées en face-à-face, en 2005 la proportion se situe à 33 % (Plante et collab., 2010), en 2007-2008 cette proportion est montée à 45 % (ISQ et collab., 2011) puis s'est relativement stabilisée à 47 % en 2009-2010 (Statistique Canada, 2011). Il a aussi été démontré que le biais d'autodéclaration est présent pour la prévalence des *problèmes de santé chroniques*, qui tend elle aussi à être sous-estimée (Feng, 2009).

Des outils ainsi que des documents méthodologiques sont disponibles pour la comparaison entre les cycles 1.1 (2000-2001) à 4.1 (2007-2008) mais ces informations ne sont pas encore disponibles pour le cycle 2009-2010 (Plante et collab. 2010; ISQ, 2010; ISQ et collab., 2011; PHIRN, 2012). La quasi-totalité des variables présentées dans ce rapport ne sont pas comparables entre le cycle 2.1 (2003) et 4.1 (2007-2008). Il est important d'être vigilant dans l'interprétation de données entre les cycles et les régions, et nous vous invitons à consulter l'annexe 3 qui synthétise les résultats de comparabilité en lien avec nos indicateurs.

1.8 TESTS STATISTIQUES

Les données d'enquêtes présentent une part de variabilité liée au fait qu'elles sont issues d'échantillons. En général, plus l'échantillon est petit, plus la variabilité est grande. Le recours aux tests statistiques de différences permet de comparer les données d'enquêtes, dans ce cas-ci entre les groupes linguistiques de la population, en tenant compte de la variabilité des estimations.

Les tests statistiques qui portaient sur l'écart entre les deux groupes linguistiques ont été effectués à partir des proportions ajustées. Par contre, ce sont les proportions brutes qui sont présentées dans les tableaux. La population de référence pour la standardisation est le Québec en 2001. Les résultats des tests statistiques de comparaison entre les groupes linguistiques sont illustrés par des couleurs : les cases rouges indiquent une différence significative qui est défavorable aux anglophones alors que les cases vertes indiquent une différence qui leur est favorable. Les cases jaunes signifient qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes. Les cases transparentes ou blanches signifient que le test n'a pas être effectué[3] ou que la donnée n'était pas disponible pour une des deux proportions.

Pour les comparaisons entre les territoires, les proportions sont considérées différentes si les intervalles de confiance ne se chevauchent pas. Les écarts statistiques entre les territoires ne sont pas illustrés dans les tableaux et graphiques, il faut se référer à l'annexe 5 qui présente les résultats détaillés avec intervalles de confiance.

Quant aux comparaisons temporelles, elles ne sont pas recommandées compte tenu du peu de variables comparables entre les cycles (voir annexe 3). Ainsi, les résultats des tests statistiques de différence temporelle ne sont pas affichés.

[3] Nous avons choisi de ne pas effectuer de test statistique de comparaison lorsqu'au moins une des deux valeurs concernées présentait un coefficient de variation supérieur à 33 %.

2 RÉSULTATS

Les résultats sont présentés par thématique. Par ailleurs, en raison des problèmes de puissance statistique, les données sont présentées pour l'ensemble du Québec pour les trois cycles, mais seulement pour le cycle 2009-2010 pour les comparaisons régionales. Les estimations régionales des cycles précédents sont cependant disponibles en annexe. Dans les deux cas, ce sont les tests de comparaison entre les deux groupes linguistiques qui sont présentés. Toutefois, les cinq annexes sont riches en données supplémentaires qui ne sont pas présentées dans le corps du texte dont : la comparaison entre les groupes linguistiques selon le territoire de résidence pour les trois cycles (annexe 4), et les résultats complets avec intervalles de c onfiance pour les anglophones, francophones, allophones et le total des langues pour tous les territoires et les cycles (annexe 5).

2.1 HABITUDES DE VIE

Tableau 2 Indicateurs d'habitudes de vie et d'état de santé de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons entre les deux groupes, ensemble du Québec, 2003, 2007-2008 et 2009-2010[4]

		2003	2007-2008	2009-2010
Consommation abusive d'alcool[c]	A	16,9	17,7	17,1
	F	17,4	18,7	20,1
Faible consommation de fruits et légumes[c]	A	56,5	51,5	51,6
	F	54,8	46,8	46,9
Tabagisme[c]	A	27,8	21,8	24,3
	F	26,7	25,2	23,7
Surplus de poids	A	48,9	48,4	55,2
	F	47,1	47,8	50,3
Sédentarité pendant les activités de loisirs[c]	A	20,3	21,6	18,7
	F	25,9	25,4	23,7
Deux facteurs de risque ou plus (sédentarité pendant les loisirs)[c]	A	^ 55,3	^ 53,4	^ 53,3
	F	^ 55,9	^ 52,5	^ 53,3

Résultat ***défavorable*** aux anglophones lorsque comparé à celui des francophones.
Peu de différence entre le résultat des anglophones et des francophones.
Résultat ***favorable*** aux anglophones lorsque comparé à celui des francophones.

A : Anglophones.

F : Francophones.

^ Non réponse partielle entre 5 % et 10 %.

[c] Ces indicateurs ne sont pas comparables entre 2003 (cycle 2.1) et 2007-2008 (cycle 2007-2008). L'étude de la comparabilité pour le cycle 2009-2010 n'est pas encore disponible. Se référer à l'annexe 3 pour plus de détails.

[4] La vigilance est de mise pour la comparaison entre les cycles car un seul indicateur d'habitude de vie est comparable entre 2003 et 2007-2008, soit le surplus de poids. L'étude de la comparabilité pour le cycle 2009-2010 n'est pas encore disponible.

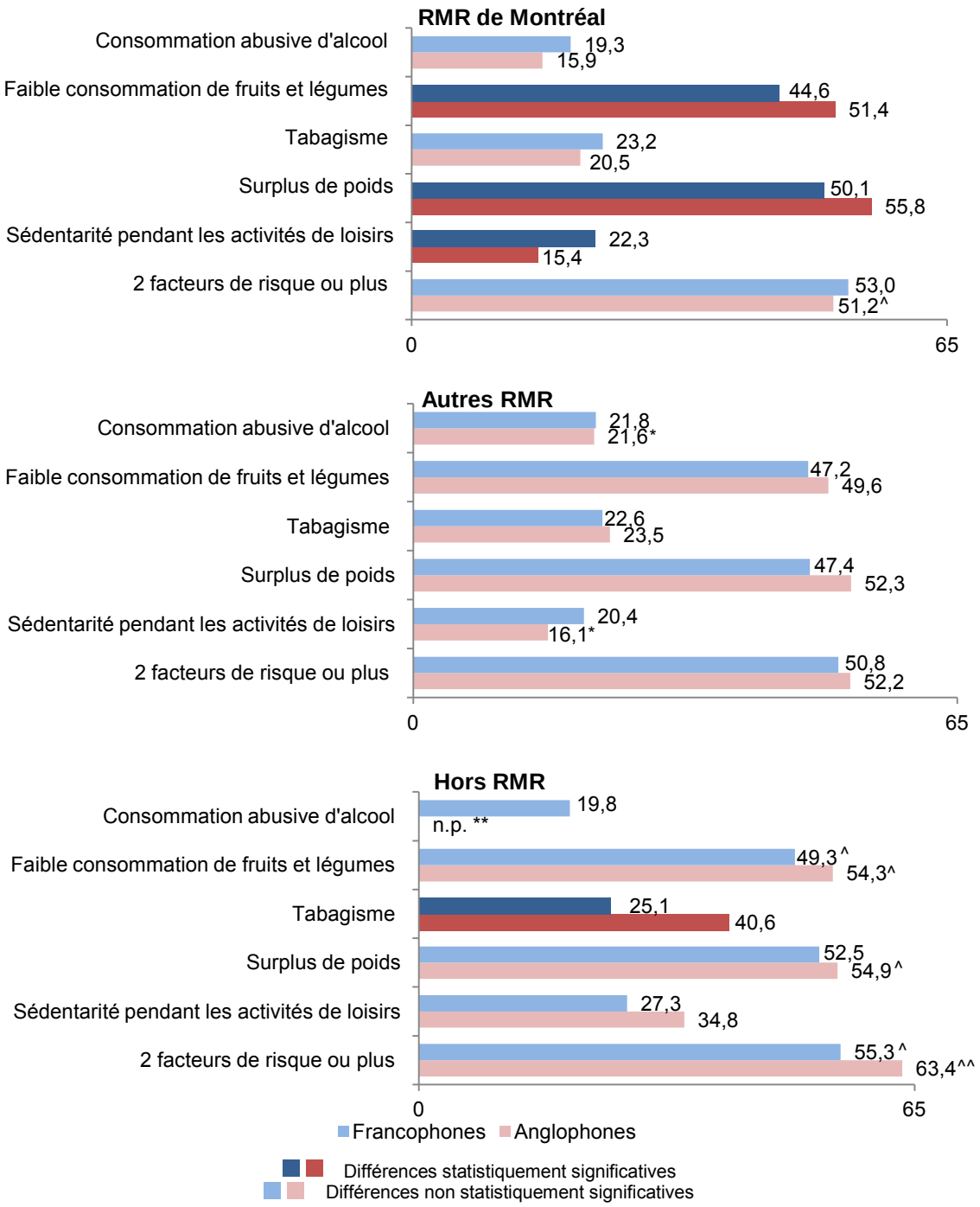

Figure 2 **Indicateurs d'habitudes de vie de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons statistiques entre les deux groupes, RMR de Montréal, autres RMR et hors RMR, 2009-2010**

^ Non réponse partielle entre 5 % et 10 %.

^^ Non réponse partielle supérieure à 10 % : analyser avec prudence. Voir note de bas de page à l'annexe 4, tableau 7.

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33, 3 %. Interprétez avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. Donnée non présentée.

La **consommation abusive d'alcool** correspond à cinq consommations ou plus d'alcool en une même occasion au moins 12 fois au cours d'une année. Chez les anglophones du Québec elle est restée stable autour de 17 % depuis 2003. Elle ne se distingue pas de celle observée chez les francophones peu importe le territoire.

Il est reconnu qu'une saine alimentation intégrant une consommation importante de fruits et légumes contribue à diminuer l'incidence de plusieurs problèmes de santé dont certains cancers, les maladies cardiovasculaires (MCV), le diabète de type 2, l'obésité et l'ostéoporose (OMS, 2004). **La faible consommation de fruits et de légumes est plus élevée chez les anglophones (52 %) que chez les francophones (47 %) en 2007-2008 et 2009-2010**. Cette tendance est également observée dans la RMR de Montréal. Ce constat s'avère un des faits les plus marquants dans la comparaison des habitudes de vie entre anglophones et francophones du Québec.

La proportion de fumeurs est de 24 % chez les anglophones selon les données de 2009-2010 pour l'ensemble du Québec. Le tabagisme chez les anglophones ne se distingue pas de celui des francophones, à l'exception des territoires hors RMR, où 41 % des anglophones vivant dans ces territoires seraient des fumeurs, comparativement à 25 % chez les francophones, ce qui constitue la plus grande différence entre les groupes linguistiques en 2009-2010. Bien que significative sur le plan statistique, cette différence devrait être interprétée avec prudence puisqu'elle se démarque énormément non seulement de ce qui est observé dans les autres territoires et dans l'ensemble du Québec, mais également de la proportion de fumeurs anglophones observée dans les régions non métropolitaines aux deux cycles précédents (voir annexe 4, tableau 7)[5].

Le taux grandissant d'obésité est souvent montré du doigt comme un problème de santé publique majeur aux répercussions néfastes multiples et notamment une embûche aux progrès de la santé cardiovasculaire (Lamontagne et collab., 2011). En 2009-2010, **plus d'anglophones (55 %) que de francophones (50 %) présentent un surplus de poids** à l'échelle du Québec. Entre 2003 et 2007-2008, la proportion était restée pratiquement stable à 48 % et similaire chez les deux groupes linguistiques (le surplus de poids est un des indicateurs qui est comparable entre 2003 et 2007-2008). Le surplus de poids des anglophones se démarque également de celui des francophones dans la RMR de Montréal, mais pas dans les autres territoires.

La sédentarité est associée avec un risque accru de plusieurs problèmes de santé, en particulier ceux de nature cardiovasculaire et musculosquelettique. La pratique de l'exercice physique réduit également le risque de développer certains cancers et le diabète de type 2 (OMS, 2002). **Les anglophones se distinguent avec une plus faible proportion de sédentaires comparativement aux francophones, soit autour de 1 anglophone sur 5 comparativement à 1 francophone sur 4.** Cette proportion diminue à 15 % seulement d'anglophones sédentaires dans la RMR de Montréal, ce qui est 7 points de moins que la proportion observée chez les francophones. Par contre, les anglophones vivant dans les territoires hors RMR se distinguent des autres anglophones avec une proportion de sédentaires atteignant 35 %.

[5] Il pourrait y avoir ici un biais d'échantillon dont nous ignorons la nature.

L'indicateur **deux facteurs de risque et plus** est obtenu en combinant les cinq principaux indicateurs d'habitudes de vie : consommation abusive d'alcool, faible consommation de fruits et de légumes, tabagisme, surplus de poids et sédentarité. Un peu plus de la moitié des anglophones du Québec présentent deux facteurs de risque et plus (53 %), ce qui est exactement la même proportion que celle enregistrée par les francophones.

Bilan des habitudes de vie

L'analyse des habitudes de vie d'une population prend tout son sens lorsqu'elle est comparée : dans le temps, avec une autre population, et entre territoires. Un seul indicateur d'habitudes de vie est comparable dans le temps : le surplus de poids, qui montre une augmentation chez les anglophones depuis 2003. Les anglophones se distinguent ainsi des francophones en 2009-2010, avec une proportion de personnes avec un surplus de poids plus élevée. Les anglophones sont cependant plus actifs physiquement que les francophones, pour l'ensemble du Québec et dans la RMR de Montréal en particulier. Le dernier constat pour la comparaison des habitudes de vie entre les deux groupes linguistiques est que les anglophones consomment moins de fruits et de légumes que les francophones. Enfin, en ce qui concerne la comparaison territoriale parmi la population anglophone, il semble que ceux vivant dans les territoires hors RMR se distinguent de façon défavorable de ceux vivant en régions métropolitaines par un niveau de sédentarité accru et une forte consommation de tabac.

2.2 QUELQUES INDICATEURS DE SANTÉ

Comme pour l'analyse des habitudes de vie, les résultats entre les cycles étant très similaires et les différences significatives entre les groupes linguistiques étant rares pour 2003 et 2007-2008, seul le cycle 2009-2010 est présenté dans l'analyse territoriale. Le détail pour les cycles précédents est cependant disponible en annexe.

Tableau 3 Indicateurs d'état de santé de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons entre les deux groupes, ensemble du Québec, 2003, 2007-2008 et 2009-2010

		2003	2007-2008	2009-2010
Problèmes de santé modérés ou graves	A	26,6	24,7	26,0
	F	21,9	22,1	22,5
Limitation d'activités[c]	A	30,2	26,6	27,3
	F	28,6	23,8	25,6
Perception de l'état de santé comme étant passable ou mauvais[c]	A	11,9	10,5	8,5
	F	9,8	11,0	9,5
Perception de la santé dentaire comme étant passable ou mauvaise	A	14,5	13,6	ND
	F	13,0	11,0	ND
Faible appartenance à la communauté[c]	A	40,2	38,6	40,0
	F	45,7	43,6	44,3
Faible soutien émotionnel ou informationnel[c]	A	ND	^ 10,9	^ 11,5
	F	ND	^ 11,5	^ 11,5
Deux maladies chroniques ou plus chez les 40 ans et plus[c]	A	ND	26,4	24,8
	F	ND	22,1	23,8
Détresse psychologique élevée[c]	A	ND	19,0	17,9
	F	ND	20,0	19,4

Résultat ***défavorable*** aux anglophones lorsque comparé à celui des francophones.

Peu de différence entre le résultat des anglophones et des francophones.

Résultat ***favorable*** aux anglophones lorsque comparé à celui des francophones.

A : Anglophones.

F : Francophones.

ND : Donnée non disponible.

^ Non réponse partielle entre 5 % et 10 %.

[c] Ces indicateurs ne sont pas comparables entre 2003 (cycle 2.1) et 2007-2008 (cycle 2007-2008). L'étude de la comparabilité pour le cycle 2009-2010 n'est pas encore disponible. Se référer à l'annexe 3 pour plus de détails.

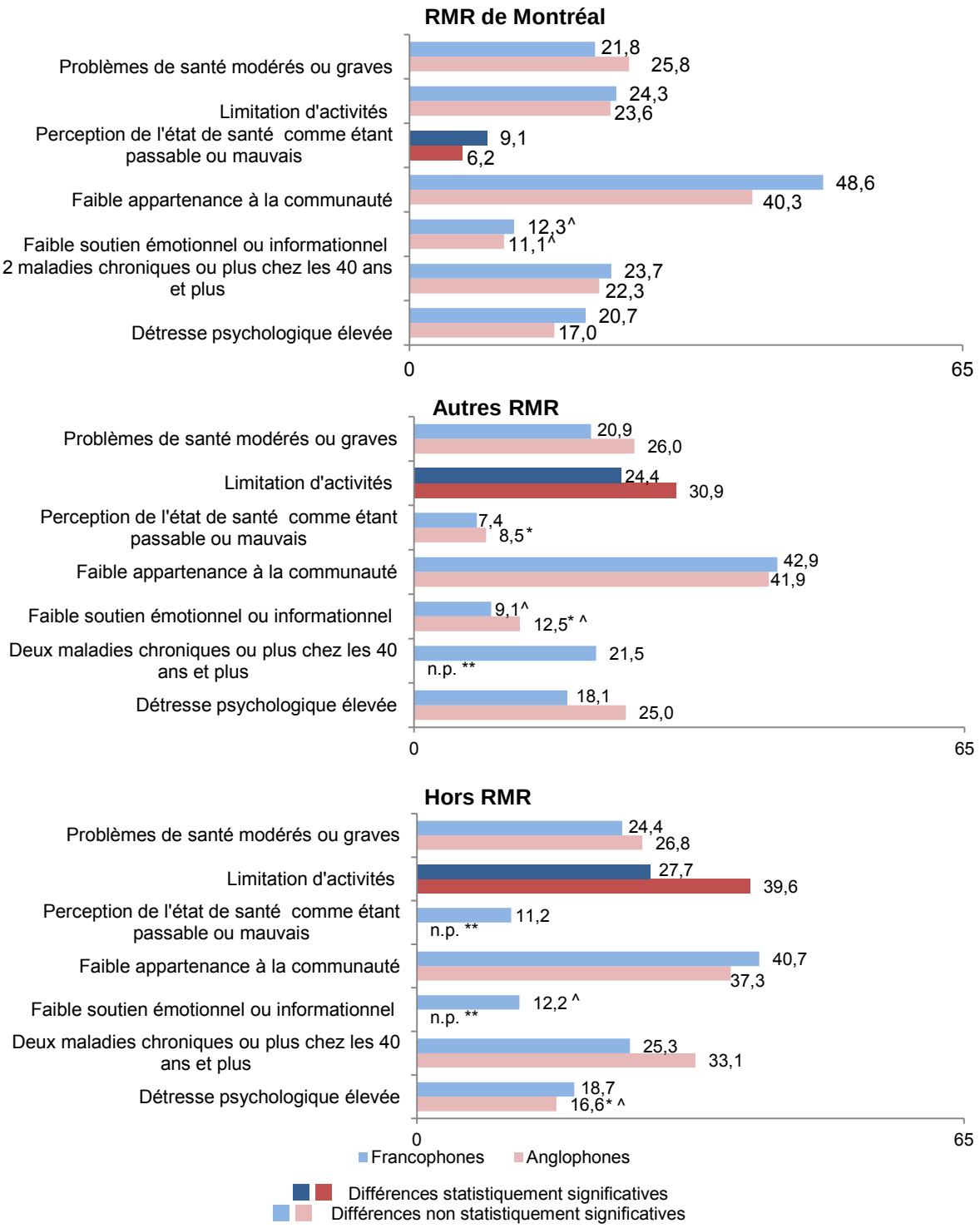

Figure 3 Indicateurs d'état de santé de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons statistiques entre les deux groupes, RMR de Montréal, autres RMR et hors RMR, 2009-2010

^ Non réponse partielle entre 5 % et 10 %.

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33, 3 %. Interprétez avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. Donnée non présentée.

Les problèmes de santé modérés ou graves sont calculés à partir du HUI Mark 3 (voir détails à l'annexe 2). Depuis 2003 et pour tous les territoires, environ le quart des anglophones déclarent souffrir de problèmes de santé modérés ou graves. Cette valeur ne se distingue pas de ce qui est observé chez les francophones en 2007-2008 et 2009-2010 mais est plus élevée en 2003 chez les anglophones.

À l'échelle du Québec, 27 à 30 % des anglophones déclarent souffrir de **limitations d'activités** depuis 2003, ce qui est très similaire aux valeurs observées chez les francophones. Mais la situation observée dans les territoires diffère. En 2009-2010, la proportion d'anglophones vivant dans les autres RMR et territoires hors RMR souffrant de limitations d'activités est plus élevée que celle des francophones. La différence est particulièrement marquée dans les territoires hors RMR où cette proportion atteint 40 % chez les anglophones comparativement à 28 % chez les francophones[6]. Dans la RMR de Montréal, par contre, les deux groupes linguistiques sont nez à nez et plus proches de ce qui est observé au niveau provincial. Les limitations d'activités sont ainsi le seul indicateur d'état de santé en 2009-2010 à présenter une différence statistiquement significative entre les anglophones et francophones pour les autres RMR et les territoires hors RMR et ce, à la défaveur des anglophones.

La perception qu'ont les gens de leur santé est un indicateur reconnu de l'état de santé général de la population (Shields et Shooshtari, 2001). Environ un anglophone sur 10 considère son état de santé comme passable ou mauvais au Québec, ce qui a peu changé depuis 2003 et est très similaire à la tendance observée chez les francophones. Toutefois, en 2009-2010, les anglophones se distinguent des francophones dans la RMR de Montréal avec une proportion particulièrement faible (6 %) de personnes déclarant leur santé comme passable ou mauvaise. Les valeurs observées pour les anglophones vivant dans les autres territoires ne sont pas robustes sur le plan statistique et ne se différencient pas de celles des francophones ni de celles de la RMR de Montréal. Quant à la **perception de la santé dentaire**, cet indicateur n'est disponible que pour 2003 et 2007-2008. Pour ces deux périodes, la proportion d'anglophones qui perçoivent leur santé dentaire comme passable ou mauvaise est de 14 %, ce qui équivaut à la proportion observée chez les francophones.

Plusieurs questions concernant la **prévalence de maladies chroniques**, telles que le diabète, les maladies cardiaques et l'emphysème, sont présentes dans l'ESCC. Nous en avons sélectionné 13 des plus communes pour lesquelles l'information était disponible pour le Québec, et nous avons calculé un indicateur qui mesure la proportion des personnes de 40 ans et plus souffrant d'au moins deux de ces treize maladies chroniques. Les résultats montrent qu'environ un anglophone sur quatre de 40 ans et plus souffre de deux maladies chroniques sélectionnées et plus et ce, pour 2007-2008 et 2009-2010 (non disponible pour 2003). Ces résultats ne diffèrent pas de ceux observés chez les francophones.

Il est connu que l'état de santé global d'un individu ou d'une population n'est pas influencé seulement par la santé physique mais que la santé mentale et le capital social jouent un rôle primordial et sont d'ailleurs souvent corrélés avec la santé physique (Desjardins et collab.,

[6] Il est pertinent de rappeler que ces proportions sont brutes et non ajustées selon l'âge, mais que les écarts statistiques ont été calculés à partir des proportions ajustées selon l'âge.

2008). Les trois prochains indicateurs explorés sont fortement liés à la santé mentale et au capital social; il s'agit de l'appartenance à la communauté, du soutien émotionnel ou informationnel et de la détresse psychologique.

L'appartenance à la communauté décrit le réseau social tissé entre l'individu et sa communauté. Plus l'appartenance à la communauté est élevée, plus l'individu a de chances d'être soutenu, aidé ou assisté en général, incluant en ce qui a trait à sa santé. Par exemple, les Canadiens dont le sentiment d'appartenance à leur communauté est plus élevé ont aussi une opinion plus favorable de leur état de santé physique et mentale (Shields, 2008). Les anglophones sont en proportion moins nombreux à considérer avoir un faible sentiment d'appartenance à leur communauté que les francophones, ce qui se traduit dans l'ESCC par **un taux plus bas de faible appartenance à la communauté,** ceci pour tous les cycles à l'étude. En 2009-2010, 40 % d'entre eux considéraient l'appartenance à leur communauté comme faible comparativement à 44 % des francophones et leur appartenance à la communauté variait peu selon le territoire de résidence.

Le faible soutien émotionnel ou informationnel est un indice basé sur plusieurs questions, dont la disponibilité d'une autre personne pour écouter et conseiller en temps de crise, ou à qui se confier. En 2007-2008 et 2009-2010, environ 11 % des les anglophones disaient avoir un faible soutien émotionnel ou informationnel. Ces proportions variaient peu pour les anglophones et les francophones vivant dans les différents territoires et se situaient toutes entre 9 % et 13 %.

Le dernier indicateur d'état de santé analysé est celui de la **détresse psychologique** et est basé sur l'échelle de détresse psychologique de Kessler (voir annexe 2). Environ un anglophone sur cinq dit souffrir d'une détresse psychologique élevée. Les données selon les territoires et comparées aux francophones sont semblables et ne se distinguent pas du point de vue statistique.

Bilan des autres indicateurs de l'état de santé

Malgré le peu de résultats statistiquement différents entre les deux groupes linguistiques ainsi qu'entre les anglophones des différents territoires, quelques constats généraux peuvent être faits. Environ un quart d'anglophones souffre de limitations d'activités. Cette proportion est similaire pour les problèmes de santé modérés ou graves ainsi que pour la présence de deux maladies chroniques et plus. Parmi les seuls résultats qui les distinguent des francophones, notons la plus forte limitation d'activités des anglophones vivant hors du grand Montréal. Enfin, malgré une plus forte appartenance à leur communauté que les francophones, les anglophones ne profitent pas d'un soutien émotionnel et informationnel plus élevé.

CONCLUSION

Il est difficile de tirer des conclusions sur les habitudes de vie et les indicateurs d'état de santé des anglophones du Québec lorsque comparés au niveau temporel, linguistique et territorial à cause des problèmes de robustesse statistique ainsi que la non-comparabilité dans le temps de plusieurs indicateurs de l'ESCC. Malgré tout, quelques points ressortent de cette analyse. En particulier, les anglophones consomment moins de fruits et de légumes et présentent plus souvent un surplus de poids que les francophones en 2009-2010 malgré leur plus faible proportion de sédentaires. En outre, le sentiment d'appartenance à la communauté est plus fort chez les anglophones que chez les francophones.

L'analyse territoriale révèle que la RMR de Montréal présente des résultats très similaires à ceux observés pour l'ensemble du Québec. Dans les autres RMR et les territoires non métropolitains, peu de résultats démarquent les deux groupes linguistiques, à l'exception d'une plus forte proportion d'anglophones avec limitations d'activités. Enfin, les territoires hors RMR émergent du lot comme ayant plus fréquemment des résultats défavorables pour les anglophones.

Par ailleurs, le constat le plus évident est la relative ressemblance ou, à tout le moins, l'absence d'écarts statistiquement significatifs, entre les deux groupes linguistiques pour la plupart des indicateurs et pour tous les cycles. Deux hypothèses sont avancées et ne sont pas nécessairement mutuellement exclusives. La première est que les anglophones et francophones sont réellement très similaires en termes d'habitudes de vie et d'état de santé. La deuxième est que les résultats ne permettent pas de les distinguer adéquatement compte tenu des grands intervalles de confiance qui sont typiquement associés à de plus petits échantillons tel celui des individus de langue maternelle anglaise pour l'ESCC. Il serait intéressant de comparer les résultats des deux groupes linguistiques suite à un jumelage de plusieurs cycles de l'ESCC, ou à une autre enquête dont l'échantillon serait plus grand, ce qui fournirait plus de puissance statistique avant d'affirmer que les deux groupes linguistiques se ressemblent véritablement quant à la plupart de leurs habitudes de vie et indicateurs d'état de santé.

RÉFÉRENCES

Bélanger, M., Bouchard, L., Gaboury, I., Sonier, B., Gagnon-Arpin, I., Schofield, A., et Bourque, P-E. 2011. ''Perceived Health Status of Francophones and Anglophones in an Officially Bilingual Canadian Province''. *Can J Public Health* 2011;102(2):122-26.

Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M-H., Gilbert, A., et Dubois, L. 2009. « La santé en situation linguistique minoritaire ». *Healthcare Policy* 2009;4(4):33-40.

Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J., et Manseau, S. 2008. Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 162 p.

Feeny, D. 2007. *Example health states for disability categories of the Health Utilities Index Mark 3 system*, (non publié).

Feeny, D., et Furlong, W. 2002. Health Utilities Index Mark 2 (HUI2) and Mark 3 (HUI3) disability categories for single and multi-attribute utility scores, (non publié).

Feng, Y., Bernier, J., McIntosh, C., et Orpana, H. 2009. « Validation des catégories d'incapacité dérivées des scores du Health Utility Index Mark 3 ». Statistique Canada, no 82-003-XPF au catalogue, *Rapports sur la santé*, vol. 20, no 2, juin 2009.

Institut de la statistique du Québec, 2010. Comparabilité des données de l'ESCC, cycle 2007-2008. 7p.

Institut de la statistique du Québec en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2011. Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycles 1.1, 2.1, 3.1 et 2007-2008, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 103 p.

Janssen, I. 2007. ''Morbidity and Mortality Risk Associated with an Overweight BMI in Older Men and Women''. *Obesity* Vol. 15 No. 7 July 2007: 1827-1840.

Lamontagne, P., Plante, C., & Rochette, L, 2011. La consommation alimentaire des adultes québécois selon le poids corporel. Exploration des données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2.2 – Nutrition. Institut national de santé publique du Québec, 67 p.

Organisation mondiale de la Santé, 2004. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, 23 p.

Organisation mondiale de la Santé (2002). « Quantification de certains risques majeurs pour la santé », *Rapport sur la santé dans le monde*, Genève, chapitre 4.

Orpana, H.M. *et al.* 2009. ''BMI and Mortality: Results from a National Longitudinal Study of Canadian Adults''. *Obesity* (2009) 18 (1): 214–218.

Plante, N., Côté, L., et Courtemanche, R. 2010. Incidence des changements méthodologiques de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes sur la comparabilité entre les cycles 1.1, 2.1 et 3.1 aux niveaux provincial et régional, de même que sur la comparabilité régionale intracycle, Institut de la statistique du Québec, 88 p.

Population Health Improvement Research Network (PHIRN), 2012. Content Tracking Tool: Canadian Community Health Survey.

Santé Canada. 2003. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*.

Shields, M. 2008. « *Appartenance à la communauté et auto évaluation de l'état de santé* ». *Rapports sur la santé* au catalogue de Statistique Canada, no 82-003-X, vol 19, no 2.

Shields , M., et S. Shooshtari (2001). « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, no 1, décembre, p. 39-63.

St-Pierre, M. et Béland, Y. (2004). ''Mode effects in the Canadian Community Health Survey: a Comparison of CAPI and C ATI'', 2004 *Proceedings of the American Statistical Association Meeting*, Survey Research Methods. Toronto, Canada: American Statistical Association.

Statistique Canada. (2008). Glossaire. [En ligne]. http://www.statcan.gc.ca/pub/91-003-x/2007001/4129905-fra.htm#a27

Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé (2008). [En ligne]. *Indicateurs de la santé,* vol. 2008, no 1, Ottawa, Statistique Canada, catalogue 82-221-XIF.

Statistique Canada (2009). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Documentation – Fichier maître 2007-2008*, Ottawa, Statistique Canada (en ligne).

Statistique Canada. 2011. Guide de l'utilisateur - Fichiers de microdonnées de 2010 et 2009-2010 - Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle. Juin 2011, 106 p.

ANNEXE 1

NOMBRE DE RÉPONDANTS
SELON LA LANGUE MATERNELLE, ESCC

Tableau 4 Nombre total de répondants à l'ESCC selon la langue maternelle et le territoire de résidence, 2003, 2007-2008 et 2009-2010

	Ensemble du Québec			RMR de Montréal			Autres RMR			Hors RMR		
	2003	2007-2008	2009-2010	2003	2007-2008	2009-2010	2003	2007-2008	2009-2010	2003	2007-2008	2009-2010
Anglais	1 834	1 390	1 289	619	716	638	456	219	250	759	455	401
Français	23 368	20 775	19 539	4 998	4 815	4 997	6 436	4 764	4 968	11 934	11 196	9 574
Autres langues	1 975	1 508	1 564	965	1 256	1 286	158	133	172	852	119	106
Bilingues (anglais et français)	308	207	202	84	77	81	105	52	61	119	78	60
Total (excluant les manquants)	**27 485**	**23 880**	**22 594**	**6 666**	**6 864**	**7 002**	**7 155**	**5 168**	**5 451**	**13 664**	**11 848**	**10 141**

Note : Le nombre de répondants anglophones et d'autres langues de 2003 pour les territoires hors RMR semble curieux. Une vérification des effectifs pondérés a été réalisée et le nombre de répondants ne serait pas problématique. Cette variation tiendrait probablement de la différence entre les plans d'échantillonnage.

ANNEXE 2

DESCRIPTION DES INDICATEURS RETENUS
(et note méthodologique sur la bronchite chronique)

DESCRIPTION DES INDICATEURS RETENUS (ET NOTE MÉTHODOLOGIQUE SUR LA BRONCHITE CHRONIQUE)

Consommation abusive d'alcool :

Proportion de la population de 12 ans et plus dans les ménages privés ayant pris cinq consommations ou plus d'alcool en une même occasion au moins 12 fois, au cours d'une période de 12 mois. Le dénominateur est la population totale de 12 ans et plus.

Disponible pour : 2003, 2007-2008, 2009-2010.

Faible consommation de fruits et légumes :

Proportion de la population de 12 ans et plus dans les ménages privés consommant moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes.

Disponible pour : 2003, 2007-2008, 2009-2010.

Tabagisme (proportion de fumeurs réguliers et occasionnels) :

Proportion de la population de 12 ans et plus dans les ménages privés fumant la cigarette. Les fumeurs comprennent les « fumeurs réguliers » qui fument au moins une cigarette par jour tous les jours et les « fumeurs occasionnels » qui, eux, ne fument pas la cigarette tous les jours.

Disponible pour : 2003, 2007-2008, 2009-2010.

Surplus de poids :

Proportion de la population de 18 ans et plus dans les ménages privés présentant un surplus de poids, à l'exclusion des femmes enceintes. Le terme général « surplus de poids » correspond à toutes les personnes ayant un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 25.

Disponible pour : 2003, 2007-2008, 2009-2010.

Sédentarité pendant les activités de loisirs :

Proportion de la population étant sédentaire pendant les activités de loisirs.

Disponible pour : 2003, 2007-2008, 2009-2010.

Deux facteurs de risque ou plus (sédentarité pendant les loisirs) :

Proportion de la population ayant 2 facteurs de risque parmi les 5 suivants: sédentarité pendant les loisirs; tabagisme; faible consommation de fruits et légumes; consommation abusive d'alcool; surplus de poids.

Disponible pour : 2003, 2007-2008, 2009-2010.

Problèmes de santé modérés ou graves :

Proportion de la population de 12 ans et plus dans les ménages privés ayant des problèmes de santé fonctionnelle modérés ou graves.

Calculé à partir du *Health Utility Index (HUI) Mark 3*. Le HUI est un système de classification de l'état de santé fondé sur huit attributs : la vision, l'ouïe, la parole (l'élocution), la mobilité (capacité de se déplacer), la dextérité (usage des mains et des doigts), la cognition (mémoire et pensée), les émotions (sentiments), ainsi que la douleur et les malaises.

La version utilisée dans l'ESCC a été adaptée du *HUI Mark3* (HUI3) élaboré à l'Université McMaster. Les questions employées pour évaluer la santé générique sont au nombre de 28. Les réponses aux différentes questions permettent de déterminer l'indice global dont les valeurs peuvent varier de -0,36 à 1,0. Sur cette échelle, le niveau de santé le plus souhaitable (santé parfaite) reçoit une cote de 1,0 et le décès reçoit une cote de 0,0; une cote de -0,36 reflète un état de santé pire que le décès (Statistique Canada, 2009; Furlong *et al.*, 1998). Selon Statistique Canada, une personne est considérée avoir des problèmes de santé fonctionnelle modérés ou graves si elle obtient un score inférieur à 0,8 (Statistique Canada et ICIS, 2008; Statistique Canada, 2009). Mais selon Feeny (2007), Feeny et Furlong (2002) et Feng et collab. (2009), les problèmes de santé fonctionnelle modérés ou graves correspondent à un score de moins de 0,89 et c'est ce seuil que nous avons utilisé.

Disponible pour : 2003, 2007-2008, 2009-2010.

Limitations d'activités :

Proportion de la population de 12 ans et plus dans les ménages privés ayant une limitation d'activités, parfois ou souvent.

Disponible pour : 2003, 2007-2008, 2009-2010.

Perception de l'état de santé comme étant passable ou mauvais :

Proportion de la population de 12 ans et plus dans les ménages privés percevant sa santé comme passable ou mauvaise.

Disponible pour : 2003, 2007-2008, 2009-2010.

Perception de la santé dentaire comme étant passable ou mauvaise :

Proportion de la population de 12 ans et plus dans les ménages privés percevant son état de santé buccodentaire comme passable ou mauvais.

Disponible pour : 2003, 2007-2008.

Faible appartenance à la communauté :

Proportion de la population de 12 ans et plus dans les ménages privés ayant un faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale.

Disponible pour : 2003, 2007-2008, 2009-2010.

Faible soutien émotionnel ou informationnel :

Proportion de la population de 12 ans et plus dans les ménages privés n'ayant pas un niveau élevé de soutien émotionnel ou informationnel.

Cette variable dérivée a une échelle de 0 à 32 et un faible soutien émotionnel ou informationnel est considéré comme un score de moins de 21. On a demandé au répondant si quelqu'un pouvait l'écouter et le conseiller en temps de crise, lui donner des renseignements ou s'il avait quelqu'un à qui il pouvait se confier et parler, ou quelqu'un qui comprend ses problèmes.

Disponible pour : 2007-2008, 2009-2010.

Deux maladies chroniques ou plus chez les 40 ans et plus :

Asthme, arthrite, hypertension, diabète, maladie cardiaque, cancer, troubles liés à un accident vasculaire cérébral, incontinence urinaire, troubles intestinaux (maladie de Crohn ou colite), Alzheimer ou démence cérébrale, emphysème, bronchite chronique (seulement en 2009-2010) et broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Disponible pour : 2007-2008, 2009-2010.

Note méthodologique sur la variable bronchite chronique :

La variable CCC_91A (bronchite chronique) a été introduite au milieu du cycle 2007-2008, ce qui a engendré un taux de non réponse partielle très élevé. La bronchite chronique a donc été exclue de nos calculs pour l'indicateur Deux maladies chroniques et plus en 2007-2008. Par contre, en 2009-2010, cette variable ainsi que deux autres (emphysème et broncho-pneumopathie chronique obstructive) ont été agrégées pour créer la variable « maladies pulmonaires obstructives chroniques » (MPOC). Cette nouvelle variable est appelée CCC_091 en 2009-2010 et correspond à la variable CCCDCPD de 2007-2008. Les trois maladies n'étant pas disponibles de façon séparée pour 2009-2010, le calcul de l'indicateur Deux maladies chroniques et plus se fait en incluant la variable « maladies pulmonaires obstructives chroniques » au complet. Ceci risque de compromette la comparabilité des données entre 2007-2008 et 2009-2010 mais de façon minime puisque plusieurs autres maladies sont incluses dans le calcul de l'indicateur.

Détresse psychologique élevée :

Proportion de la population de 15 ans et plus dans les ménages privés ayant un niveau élevé de détresse psychologique.

Variable dérivée DISDDSX et basée sur l'échelle de détresse psychologique de Kessler (K10). Chacune des dix questions se voit accorder un score de 0 à 4, le score final variant de 0 à 40. Le seuil pour la détresse psychologique élevée est 9 et plus.

Disponible pour : 2007-2008, 2009-2010.

ANNEXE 3

COMPARABILITÉ DES DONNÉES

COMPARABILITÉ DES DONNÉES

Le tableau suivant a é té compilé à par tir d'informations basées sur les documents de comparabilité de l'ISQ (ISQ, 2010; ISQ, 2011; Plante et collab., 2010) mais mises disponibles à l'Infocentre de santé publique du Québec.

Tableau 5 Tableau synthèse de comparabilité des variables (entre les cycles 2.1 et 4.1) selon l'Infocentre de santé publique du Québec

Nom des variables			NOMS DES INDICATEURS		Variables disponibles et sélectionnées			Indicateur comparable entre 2003 (cycle 2.1) et 2007-2008 (cycle 4.1)
2003	2007-2008	2009-2010			2003	2007-2008	2009-2010	
CCC_031			Deux maladies chroniques ou plus	Asthme		x	x	Oui
CCC_051				Arthrite		x	x	Non
CCC_071				Hypertension		x	x	Oui
CCC_101				Diabète		x	x	Oui
CCC_121				Maladie cardiaque		x	x	Oui
CCC_131				Cancer		x	x	Oui
CCC_151				Troubles liés à un AVC		x	x	Oui
CCC_161				Incontinence urinaire		x	x	Oui
CCC_171				Troubles intestinaux		x	x	Non
CCC_181				Alzheimer ou démence cérébrale		x	x	ND
	CCC_91A	CCC_091		Bronchite chronique			x	Non
	CCC_91E			Emphysème		x	x	Oui
	CCC_91F			Bronchopneumo-pathie chronique obstructive		x	x	Oui
ALCC_3	ALC_3		Fréquence de consommation de 5 verres ou plus		x	x	x	Non
FVCCDTOT	FVCGTOT		Consommation de fruits et légumes		x	x	x	Non
SMKCDSTY	SMKDSTY		Fumeurs réguliers et occasionnels (genre de fumeur)		x	x	x	Non
HWTCDISW	HWTDISW		Embonpoint et obésité		x	x	x	Oui
	DISDDSX		Détresse psychologique élevée			x	x	ND
GENCDHDI	GENDHDI		Perception de l'état de santé		x	x	x	Non
OH1C_20	OH1_20		Perception de la santé dentaire		x	x		Oui

Tableau 5 Tableau synthèse de comparabilité des variables (entre les cycles 2.1 et 4.1) selon l'Infocentre de santé publique du Québec (suite)

Nom des variables			NOMS DES INDICATEURS	Variables disponibles et sélectionnées			Indicateur comparable entre 2003 (cycle 2.1) et 2007-2008 (cycle 4.1)
2003	2007-2008	2009-2010		2003	2007-2008	2009-2010	
HUICDHSI	HUIDHSI		Indice de l'état de la santé	x	x	x	Oui
RACCDPAL	RACDPAL		Limitations d'activités	x	x	x	Non
GENC_10	GEN_10		Sentiment d'appartenance à la communauté locale	x	x	x	Non
	SSADEMO		Soutien émotionnel ou informationnel faible ou modéré		x	x	ND
Algorithme de Nolin			Sédentarité pendant les activités de loisirs	x	x	x	Non

Recommandations de Plante, Côté et Courtemanche (2010)

Comparaison entre les cycles au niveau provincial

Cycles 2.1 et 3.1 :

- Indicateurs non affectés aux cycles 2.1 et 3.1 (tableau 7) : méthode habituelle avec pondérations originales.
- Indicateurs légèrement affectés au cycle 2.1 ou au cycle 3.1 (tableau 9) : méthode habituelle avec pondérations originales.
- Indicateurs grandement affectés au cycle 2.1 ou au cycle 3.1 (tableau 8) : comparaison non recommandée.

Comparaison entre les cycles au niveau régional

Cycles 2.1 et 3.1 :

- Toutes régions – indicateurs non affectés aux cycles 2.1 et 3.1 (tableau 7) : méthode habituelle avec pondérations originales.
- Toutes régions – indicateurs affectés au cycle 2.1 ou au cycle 3.1 (tableaux 8 et 9) : aucune méthode proposée à ce jour étant donné les tailles restreintes des échantillons régionaux.

Comparabilité des données du cycle 2007-2008 (ISQ, 2010) :

Comparaisons régionales au cycle 2007-2008 (comparaison des régions entre elles ou d'une région avec l'ensemble des autres régions) :

- analyser selon les méthodes habituelles et avec la nouvelle pondération, vu les petits écarts observés d'une région à l'autre dans la répartition de l'échantillon selon la base de sondage et le mode de collecte;

Comparaisons temporelles du cycle 2007-2008 avec les cycles antérieurs au niveau régional

- pour les indicateurs déclarés non affectés par la base de sondage aux cycles 2.1 et 3.1, comparer le cycle 2007-2008 à l'un ou l'autre des cycles 1.1, 2.1 ou 3.1 selon les méthodes habituelles avec les pondérations fournies par Statistique Canada;
- pour les indicateurs identifiés comme étant affectés par la base de sondage au cycle 2.1 ou 3.1, ou encore pour les indicateurs n'ayant pas fait l'objet d'un tel examen, ne faire aucune comparaison régionale du cycle 2007-2008 avec les cycles 1.1, 2.1 ou 3.1;

Comparaisons temporelles du cycle 2007-2008 avec les cycles antérieurs au niveau provincial

- pour les indicateurs déclarés non affectés par la base de sondage aux cycles 2.1 et 3.1, comparer le cycle 2007-2008 à l'un ou l'autre des cycles 1.1, 2.1 ou 3.1 selon les méthodes habituelles avec les pondérations fournies par Statistique Canada; pour les indicateurs identifiés comme étant affectés par la base de sondage au cycle 2.1 ou 3.1, ou encore pour les indicateurs n'ayant pas fait l'objet d'un tel examen, comparer le cycle 2007-2008 avec le cycle 1.1 à l'aide des données issues de la base de sondage aréolaire uniquement (en ayant recours aux poids poststratifiés à nouveau par âge et par sexe, et sous l'hypothèse que la modification de la méthode de pondération, principalement quant à l'ajustement pour la non-réponse au niveau des personnes, a un impact négligeable sur ces comparaisons).

  Mise en garde : cette analyse vise à confirmer un résultat significatif détecté au préalable avec les données issues des deux bases selon les méthodes d'analyse habituelles; en présence d'un résultat non significatif selon les méthodes habituelles, ne pas aller de l'avant avec cette analyse confirmative;

- pour les indicateurs identifiés comme étant affectés par la base de sondage au cycle 2.1 ou 3.1, ou encore pour les indicateurs n'ayant pas fait l'objet d'un tel examen, comparer le cycle 2007-2008 avec les cycles 2.1 ou 3.1 à l'aide des données issues de la base de sondage téléphonique uniquement (en ayant recours aux poids poststratifiés à nouveau par âge et par sexe, et sous l'hypothèse que la modification de la méthode de pondération, principalement quant à l'ajustement pour la non-réponse au niveau des personnes, a un impact négligeable sur ces comparaisons);

  Mise en garde : cette analyse vise à confirmer un résultat significatif détecté au préalable avec les données issues des deux bases selon les méthodes d'analyse habituelles; en présence d'un résultat non significatif selon les méthodes habituelles, ne pas aller de l'avant avec cette analyse confirmative.

ANNEXE 4

INDICATEURS DE L'ESCC CHEZ LES ANGLOPHONES ET FRANCOPHONES ET COMPARAISONS STATISTIQUES ENTRE LES GROUPES LINGUISTIQUES *SELON LA RÉGION DE RÉSIDENCE*, 2003, 2007-2008 ET 2009-2010

Tableau 6 Indicateurs de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons entre les deux groupes, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, RMR Montréal

		2003	2007-2008	2009-2010
Consommation abusive d'alcool	A	17,0	18,1	15,9
	F	17,7	18,2	19,3
Faible consommation de fruits et légumes	A	59,7	53,9	51,4
	F	45,7	45,7	44,6
Tabagisme	A	28,4	20,3	20,5
	F	28,8	26,5	23,2
Surplus de poids	A	45,4	45,6	55,8
	F	45,1	44,7	50,1
Sédentarité pendant les activités de loisirs	A	20,2	20,9	15,4
	F	25,2	25,4	22,3
Deux facteurs de risque ou plus (sédentarité pendant les loisirs)	A	^ 56,0	^ 52,9	51,2
	F	56,8	^ 51,3	^ 53,0
Problèmes de santé modérés ou graves	A	26,0	22,7	25,8
	F	21,1	21,1	21,8
Limitations d'activités	A	28,3	25,0	23,6
	F	27,8	22,6	24,3
Perception de l'état de santé comme étant passable ou mauvais	A	9,8	10,4	6,2
	F	9,2	11,0	9,1
Perception de la santé dentaire comme étant passable ou mauvaise	A	12,7	12,2	ND
	F	12,9	11,0	ND
Faible appartenance à la communauté	A	42,7	39,0	40,3
	F	52,0	47,2	48,6
Faible soutien émotionnel ou informationnel	A	ND	^ 11,0	^ 11,1
	F	ND	^ 11,1	^ 12,3
Deux maladies chroniques ou plus chez les 40 ans et plus	A	ND	25,8	22,3
	F	ND	20,7	23,7
Détresse psychologique élevée	A	ND	19,6	17,0
	F	ND	19,7	20,7

Résultat ***défavorable*** aux anglophones lorsque comparé à celui des francophones.
Peu de différence entre le résultat des anglophones et des francophones.
Résultat ***favorable*** aux anglophones lorsque comparé à celui des francophones.
ND : Donnée non disponible.
^ Non réponse partielle entre 5 % et 10 %.

Tableau 7 Indicateurs de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons entre les deux groupes, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, autres RMR

		2003	2007-2008	2009-2010
Consommation abusive d'alcool	A	18,7	* 16,0	* 21,6
	F	18,4	21,0	21,8
Faible consommation de fruits et légumes	A	^ 42,6	40,2	49,6
	F	54,9	48,9	47,2
Tabagisme	A	* 28,8	* 26,4	23,5
	F	25,6	23,6	22,6
Surplus de poids	A	50,2	49,0	52,3
	F	45,0	47,7	47,4
Sédentarité pendant les activités de loisirs	A	15,7	* 14,5	* 16,1
	F	22,2	22,5	20,4
Deux facteurs de risque ou plus (sédentarité pendant les loisirs)	A	^ 49,5	^ 45,9	52,2
	F	53,8	^ 52,3	50,8
Problèmes de santé modérés ou graves	A	22,7	29,0	26,0
	F	21,3	21,8	20,9
Limitations d'activités	A	32,1	29,6	30,9
	F	27,6	22,7	24,4
Perception de l'état de santé comme étant passable ou mauvais	A	* 11,3	* 7,4	* 8,5
	F	8,6	8,9	7,4
Perception de la santé dentaire comme étant passable ou mauvaise	A	* 14,6	* 14,7	ND
	F	11,3	9,5	ND
Faible appartenance à la communauté	A	47,1	42,7	41,9
	F	46,8	46,6	42,9
Faible soutien émotionnel ou informationnel	A	ND	* ^ 8,7	* ^ 12,5
	F	ND	^ 10,5	^ 9,1
Deux maladies chroniques ou plus chez les 40 ans et plus	A	ND	* 27,7	** n.p.
	F	ND	22,5	21,5
Détresse psychologique élevée	A	ND	* 16,5	25,0
	F	ND	20,5	18,1

Résultat ***défavorable*** aux anglophones lorsque comparé à celui des francophones.
Peu de différence entre le résultat des anglophones et des francophones.
Résultat ***favorable*** aux anglophones lorsque comparé à celui des francophones.

ND : Variable non disponible pour ce cycle.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée.

^ Taux de non réponse partielle entre 5 % et 10 %.

Tableau 8 Indicateurs de l'ESCC chez les anglophones et francophones et comparaisons entre les deux groupes, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, hors RMR

		2003	2007-2008	2009-2010
Consommation abusive d'alcool	A	* 14,9	17,2	** n.p.
	F	16,6	17,7	19,8
Faible consommation de fruits et légumes	A	^ 52,9	^ 48,5	^ 54,3
	F	^ 54,1	^ 46,7	^ 49,3
Tabagisme	A	24,7	25,2	40,6
	F	25,3	24,8	25,1
Surplus de poids	A	62,2	^ 60,3	^ 54,9
	F	50,3	51,3	52,5
Sédentarité pendant les activités de loisirs	A	24,0	29,0	34,8
	F	28,7	27,2	27,3
Deux facteurs de risque ou plus (sédentarité pendant les loisirs)[a]	A	^^ 56,8	^^ 60,5	^^ 63,4
	F	^ 56,1	^ 54,0	^ 55,3
Problèmes de santé modérés ou graves	A	31,2	30,6	26,8
	F	23,0	23,3	24,4
Limitations d'activités	A	36,6	31,2	39,6
	F	29,9	25,7	27,7
Perception de l'état de santé comme étant passable ou mauvais	A	20,5	* 12,8	** n.p.
	F	10,9	11,0	11,2
Perception de la santé dentaire comme étant passable ou mauvaise	A	21,5	18,7	ND
	F	14,0	12,1	ND
Faible appartenance à la communauté	A	^ 26,1	34,4	^ 37,3
	F	38,9	37,8	40,7
Faible soutien émotionnel ou informationnel[b]	A	ND	* ^^ 11,7	** n.p.
	F	ND	^ 12,6	^ 12,2
Deux maladies chroniques ou plus chez les 40 ans et plus	A	ND	27,4	33,1
	F	ND	23,2	25,3
Détresse psychologique élevée	A	ND	^ 18,0	* ^ 16,6
	F	ND	20,1	18,7

Résultat ***défavorable*** aux anglophones lorsque comparé à celui des francophones

Peu de différence entre le résultat des anglophones et des francophones

Résultat ***favorable*** aux anglophones lorsque comparé à celui des francophones

ND : Variable non disponible pour ce cycle.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** n.p. Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est pas présentée.

[a] Les anglophones des régions hors RMR ont un taux de non réponse partielle élevé (plus que 10 %) pour la variable *Deux facteurs de risque et plus* et leurs caractéristiques diffèrent selon le cycle. Nous avons croisé le taux de NRP par sexe et âge (12-44; 45-62 et 65 +). Pour le cycle 2003, le taux de NRP est élevé pour tous sauf pour les hommes de 12 à 44 ans. Pour 2007-2008, le taux de NRP augmente graduellement avec l'âge pour les deux sexes. Pour 2009-2010, le taux de NRP des hommes et des femmes est très différent, celui des femmes étant beaucoup plus élevé pour les deux groupes d'âge plus vieux, de sorte que le total donne un taux de NRP de 3,4 % pour les hommes et de 18,2 % pour les femmes.

[b] Les anglophones des régions hors RMR ont un taux de non réponse partielle élevé (plus que 10 %) pour la variable *Faible soutien émotionnel ou informationnel* au cycle 2007-2008. Les données NRP ne sont pas disponibles croisées par sexe et âge. Pour le croisement par sexe seulement (tous âges confondus) on s'aperçoit que les deux sexes sont très similaires. Pour le croisement par âge, on a seulement les données pour 12+ et 12-44. 12+ est 11 % de NRP et 12-44 est 5,5 %. Donc, on peut présumer un taux de NRP qui augmente avec l'âge chez les anglophones.

^ Taux de non réponse partielle (NRP) entre 5 % et 10 %.

^^ Taux de non réponse partielle (NRP) > 10 % : à interpréter avec prudence. Voir note de bas de page.

ANNEXE 5

RÉSULTATS ET INTERVALLES DE CONFIANCE PAR LANGUE MATERNELLE (TOTAL, FRANÇAIS, ANGLAIS ET AUTRE), 2003, 2007-2008 ET 2009-2010

Tableau 9 Résultats et intervalles de confiance par langue maternelle, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, ensemble du Québec

		Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre
		2003				**2007-2008**				**2009-2010**			
Consommation abusive d'alcool	%	16,8	17,4	16,9	11,5	17,3	18,7	17,7	8,1	18,2	20,1	17,1	7,7
	IC	16,0-17,6	16,6-18,3	13,9-20,1	8,6-14,9	16,5-18,0	17,9-19,5	14,7-21,1	6,3-10,4	17,3-19,0	19,1-21,0	14,0-20,5	6,2-9,6
Faible consommation de fruits et légumes	%	55,1	54,8	56,5	56,2	47,4	46,8	51,5	48,5	48,1	46,9	51,6	53,2
	IC	54,1-56,1	53,7-55,9	52,6-60,5	51,9-60,4	46,4-48,4	45,8-47,8	47,8-55,2	45,1-52,0	47,1-49,2	45,8-48,1	46,9-56,4	49,8-56,5
Tabagisme	%	26,1	26,7	27,8	19,5	24,2	25,2	21,8	18,8	22,9	23,7	24,3	17,1
	IC	25,2-27,0	25,8-27,7	24,0-31,5	16,4-22,5	23,3-25,0	24,3-26,2	18,8-24,8	16,0-21,7	22,0-23,8	22,8-24,7	20,7-27,8	14,3-19,9
Surplus de poids	%	47,4	47,1	48,9	48,8	48,3	47,8	48,4	51,5	50,7	50,3	55,2	49,9
	IC	46,3-48,6	46,0-48,3	44,7-53,2	44,7-52,9	47,3-49,3	46,8-48,8	44,0-52,8	47,7-55,3	49,5-51,8	49,2-51,5	50,4-60,1	46,2-53,6
Sédentaire pendant les activités de loisirs	%	26,2	25,9	20,3	33,0	25,8	25,4	21,6	31,0	24,2	23,7	18,7	30,4
	IC	25,2-27,2	24,8-27,0	16,7-23,9	28,9-37,0	24,8-26,8	24,4-26,4	18,2-25,0	27,5-34,5	23,2-25,2	22,7-24,7	15,3-22,5	26,7-34,1
Deux facteurs de risque ou plus (sédentaire pendant les loisirs)	%	55,8	55,9	55,3	55,0	52,1	52,5	53,4	48,6	52,8	53,3	53,3	49,3
	IC	54,7-56,8	54,7-57,0	51,0-59,6	50,8-59,2	51,1-53,2	51,5-53,6	49,1-57,8	44,6-52,6	51,6-53,9	52,1-54,5	48,4-58,2	45,5-53,2
Problèmes de santé modérés ou graves	%	22,6	21,9	26,6	25,8	22,5	22,1	24,7	23,6	23,6	22,5	26,0	28,6
	IC	21,8-23,5	21,1-22,7	23,0-30,2	21,7-29,9	21,6-23,3	21,2-23,0	21,7-27,7	20,6-26,6	22,7-24,6	21,6-23,5	22,3-29,8	25,1-32,2
Limitation d'activités	%	28,3	28,6	30,2	25,1	23,5	23,8	26,6	19,4	25,5	25,6	27,3	24,0
	IC	27,4-29,3	27,6-29,6	26,7-33,8	21,5-28,7	22,7-24,2	22,9-24,7	23,2-29,9	16,7-22,2	24,6-26,4	24,6-26,6	23,6-31,0	20,9-27,2
Perception de l'état de santé comme étant passable ou mauvais	%	10,5	9,8	11,9	15,8	9,8	9,7	10,5	10,0	9,8	9,5	8,5	12,3
	IC	10,0-11,1	9,2-10,3	9,6-14,2	13,0-18,7	9,2-10,3	9,1-10,3	8,1-12,9	8,2-12,0	9,2-10,4	8,9-10,1	6,8-10,5	9,7-14,9
Perception de la santé dentaire comme étant passable ou mauvaise	%	13,9	13,0	14,5	21,1	12,0	11,0	13,6	17,5	ND	ND	ND	ND
	IC	13,2-14,6	12,2-13,7	11,7-17,6	17,9-24,3	11,3-12,7	10,4-11,7	10,8-16,8	15,0-19,9				

Tableau 9 Résultats et intervalles de confiance par langue maternelle, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, ensemble du Québec (suite)

		Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre
		2003				**2007-2008**				**2009-2010**			
Faible appartenance à la communauté	%	44,7	45,7	40,2	39,6	42,2	43,6	38,6	35,8	43,5	44,3	40,0	40,7
	IC	43,7-45,7	44,6-46,8	36,2-44,3	36,0-43,2	41,1-43,4	42,4-44,7	34,6-42,6	32,5-39,0	42,3-44,7	43,0-45,6	35,3-44,7	36,9-44,4
Faible soutien émotionnel ou informationnel	%	ND	ND	ND	ND	12,1	11,5	10,9	17,2	12,1	11,5	11,5	15,9
	IC					11,4-12,9	10,7-12,2	8,8-13,0	14,5-19,9	11,3-12,8	10,7-12,3	8,9-14,5	13,0-19,2
Deux maladies chroniques ou plus chez les 40 ans et plus	%	ND	ND	ND	ND	22,1	22,1	26,4	19,9	23,6	23,8	24,8	21,7
	IC					21,2-23,1	21,0-23,2	21,8-30,9	16,3-24,0	22,6-24,7	22,7-24,9	20,1-29,4	17,6-25,9
Détresse psychologique élevée	%	ND	ND	ND	ND	20,0	20,0	19,0	20,4	19,4	19,4	17,9	20,6
	IC					19,2-20,8	19,2-20,9	16,1-21,8	17,6-23,2	18,6-20,3	18,5-20,3	14,7-21,6	17,8-23,4

Tableau 10 Résultats et intervalles de confiance par langue maternelle, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, RMR de Montréal

		Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre
		2003				**2007-2008**				**2009-2010**			
Consommation abusive d'alcool	%	16,4	17,7	17.0	11,4	15,7	18,2	18,1	7,9	15,9	19,3	15,9	7,5
	IC	15,0-17,7	16,0-19,5	13,3-21,4	8,3-15,1	14,5-17,0	16,6-19,7	14,2-22,6	5,9-10,3	14,6-17,3	17,5-21,1	12,1-20,3	5,8-9,5
Faible consommation de fruits et légumes	%	56,4	55,6	59,7	57,5	47,4	45,7	53,9	49,2	47,7	44,6	51,4	53,7
	IC	54,5-58,3	53,4-57,7	54,5-64,9	53,0-62,1	45,6-49,2	43,7-47,8	49,2-58,7	45,5-52,8	45,9-49,4	42,4-46,9	45,2-57,5	50,2-57,2
Tabagisme	%	26,8	28,8	28,4	19,5	24.0	26,5	20,3	18,8	21,3	23,2	20,5	17,1
	IC	25,3-28,4	26,9-30,7	23,5-33,3	16,3-23,0	22,6-25,4	24,8-28,3	16,8-23,8	15,8-21,8	20,0-22,7	21,5-24,8	16,2-24,8	14,2-20,3
Surplus de poids	%	45,8	45,1	45,4	48,6	46,4	44,7	45,6	51,7	50,7	50,1	55,8	49,9
	IC	44,0-47,7	42,9-47,3	39,7-51,0	44,2-53,0	44,7-48,0	42,7-46,6	40,0-51,2	47,7-55,7	48,9-52,6	48,0-52,3	49,6-62,1	45,9-53,9
Sédentaire pendant les activités de loisirs	%	26,2	25,2	20,2	33,1	26,3	25,4	20,9	31,2	23,6	22,3	15,4	30,5
	IC	24,3-28,0	22,9-27,4	15,4-25,0	28,8-37,5	24,7-27,9	23,5-27,3	16,6-25,2	27,5-34,9	22,0-25,2	20,6-24,0	11,5-20,0	26,5-34,5
Deux facteurs de risque ou plus (sédentaire pendant les loisirs)	%	56,5	56,8	56.0	55,4	50,9	51,3	52,9	48,9	51,9	53.0	51,2	49,6
	IC	54,6-58,3	54,6-59,1	50,4-61,6	51,0-59,9	49,1-52,8	49,2-53,5	47,2-58,6	44,7-53,2	50,0-53,9	50,8-55,2	44,8-57,6	45,4-53,7
Problèmes de santé modérés ou graves	%	22,5	21,1	26.0	25,6	21,9	21,1	22,7	23,7	23,9	21,8	25,8	28,4
	IC	20,9-24,1	19,4-22,8	21,5-30,6	21,3-30,0	20,6-23,2	19,5-22,7	18,9-26,4	20,5-27,0	22,3-25,5	20,2-23,5	20,8-30,8	24,6-32,3
Limitation d'activités	%	27,2	27,8	28,3	24,6	22,1	22,6	25.0	19,2	24,2	24,3	23,6	24,1
	IC	25,6-28,8	26,0-29,6	24,0-32,6	20,7-28,5	20,8-23,4	21,0-24,3	20,8-29,2	16,2-22,1	22,7-25,6	22,5-26,0	19,2-28,1	20,8-27,5
Perception de l'état de santé comme étant passable ou mauvais	%	10,6	9,2	9,8	15,7	9,2	8,8	10,4	9,6	9,6	9,1	6,2	12,3
	IC	9,5-11,6	8,1-10,2	7,3-12,7	12,7-19,1	8,3-10,0	7,8- 9,9	7,4-14,0	7,8-11,7	8,5-10,6	7,9-10,3	4,4- 8,4	9,6-15,4
Perception de la santé dentaire comme étant passable ou mauvaise	%	14,5	12,9	12,7	21,3	12,5	11.0	12,2	17.0	ND	ND	ND	ND
	IC	13,3-15,7	11,5-14,3	9,4-16,7	17,8-24,7	11,4-13,6	9,7-12,2	8,7-16,5	14,5-19,6				
Faible appartenance à la communauté	%	48,6	52.0	42,7	39,8	43,4	47,2	39.0	34,7	45,6	48,6	40,3	40,6
	IC	46,9-50,3	50,0-53,9	37,4-47,9	35,9-43,7	41,7-45,2	45,1-49,3	33,9-44,0	31,2-38,2	43,8-47,5	46,3-50,9	34,4-46,3	36,5-44,7

Tableau 10 Résultats et intervalles de confiance par langue maternelle, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, RMR de Montréal (suite)

		Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre
		2003				**2007-2008**				**2009-2010**			
Faible soutien émotionnel ou informationnel	%	ND	ND	ND	ND	12,5	11,1	11.0	17,6	13,2	12,3	11,1	16,3
	IC					11,3-13,7	9,7-12,4	8,5-14,0	14,6-20,6	11,8-14,5	10,8-13,8	7,9-15,1	13,1-19,9
Deux maladies chroniques ou plus chez les 40 ans et plus	%	ND	ND	ND	ND	21,1	20,7	25,8	20.0	23.0	23,7	22,3	21,5
	IC					19,5-22,6	18,8-22,6	20,0-31,7	16,1-24,4	21,2-24,8	21,5-25,9	16,8-28,8	17,1-25,9
Détresse psychologique élevée	%	ND	ND	ND	ND	19,9	19,7	19,6	20,8	20,2	20,7	17.0	20,3
	IC					18,6-21,3	18,2-21,2	16,1-23,5	17,8-23,9	18,8-21,6	19,1-22,4	13,0-21,7	17,3-23,3

Tableau 11 Résultats et intervalles de confiance par langue maternelle, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, autres RMR

		Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre
		2003				**2007-2008**				**2009-2010**			
Consommation abusive d'alcool	%	18,2	18,4	18,7		20,5	21.0	16.0	10,2	21,3	21,8	21,6	9,9
	IC	16,9-19,6	17,0-19,9	13,6-24,7		19,0-22,0	19,4-22,7	9,9-23,8	5,1-17,7	19,8-22,8	20,3-23,4	14,7-29,8	5,1-16,8
Faible consommation de fruits et légumes	%	53,9	54,9	42,6	34,6	48,3	48,9	40,2	40,9	47,5	47,2	49,6	52,6
	IC	52,2-55,6	53,1-56,7	36,2-48,9	24,8-44,4	46,5-50,1	47,0-50,7	31,5-48,8	30,8-50,9	45,5-49,4	45,1-49,2	41,0-58,1	42,0-63,1
Tabagisme	%	25,5	25,6	28,8	14,6	23,6	23,6	26,4	19,5	22,5	22,6	23,5	18,8
	IC	23,9-27,1	24,0-27,2	22,1-36,4	7,6-24,3	21,9-25,3	21,8-25,4	17,9-36,4	11,8-29,3	20,9-24,1	20,9-24,3	16,8-31,3	11,2-28,7
Surplus de poids	%	45,2	45.0	50,2	47,2	47,6	47,7	49.0	43,8	47,6	47,4	52,3	48,3
	IC	43,4-47,1	43,1-46,8	42,6-57,7	36,4-57,9	45,7-49,6	45,7-49,7	39,7-58,2	32,2-55,3	45,7-49,6	45,4-49,4	43,5-61,0	36,9-59,7
Sédentaire pendant les activités de loisirs	%	22.0	22,2	15,7	27,8	22,1	22,5	14,5	21,3	20,7	20,4	16,1	32,3
	IC	20,6-23,5	20,7-23,7	11,0-21,4	18,6-38,5	20,5-23,8	20,8-24,2	8,6-22,3	12,9-31,8	19,1-22,3	18,7-22,1	11,0-22,4	21,3-44,9
Deux facteurs de risque ou plus (sédentaire pendant les loisirs)	%	53,4	53,8	49,5	45,6	51,6	52,3	45,9	38,7	50,9	50,8	52,2	52,2
	IC	51,7-55,1	52,0-55,5	41,9-57,1	33,8-57,4	49,7-53,6	50,4-54,2	36,3-55,4	27,3-51,1	48,8-53,1	48,6-53,0	43,9-60,6	40,9-63,4
Problèmes de santé modérés ou graves	%	21,4	21,3	22,7	21,3	22.0	21,8	29.0	20,3	21,3	20,9	26.0	25,8
	IC	20,0-22,7	19,9-22,7	17,0-28,4	13,8-30,5	20,6-23,5	20,3-23,3	20,9-38,3	11,9-31,1	19,8-22,9	19,3-22,5	20,0-32,8	17,4-35,6
Limitation d'activités	%	27,8	27,6	32,1	26,2	22,8	22,7	29,6	15,4	24,3	24,4	30,9	15,9
	IC	26,4-29,2	26,2-29,0	25,5-38,7	18,1-35,8	21,3-24,2	21,2-24,2	21,1-39,2	9,0-23,8	22,8-25,9	22,8-26,0	23,9-38,0	9,7-23,9
Perception de l'état de santé comme étant passable ou mauvais	%	8,8	8,6	11,3	13,1	8,8	8,9	7,4		7,6	7,4	8,5	11,4
	IC	8,0-9,7	7,8- 9,4	6,7-17,6	6,9-21,9	7,8-9,7	7,9- 9,9	3,5-13,5		6,8-8,5	6,5- 8,3	5,4-12,8	5,0-21,2
Perception de la santé dentaire comme étant passable ou mauvaise	%	11,5	11,3	14,6	15,2	10.0	9,5	14,7	19,5	ND	ND	ND	ND
	IC	10,4-12,6	10,2-12,4	9,4-21,1	8,9-23,6	8,8-11,2	8,3-10,7	8,8-22,6	11,5-30,0				
Faible appartenance à la communauté	%	46,8	46,8	47,1	42,8	46,4	46,6	42,7	44,8	42,7	42,9	41,9	38.0
	IC	45,0-48,5	45,0-48,7	39,8-54,4	32,6-52,9	44,3-48,5	44,4-48,8	34,3-51,1	33,5-56,0	40,7-44,6	40,9-45,0	33,6-50,3	28,0-48,1

Tableau 11 Résultats et intervalles de confiance par langue maternelle, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, autres RMR (suite)

		Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre
		2003				**2007-2008**				**2009-2010**			
Faible soutien émotionnel ou informationnel	%	ND	ND	ND	ND	10,5	10,5	8,7	12,8	9,4	9,1	12,5	12,9
	IC					9,3-11,7	9,3-11,7	4,7-14,5	6,9-21,0	8,5-10,3	8,1-10,0	7,4-19,4	7,0-21,0
Deux maladies chroniques ou plus chez les 40 ans et plus	%	ND	ND	ND	ND	22,8	22,5	27,7	25,8	21,7	21,5		
	IC					21,0-24,6	20,6-24,4	18,1-39,1	11,3-45,5	19,8-23,6	19,6-23,5		
Détresse psychologique élevée	%	ND	ND	ND	ND	20,2	20,5	16,5	17,3	18,7	18,1	25.0	24,1
	IC					18,8-21,7	19,0-22,0	10,6-24,0	9,3-28,4	17,2-20,2	16,6-19,7	18,3-32,6	15,5-34,7

Tableau 12 Résultats et intervalles de confiance par langue maternelle, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, hors RMR

		Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre
		2003				**2007-2008**				**2009-2010**			
Consommation abusive d'alcool	%	16,5	16,6	14,9	15,7	17,6	17,7	17,2		19,6	19,8		
	IC	15,4-17,6	15,4-17,7	9,9-21,3	11,1-21,4	16,5-18,7	16,6-18,9	12,9-22,2		18,2-21,0	18,3-21,3		
Faible consommation de fruits et légumes	%	54.0	54,1	52,9	49,1	46,7	46,7	48,5	44,3	49,4	49,3	54,3	38,9
	IC	52,4-55,5	52,5-55,7	46,3-59,6	39,1-59,1	45,4-48,1	45,3-48,1	41,8-55,3	29,6-59,7	47,5-51,2	47,4-51,2	45,6-62,9	24,6-54,9
Tabagisme	%	25,3	25,3	24,7	23,6	24,7	24,8	25,2	18,4	25,6	25,1	40,6	13,4
	IC	24,0-26,6	24,0-26,7	18,8-30,6	18,0-29,3	23,3-26,1	23,4-26,2	19,8-30,6	9,8-30,2	24,0-27,2	23,4-26,8	31,6-49,7	6,3-24,0
Surplus de poids	%	50,8	50,3	62,2	54,9	51,7	51,3	60,3	55,8	52,6	52,5	54,9	52,3
	IC	49,1-52,6	48,5-52,1	55,4-69,1	44,4-65,4	50,2-53,1	49,8-52,7	53,4-67,2	42,9-68,8	50,9-54,3	50,8-54,3	45,5-64,3	35,8-68,5
Sédentaire pendant les activités de loisirs	%	28,6	28,7	24.0	35.0	27,4	27,2	29.0	37,8	27,6	27,3	34,8	24,7
	IC	27,2-30,1	27,2-30,3	17,9-31,1	24,6-46,5	26,1-28,7	25,8-28,5	22,8-35,2	23,1-54,4	25,8-29,4	25,5-29,1	26,1-43,6	12,0-41,9
Deux facteurs de risque ou plus (sédentaire pendant les loisirs)	%	56,1	56,1	56,8	55,2	54,2	54.0	60,5	54.0	55,4	55,3	63,4	38,4
	IC	54,6-57,6	54,5-57,7	50,2-63,5	43,6-66,8	52,6-55,9	52,4-55,6	54,1-66,9	37,7-69,8	53,8-57,1	53,6-57,0	54,9-72,0	23,4-55,2
Problèmes de santé modérés ou graves	%	23,5	23.0	31,2	34,3	23,6	23,3	30,6	24,9	24,7	24,4	26,8	40,1
	IC	22,3-24,7	21,8-24,3	24,3-38,1	24,9-43,7	22,3-24,9	22,0-24,6	24,5-36,6	13,3-39,9	23,2-26,2	22,8-25,9	19,8-34,8	25,1-56,7
Limitation d'activités	%	30,2	29,9	36,6	34,9	26.0	25,7	31,2	30,7	28,4	27,7	39,6	37,9
	IC	28,8-31,6	28,4-31,3	29,6-43,7	25,9-43,9	24,6-27,3	24,3-27,1	24,9-37,4	17,8-46,3	26,8-30,0	26,1-29,4	31,2-48,1	22,6-55,2
Perception de l'état de santé comme étant passable ou mauvais	%	11,4	10,9	20,5	21,5	11,3	11.0	12,8	23,6	11,6	11,2		
	IC	10,6-12,3	10,0-11,8	14,8-27,4	13,7-31,2	10,4-12,1	10,2-11,8	8,2-18,7	12,0-38,9	10,6-12,6	10,2-12,2		
Perception de la santé dentaire comme étant passable ou mauvaise	%	14,4	14.0	21,5	24,1	12,5	12,1	18,7	25,6	ND	ND	ND	ND
	IC	13,3-15,4	12,9-15,0	15,9-28,1	16,8-32,7	11,6-13,5	11,1-13,0	14,2-23,9	14,2-40,2				
Faible appartenance à la communauté	%	38,3	38,9	26,1	30,5	37,8	37,8	34,4	48,6	40,6	40,7	37,3	46,1
	IC	36,6-40,0	37,2-40,6	19,6-33,4	20,6-40,4	36,4-39,3	36,3-39,3	27,3-41,5	33,4-64,0	38,6-42,5	38,7-42,6	28,6-46,0	29,7-63,1

Tableau 12 Résultats et intervalles de confiance par langue maternelle, 2003, 2007-2008 et 2009-2010, hors RMR (suite)

		Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre	Total	Français	Anglais	Autre
		2003				**2007-2008**				**2009-2010**			
Faible soutien émotionnel ou informationnel	%	ND	ND	ND	ND	12,6	12,6	11,7		12,1	12,2		
	IC					11,6-13,5	11,5-13,6	7,7-17,0		11,1-13,2	11,1-13,3		
Deux maladies chroniques ou plus chez les 40 ans et plus	%	ND	ND	ND	ND	23,3	23,2	27,4	14,8	25,7	25,3	33,1	29,4
	IC					21,8-24,7	21,7-24,7	20,4-35,3	7,1-25,9	24,1-27,3	23,7-26,9	24,1-42,1	12,4-52,0
Détresse psychologique élevée	%	ND	ND	ND	ND	19,9	20,1	18.0		18,7	18,7	16,6	22,1
	IC					18,6-21,3	18,8-21,5	13,2-23,5		17,5-19,9	17,5-20,0	11,0-23,7	10,8-37,6

N° de publication : 1703

EXPERTISE
CONSEIL

INFORMATION

FORMATION

www.**inspq**.qc.ca

RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION

COLLABORATION
INTERNATIONALE

LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique
Québec