

INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

SANTÉ

L'Enquête québécoise
sur la santé de la population,
2008 : pour en savoir plus
sur la santé des Québécois



Pour tout renseignement concernant l'ISQ
et les données statistiques dont il dispose,
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1R 5T4

Téléphone : 418 691-2401 ou 1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
4^e trimestre 2010
ISBN 978-2-550-60176-0 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-60177-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010

Toute reproduction est interdite
sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm

Novembre 2010

Avant-propos

Au cours des dernières années, l'Institut de la statistique du Québec a étroitement collaboré avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'élaboration d'une programmation d'enquêtes permettant d'assurer une production de données axée sur les besoins du Ministère et de ses partenaires, notamment en matière de planification sociosanitaire. Les données issues de ces enquêtes constituent une source d'information cruciale à l'élaboration, à l'amélioration et au suivi des programmes destinés à la population. Elles permettent non seulement de mesurer l'état de santé des Québécois et d'en comprendre les déterminants, mais contribuent également à soutenir l'évaluation des programmes et des services du Ministère et de son réseau. Elles sont aussi une source d'information unique pour suivre l'évolution de l'état de santé dans le temps.

L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 (EQSP), dont nous présentons les premiers résultats dans ce rapport, s'inscrit dans cette nouvelle génération d'enquêtes planifiées à des fins de surveillance au *Plan ministériel d'enquêtes sociales et de santé*. L'EQSP 2008, menée auprès de 38 000 personnes, constitue le premier projet d'envergure réalisé dans le cadre du volet « État de santé de la population ». Nous profitons de l'occasion pour remercier de nouveau le MSSS pour la confiance qu'il témoigne à l'Institut dans la mise en œuvre de ce programme.

Le présent rapport est avant tout un portrait statistique qui permet d'en apprendre plus sur certains aspects de la santé physique et mentale ainsi que des habitudes de vie des Québécois de 15 ans et plus vivant en ménage privé. Nous sommes convaincus que l'information fournie dans ce rapport contribuera à enrichir les connaissances et à appuyer la prise de décision portant sur la santé des Québécois. Un recueil statistique présentant les données régionales accompagne le rapport, et d'autres publications suivront. Nous croyons que, tout en informant la population sur son état de santé, les données de l'EQSP 2008, dont le potentiel d'exploitation est immense, seront utiles aux différents acteurs de la société, en particulier les décideurs publics, les chercheurs et les étudiants, dans leur réflexion visant à améliorer l'état de santé des Québécois.

Le directeur général,



Stéphane Mercier

Produire une information statistique pertinente, fiable et objective, comparable, actuelle, intelligible et accessible, c'est là l'engagement « qualité » de l'Institut de la statistique du Québec.

Cette publication a été réalisée par :

Hélène Camirand, Francine Bernèche, Linda Cazale, Renée Dufour et Jimmy Baulne
Institut de la statistique du Québec

Avec la collaboration de :

Sylvie Bernier, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Jocelyne Camirand, Institut de la statistique du Québec
Régis Couture, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Chantal Galarneau, Institut national de santé publique du Québec
Pascale Leclerc, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Gilles Légaré, Institut national de santé publique du Québec
Lyne Mongeau, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Nadon, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Sous la coordination de :

Mikaël Berthelot, Institut de la statistique du Québec

À l'Institut de la statistique du Québec, ont assuré

la lecture des chapitres : Robert Courtemanche, Gaétane Dubé, Ghyslaine Neill, Nathalie Plante et Daniel Tremblay
la mise en page du rapport : Andrée Roy
la révision linguistique : Nicole Descroisselles et Micheline Lampron (pigiste)
le traitement des données : Brigitte Beauvais, Maude Dumont, Guillaume Marois et Issouf Traoré
la vérification des données : Maude Dumont

Enquête subventionnée par :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Rapport subventionné par :

Institut de la statistique du Québec

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 500
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : 514 873-4749 ou 1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Télécopieur : 514 864-9919

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée pour le rapport :

CAMIRAND, Hélène, Francine BERNÈCHE, Linda CAZALE, Renée DUFOUR, Jimmy BAULNE et autres (2010). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 205 p.

Citation suggérée pour un chapitre :

CAZALE, Linda, Renée DUFOUR, Lyne MONGEAU et Sylvie NADON (2010). « Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants », dans : *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7, p. 131-157.

Avertissement :

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.
Afin de faciliter la lecture des résultats, les proportions de 5 % et plus sont généralement arrondies à l'unité dans le texte.

Signes conventionnels :

- ... N'ayant pas lieu de figurer
- Néant ou zéro
- Donnée infime
- * Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
- ** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Abréviations :

- CV Coefficient de variation
- IC Intervalle de confiance
- Pe Population estimée
- k En milliers

Remerciements

L'élaboration et la réalisation de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* ont pu se faire grâce à l'apport de personnes dont la compétence a permis l'atteinte des objectifs visés. Des premières séances de travail au début du développement du projet, à l'automne 2006, jusqu'à la publication de ce rapport, nous avons pu compter sur leur collaboration, et nous les en remercions chaleureusement.

Tout au long de la réalisation du projet, nous avons largement bénéficié de l'expertise, de l'engagement et du soutien des membres du comité d'orientation de projet (COP). Nos sincères remerciements s'adressent à Josée Bourdages de la Direction de la surveillance de l'état de santé (MSSS) pour son implication en tant que co-présidente du comité, ainsi qu'aux personnes suivantes :

- Robert Arcand, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec;
- Carole Beaudoin, Direction de la surveillance de l'état de santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Sylvie Bernier, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- Régis Couture, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean;
- Monique Godin, Direction de la surveillance de l'état de santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Denis Hamel, Direction Systèmes de soins et services et maladies chroniques, Institut national de santé publique du Québec;
- Pascale Leclerc, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
- Marlène Mercier, Direction de la protection de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Sylvie Nadon, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Nous tenons à souligner également la contribution des co-auteurs des chapitres et des lecteurs externes, qui, grâce à leurs précieux commentaires, nous ont permis d'améliorer la présentation des résultats de l'enquête. En plus des membres du comité d'orientation qui ont collaboré à la rédaction du rapport, nous remercions aussi :

- Chantal Galarneau, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec;
- Gilles Légaré, Direction Systèmes de soins et services et maladies chroniques, Institut national de santé publique du Québec;
- Lyne Mongeau, Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

À l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la préparation et la réalisation de cette première édition de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* ont largement reposé sur la compétence, la rigueur et l'engagement d'une équipe de professionnels qui n'a ménagé aucun effort tout au long des travaux. Parmi eux, nos remerciements vont particulièrement à Jimmy Baulne (également membre du COP) et Robert Courtemanche de la Direction de la méthodologie et de la qualité; à Charles Alleyn, Sophie Bérubé, Karine Moisan, Joëlle Poulin et Marie-Eve Saint-Amand de la Direction des stratégies et des opérations de collecte; à Nadège Jean et Paule Maurais de la Direction des statistiques du travail et de la rémunération; à Nathalie Audet, Maude Dumont, Éric Fortin et Andrée Roy de la Direction des enquêtes longitudinales et sociales; ainsi qu'à Jacinthe Aubin, Brigitte Beauvais, Francine Bernèche,

Hélène Camirand (également membre du COP), Linda Cazale, Renée Dufour (également membre du COP), Danny Du Mays, Guillaume Marois et Issouf Traoré de la Direction des statistiques de santé. Il faut souligner aussi l'excellence du travail réalisé par les interviewers de l'ISQ, qui ont su faire preuve de doigté avec les répondants en abordant des sujets de l'enquête parfois difficiles.

Nous ne pouvons terminer sans remercier Daniel Tremblay, directeur général adjoint aux statistiques et à l'analyse sociales, et Ghyslaine Neill, directrice des statistiques de santé, pour leur soutien apporté tout au long du projet.

Mikaël Berthelot
Co-président du comité d'orientation de projet
Institut de la statistique du Québec

Table des matières

Lexique	19
Introduction.....	21
Chapitre 1 - Aspects méthodologiques.....	25
Introduction	25
1.1 Plan d'échantillonnage et stratégie de collecte	25
1.1.1 Population cible	25
1.1.2 Base de sondage et méthode de sélection	26
1.1.3 Taille de l'échantillon.....	26
1.1.4 Stratégie de collecte des données	28
1.1.5 Taux de réponse et taux de déclaration par procuration	30
1.2 Traitement des données	32
1.2.1 Validation, saisie et codification.....	32
1.2.2 Estimations.....	32
1.2.3 Imputation.....	34
1.2.4 Analyse.....	36
1.3 Présentation des résultats	36
1.4 Portée et limites de l'enquête	37
Références bibliographiques	38
Annexe.....	39
Chapitre 2 - Caractéristiques de la population.....	41
Faits saillants.....	41
Introduction	42
2.1 Aspects méthodologiques	42
2.1.1 Caractéristiques sociodémographiques	42
2.1.2 Caractéristiques socioéconomiques.....	43
2.2 Caractéristiques sociodémographiques	44
2.2.1 Structure par âge et sexe	44
2.2.2 Composition du ménage.....	45
2.2.3 Naissance au Canada ou durée de résidence.....	46
2.2.4 Langue parlée à la maison	47
2.3 Caractéristiques socioéconomiques	48
2.3.1 Scolarité	48
2.3.2 Revenu	49
2.3.3 Perception de sa situation financière et de la durée de la pauvreté.....	50
2.3.4 Occupation principale	52
Conclusion.....	53
Références bibliographiques	54

Chapitre 3 - Perception de l'état de santé	55
Faits saillants	55
Introduction	56
3.1 Aspects méthodologiques	56
3.2 Résultats	57
3.2.1 Analyse selon certaines caractéristiques sociodémographiques	57
3.2.2 Analyse selon certaines caractéristiques socioéconomiques	59
3.2.3 Analyse selon certains comportements ou conditions physiques	61
3.2.4 Analyse selon certains indicateurs de santé mentale et sociale	63
Conclusion	64
Références bibliographiques	65
 Chapitre 4 - Santé mentale.....	 67
Faits saillants	67
Introduction	68
4.1 Aspects méthodologiques	68
4.1.1 Satisfaction à l'égard de sa vie sociale	68
4.1.2 Détresse psychologique	69
4.1.3 Idées suicidaires sérieuses et tentatives de suicide	69
4.2 Résultats	70
4.2.1 Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale	70
4.2.2 Détresse psychologique	72
4.2.3 Idées suicidaires sérieuses et tentatives de suicide sur une période de 12 mois.....	75
Conclusion	80
Références bibliographiques	81
Annexe.....	82
 Chapitre 5 - Blessures et troubles musculosquelettiques	 83
Faits saillants	83
Introduction	84
5.1 Aspects méthodologiques	84
5.1.1 Blessures non intentionnelles	84
5.1.2 Blessures attribuables à des mouvements répétitifs	85
5.1.3 Troubles musculosquelettiques	86
5.2 Résultats	86
5.2.1 Blessures non intentionnelles	86
5.2.2 Chutes chez les personnes de 65 ans et plus	93
5.2.3 Blessures attribuables à des mouvements répétitifs	96
5.2.4 Troubles musculosquelettiques	100
Conclusion	104
Références bibliographiques	105
Annexe.....	106

Chapitre 6 - Santé buccodentaire	107
Faits saillants	107
Introduction	108
6.1 Aspects méthodologiques	108
6.1.1 Perception de la santé buccodentaire	108
6.1.2 Édentation	108
6.1.3 Fréquence du brossage des dents (ou prothèses)	109
6.1.4 Fréquence de l'utilisation de la soie dentaire	109
6.2 Résultats	109
6.2.1 Perception de la santé buccodentaire	109
6.2.2 Édentation	115
6.2.3 Brossage des dents	117
6.2.4 Utilisation de la soie dentaire	123
Conclusion	126
Références bibliographiques	127
Annexe	129
 Chapitre 7 - Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants	 131
Faits saillants	131
Introduction	132
7.1 Aspects méthodologiques	132
7.1.1 Statut pondéral (indice de masse corporelle)	132
7.1.2 Perception à l'égard de son poids	133
7.1.3 Actions entreprises concernant son poids	133
7.2 Résultats	136
7.2.1 Statut pondéral	136
7.2.2 Perception à l'égard de son poids	139
7.2.3 Actions entreprises concernant son poids	141
Conclusion	151
Références bibliographiques	153
Annexe	155
 Chapitre 8 - Consommation de drogues	 159
Faits saillants	159
Introduction	160
8.1 Aspects méthodologiques	161
8.2 Résultats	162
8.2.1 Consommation de drogues	162
8.2.2 Facteurs associés à la consommation de drogues	166
Conclusion	168
Références bibliographiques	169
Annexe	171

Chapitre 9 - Comportements sexuels et usage de la contraception	173
Faits saillants	173
Introduction	174
9.1 Aspects méthodologiques	174
9.1.1 Comportements sexuels	174
9.1.2 Usage de la contraception	175
9.1.3 Utilisation du condom.....	176
9.1.4 Infections transmises sexuellement	176
9.2 Résultats	177
9.2.1 Comportements sexuels	177
9.2.2 Usage de la contraception	179
9.2.3 Utilisation du condom.....	182
9.2.4 Infections transmises sexuellement	185
Conclusion.....	186
Références bibliographiques	187
 Chapitre 10 - Comportements de santé propres aux femmes	 189
Faits saillants	189
Introduction	190
10.1 Aspects méthodologiques	190
10.1.1 Usage de la cigarette parmi les utilisatrices de la contraception hormonale combinée	190
10.1.2 Test de Pap.....	191
10.2 Résultats	192
10.2.1 Usage de la cigarette parmi les utilisatrices de la contraception hormonale combinée âgées de 15 à 49 ans	192
10.2.2 Test de Pap chez les femmes de 18 à 69 ans.....	193
Conclusion.....	196
Références bibliographiques	197
 Conclusion	 199
Vue d'ensemble.....	199
Perspective transversale de l'état de santé et de ses déterminants.....	202
Pistes d'analyse et de recherche	204
Suivi de l'état de santé et de ses déterminants	205

Liste des tableaux et figures

TABLEAUX

Chapitre 1

1.1	Nombre de répondants visé, avec et sans l'échantillon supplémentaire, selon la région sociosanitaire, Québec, 2008	28
1.2	Nombre de questions posées dans le questionnaire selon la section, Québec, 2008.....	30
1.3	Taux de réponse global pondéré et nombre de répondants selon la région sociosanitaire, Québec, 2008	31
1.4	Taux pondéré de non-réponse partielle (NRP) pour la question 120 et l'indice du niveau de revenu du ménage avant imputation, pour deux sous-populations, Québec, 2008	35

Chapitre 2

2.1	Répartition de la population de 15 ans et plus selon le sexe et l'âge, Québec, 2008	45
2.2	Composition du ménage selon le sexe et l'âge du répondant, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	46
2.3	Naissance au Canada ou dans un autre pays selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	47
2.4	Langue parlée à la maison selon le sexe et l'âge du répondant, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	47
2.5	Niveau de scolarité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	48
2.6	Revenu annuel du ménage par tranche de revenu selon le sexe et l'âge du répondant, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	49
2.7	Indice du niveau de revenu du ménage selon le sexe et l'âge du répondant, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	50
2.8	Perception de sa situation financière selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	51
2.9	Occupation principale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	52

Chapitre 3

3.1	Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	58
3.2	Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	60

Chapitre 4

4.1	Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale selon certaines caractéristiques démographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	70
-----	--	----

4.2	Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	71
4.3	Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale selon certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	72
4.4	Niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (K6) selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	73
4.5	Niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (K6) selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	74
4.6	Niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (K6) selon certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	75
4.7	Idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	76
4.8	Idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	77
4.9	Idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	78
4.10	Tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	79
4.11	Tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois selon certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	80

Chapitre 5

5.1	Victimes d'une blessure non intentionnelle au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	87
5.2	Circonstances de la blessure, population de 15 ans et plus victime de blessure non intentionnelle, Québec, 2008	90
5.3	Victimes d'une blessure non intentionnelle causée par une chute selon certaines caractéristiques personnelles, population de 65 ans et plus, Québec, 2008	95
5.4	Circonstances de la chute, population de 65 ans et plus victime d'une blessure non intentionnelle causée par une chute, Québec, 2008	96
5.5	Victimes d'une blessure attribuable à des mouvements répétitifs au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	97
5.6	Victimes d'une blessure attribuable à des mouvements répétitifs au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	98
5.7	Circonstances de la blessure, population de 15 ans et plus victime d'une blessure attribuable à des mouvements répétitifs, Québec, 2008	99
5.8	Personnes ayant eu des troubles musculosquelettiques (TMS) selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	101
5.9	Personnes ayant eu des troubles musculosquelettiques (TMS) selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	101
5.10	Personnes ayant eu des troubles musculosquelettiques (TMS) selon certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	102

5.11	Personnes ayant eu des troubles musculosquelettiques (TMS) selon la région corporelle et le lien avec le travail, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	103
------	--	-----

Chapitre 6

6.1	Perception de sa santé buccodentaire passable ou mauvaise selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	112
6.2	Perception de sa santé buccodentaire passable ou mauvaise selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	113
6.3	Perception de sa santé buccodentaire passable ou mauvaise selon certains comportements ou indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	114
6.4	Perception de sa santé buccodentaire passable ou mauvaise selon certaines situations ou habitudes d'hygiène dentaire, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	114
6.5	Personnes complètement édentées selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	115
6.6	Personnes complètement édentées selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	117
6.7	Brossage des dents (ou prothèses) au moins deux fois par jour selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	120
6.8	Brossage des dents (ou prothèses) au moins deux fois par jour selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	121
6.9	Brossage des dents (ou prothèses) au moins deux fois par jour selon certains comportements ou indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	122
6.10	Brossage des dents (ou prothèses) au moins deux fois par jour selon certaines situations ou habitudes d'hygiène dentaire, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	122
6.11	Utilisation de la soie dentaire tous les jours selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle, Québec, 2008	125
6.12	Utilisation de la soie dentaire tous les jours selon le niveau de scolarité et l'occupation principale, population de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle, Québec, 2008	125

Chapitre 7

7.1	Statut pondéral selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	136
7.2	Statut pondéral selon le niveau de scolarité et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	138
7.3	Statut pondéral selon l'indice du niveau de revenu du ménage et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	139
7.4	Perception à l'égard de son poids selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	140
7.5	Perception à l'égard de son poids selon le statut pondéral et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	141
7.6	Principale action entreprise concernant son poids selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	142
7.7	Principale action entreprise concernant son poids selon le statut pondéral et la perception à l'égard de son poids, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	144
7.8	Consultation auprès de professionnels de la santé selon le sexe et le statut pondéral, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir, Québec, 2008.....	148

7.9	Nombre de recours à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité selon le statut pondéral et le sexe, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir, Québec, 2008	149
-----	---	-----

Chapitre 8

8.1	Type de consommateurs de drogues selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	163
8.2	Nombre de drogues consommées au cours de la vie selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	164
8.3	Consommation du cannabis ou d'autres drogues selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois, Québec, 2008	165
8.4	Type de drogues consommées au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	166

Chapitre 9

9.1	Nombre de partenaires sexuels selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus active sexuellement, Québec, 2008	178
9.2	Nombre de partenaires sexuels selon le sexe de la personne et le sexe des partenaires, population de 15 ans et plus active sexuellement, Québec, 2008	179
9.3	Utilisation habituelle d'un moyen contraceptif selon l'âge, le niveau de scolarité et le nombre de partenaires, population féminine de 15 à 49 ans active sexuellement, Québec, 2008	180
9.4	Utilisation habituelle d'un moyen contraceptif selon l'âge, le niveau de scolarité et le nombre de partenaires, population masculine de 15 ans et plus active sexuellement, Québec, 2008	181
9.5	Fréquence d'utilisation du condom selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus active sexuellement, Québec, 2008	182
9.6	Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle avec pénétration selon le sexe, l'âge, le nombre de partenaires et le sexe des partenaires, population de 15 ans et plus active sexuellement, Québec, 2008	184
9.7	Proportion de personnes ayant déjà reçu un diagnostic d'infection transmise sexuellement (ITS) selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus ayant eu des relations sexuelles au cours de sa vie, Québec, 2008	185

FIGURES

Chapitre 2

2.1	Population de 15 ans et plus se percevant pauvre ou très pauvre selon la durée perçue de la pauvreté, Québec, 2008	51
-----	--	----

Chapitre 3

3.1	Perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	57
3.2	Perception de l'état de santé selon le statut de fumeur, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	61
3.3	Perception de l'état de santé selon le statut pondéral et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	62
3.4	Perception de l'état de santé selon le niveau de détresse psychologique et la satisfaction à l'égard de sa vie sociale, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	63

Chapitre 4

4.1	Niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (K6) selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	73
-----	--	----

Chapitre 5

5.1	Victimes d'une blessure non intentionnelle au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	88
5.2	Victimes d'une blessure causée par une chute selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus victime de blessure non intentionnelle, Québec, 2008	90
5.3	Lieu de la blessure selon le sexe, population de 15 ans et plus victime de blessure non intentionnelle, Québec, 2008.....	91
5.4	Lieu de la blessure selon l'âge, population de 15 ans et plus victime de blessure non intentionnelle, Québec, 2008.....	92
5.5	Type d'activité pratiquée lors de la blessure selon le sexe, population de 15 ans et plus victime de blessure non intentionnelle, Québec, 2008	93

Chapitre 6

6.1	Perception de sa santé buccodentaire selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	110
6.2	Perception de sa santé buccodentaire passable ou mauvaise selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	111
6.3	Personnes complètement édentées selon le sexe et l'âge, population de 45 ans et plus, Québec, 2008.....	116
6.4	Fréquence du brossage des dents (ou prothèses) selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	118
6.5	Brossage des dents (ou prothèses) au moins deux fois par jour selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	119

6.6	Fréquence d'utilisation de la soie dentaire selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	123
6.7	Utilisation de la soie dentaire au moins une fois par jour selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	124

Chapitre 7

7.1	Nombre de tentatives faites pour perdre du poids selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids, Québec, 2008.....	145
7.2	Fréquence du recours à une diète ou à un programme d'amaigrissement commercial selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir, Québec, 2008.....	147
7.3	Nombre de méthodes saines selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir, Québec, 2008.....	150

Chapitre 8

8.1	Consommation de drogues selon la composition du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	167
8.2	Consommation de drogues selon le niveau de scolarité et l'occupation principale, population de 15 ans et plus, Québec, 2008.....	168

Chapitre 9

9.1	Personnes actives sexuellement selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008	177
-----	---	-----

Chapitre 10

10.1	Fumeuses actuelles selon l'utilisation de la contraception hormonale combinée (CHC) et l'âge, population féminine de 15 à 49 ans active sexuellement, Québec, 2008	193
10.2	Passation du dernier test de Pap depuis moins de trois ans selon l'âge, population féminine de 18 à 69 ans, Québec, 2008.....	194
10.3	Passation du dernier test de Pap depuis moins de trois ans selon la naissance au Canada ou la durée de résidence, population féminine de 18 à 69 ans, Québec, 2008	194
10.4	Passation du dernier test de Pap depuis moins de trois ans selon le niveau de scolarité, population féminine de 18 à 69 ans, Québec, 2008	195

Lexique

Composition du ménage : description du type de situation correspondant au foyer du répondant en tenant compte de tous les membres du ménage. Le ménage privé est constitué de la personne ou des personnes occupant un même logement privé. Cinq catégories ont été établies : personne vivant seule, couple sans enfant, couple avec enfants, famille monoparentale, autre. Cette dernière catégorie inclut principalement des ménages composés de personnes apparentées par des liens autres que conjugaux ou filiaux ou de personnes non apparentées (colocataires).

Idées suicidaires sérieuses : information couvrant deux périodes de référence, soit « au cours de la vie » et « sur une période de douze mois », recueillie par les questions : « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous enlever la vie? » et « Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois? ». Dans l'analyse des données, les personnes ayant fait une tentative de suicide sont soustraites de la population ayant eu des idées suicidaires sérieuses.

Indice du niveau de revenu du ménage : indice inspiré d'une variable créée par Statistique Canada dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005*. Il est établi à partir du revenu total du ménage, du nombre de personnes composant ce ménage et des seuils de faible revenu définis en fonction de la taille du ménage et de la communauté de résidence du répondant. Il se divise en cinq quintiles, allant des revenus les plus faibles (quintile 1) aux plus élevés (quintile 5). Cet indice comporte une imputation des valeurs manquantes.

Langue parlée à la maison : langue parlée le plus souvent à la maison, avec possibilité d'indiquer deux langues si elles sont parlées aussi souvent l'une que l'autre. Les résultats sont regroupés en trois catégories (au moins le français, au moins l'anglais mais pas le français, ni français ni anglais) ou en quatre catégories (français seulement, français et autre(s) langue(s), anglais avec ou sans autre(s) langue(s) en excluant le français, ni français ni anglais).

Naissance au Canada ou durée de résidence : information tirée d'une question demandant à la personne si elle est née au Canada ou non, et de deux questions sur la durée de résidence au Canada pour les personnes ayant répondu « non ». Le répondant pouvait indiquer l'année de son arrivée au Canada pour s'y établir ou choisir parmi les trois durées proposées (moins de 5 ans, 5 à 10 ans, plus de 10 ans). Les résultats sur la durée de résidence concernent les personnes nées dans un autre pays selon qu'elles demeurent au Canada depuis moins de cinq ans ou depuis cinq ans ou plus.

Niveau de détresse psychologique : mesure faite au moyen de l'échelle K6 élaborée par Kessler. Cette mesure est fondée sur six questions et établit à quelle fréquence, au cours du dernier mois, la personne s'est sentie nerveuse, désespérée, agitée, si déprimée que plus rien ne pouvait la faire sourire, a eu l'impression que tout lui demandait un effort ou, finalement, a eu le sentiment d'être bonne à rien. Les scores globaux, qui résultent de la somme des scores obtenus aux six questions, varient de 0 à 24; plus la cote est élevée, plus la détresse psychologique est prononcée. Un score de 7 ou plus correspond à la valeur du quintile supérieur de l'échelle et indique que la personne se situe à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique. Les résultats ne doivent pas être interprétés comme des prévalences.

Niveau de scolarité : plus haut niveau de scolarité complété par un individu, en indiquant le diplôme le plus élevé obtenu. Quatre catégories ont été retenues : niveau inférieur au DES, diplôme d'études secondaires (DES), diplôme ou certificat d'études collégiales, diplôme d'études universitaires. La seconde catégorie (DES) inclut aussi les études partielles menées au niveau suivant. La troisième catégorie comprend les diplômes ou les certificats d'études d'un cégep, d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle et les études partielles à l'université.

Occupation principale : activité exercée de manière habituelle au cours des douze derniers mois. Quatre catégories d'individus sont identifiées : les travailleurs, les étudiants, les personnes sans emploi, les retraités. Les travailleurs comprennent les personnes occupant un emploi à temps plein ou partiel ainsi que les travailleurs en congé (maladie, maternité ou paternité, etc.). Les personnes sans emploi incluent les personnes qui reçoivent des prestations (assurance-emploi, aide sociale) et celles qui tiennent maison.

Perception à l'égard de son poids : autoévaluation de son poids provenant d'une question, soit « Considérez-vous que vous... 1) avez un excès de poids, 2) êtes trop maigre, 3) êtes à peu près normal(e)? ». Ces choix de réponse forment les trois catégories utilisées dans l'analyse.

Perception de l'état de santé (ou de sa santé) : autoévaluation de son état de santé global. Les répondants sont préalablement informés que le terme « santé » signifie non seulement l'absence de maladie ou de blessure, mais englobe aussi leur bien-être. Les résultats sont regroupés en trois catégories de santé (excellente ou très bonne; bonne; passable ou mauvaise) ou en deux catégories (excellente, très bonne ou bonne; passable ou mauvaise). Ce dernier regroupement permet d'établir la proportion de personnes qui ne se perçoivent pas en bonne santé.

Perception de sa situation financière : information tirée d'une question où les individus évaluent leur situation financière comparativement à celle des personnes de leur âge. Quatre catégories de réponse sont présentées : à l'aise (financièrement), revenus suffisants, pauvre ou très pauvre. L'information est aussi dichotomisée en regroupant, d'une part, les deux premières catégories et, d'autre part, les deux dernières.

Période de référence : période sur laquelle portent les données recueillies au moment de la collecte. Certaines questions de l'enquête peuvent faire référence à des périodes différentes, soit le dernier mois, les six derniers mois ou les douze derniers mois. La présentation des résultats évite de faire référence, par exemple, aux douze mois ayant précédé l'enquête, puisque les répondants ne se réfèrent pas tous aux mêmes douze mois. Les termes « au cours d'une période de douze mois » ou « sur douze mois » sont généralement préférés.

Satisfaction à l'égard de sa vie sociale : information tirée d'une question où les individus évaluent leur satisfaction à l'égard de leur vie sociale en général, c'est-à-dire de leurs relations avec les gens qui les entourent (parents, amis, connaissances). Les catégories « plutôt insatisfaisante » et « très insatisfaisante » ont été regroupées pour décrire la population insatisfaite de sa vie sociale; les catégories « très satisfaisante » et « plutôt satisfaisante » ont été analysées séparément ou ont été combinées pour identifier les personnes satisfaites.

Statut de fumeur : information provenant d'une question où les individus déclarent si, « actuellement », ils fument tous les jours, à l'occasion ou jamais. Le statut de fumeur est divisé en deux catégories : les fumeurs actuels, qui regroupent les fumeurs réguliers ou occasionnels, et les non-fumeurs. L'analyse de cette information est toujours faite en fonction d'autres variables.

Statut pondéral : fait référence à l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC d'un individu est le rapport de son poids (en kilogrammes) sur sa taille (en mètres) élevée au carré. Les femmes enceintes sont exclues de la population considérée dans le calcul de l'indice. Les résultats sont regroupés en quatre catégories, soit : poids insuffisant, poids normal, embonpoint et obésité.

Tentative de suicide : ensemble des gestes suicidaires qui ne conduisent pas à la mort. L'information récoltée porte sur deux périodes de référence, soit « au cours de la vie » et « sur une période de douze mois ».

Introduction

En 2008, dix ans après la dernière de la série de trois enquêtes sur la santé et le bien-être des Québécois réalisées par Santé Québec (*l'Enquête Santé Québec 1987*, *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* et *l'Enquête sociale et de santé 1998*), l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), renoue avec les enquêtes générales de santé en lançant la première édition d'une nouvelle enquête statutaire à portée régionale, *l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP). Si l'EQSP 2008 se réclame de la tradition des grandes enquêtes générales de santé réalisées au Québec, elle n'en constitue pas moins la première d'une nouvelle génération d'enquêtes conçues et réalisées dans un nouveau contexte légal et administratif.

Un nouveau contexte légal et administratif

L'EQSP 2008 s'inscrit dans le cadre de l'application de la Loi sur la santé publique (L.R.Q., c._S-2.2) sanctionnée par l'Assemblée nationale en 2001. La loi prescrit la réalisation d'enquêtes sociosanitaires auprès de la population afin d'obtenir, de manière récurrente, les renseignements nécessaires à la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population, elle-même légalement reconnue comme fonction essentielle de santé publique. La loi précise que les enquêtes nationales sont confiées à l'Institut de la statistique du Québec qui les exécute en conformité avec les objectifs établis par le ministre, après consultation des directeurs régionaux de santé publique.

Du côté administratif, l'EQSP 2008 découle du Plan ministériel d'enquêtes sociales et de santé élaboré en 2006 pour répondre aux besoins d'information du MSSS et du réseau de la santé et des services sociaux. Plusieurs enjeux sont à considérer dans la mise en œuvre du plan : la représentativité régionale des données, la périodicité dans la réalisation des enquêtes pour suivre l'évolution des indicateurs, la complémentarité avec les enquêtes fédérales en place depuis 2000, la couverture d'indicateurs de santé pour lesquels peu ou pas de données sont disponibles ainsi que la mise à profit des données d'enquêtes à des fins de planification sociosanitaire.

L'objectif du Plan ministériel d'enquêtes sociales et de santé est d'alimenter en données d'enquêtes le Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007 afin de permettre la mesure d'indicateurs de santé et, de ce fait, la réalisation d'études et d'analyses visant à éclairer la prise de décision liée au processus de planification. Dans son volet « État de santé de la population », le plan ministériel propose un programme d'enquêtes sociosanitaires quinquennales qui comprend notamment, en plus de l'EQSP, *l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire* (laquelle sera réalisée en 2010-2011).

Une consultation tenue au printemps 2007 par le MSSS au sein de certaines de ses directions, et auprès des directions régionales de santé publique, des cinq tables de concertation nationales et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), avait permis de faire un premier exercice de priorisation du contenu de ces deux projets d'enquête statutaire en fonction des besoins ainsi que de différents éléments et critères de faisabilité (prévalence, temps d'entrevue, périodicité, budget, etc.).

Les objectifs et les thèmes de l'EQSP 2008

L'objectif général de *l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* est de dresser un portrait de santé de la population par la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, avec une représentativité régionale. Il s'agit :

- de combler certains besoins d'information prioritaires à l'échelle du Québec et de ses régions sur l'état de santé de la population et ses déterminants;
- de suivre l'évolution temporelle, au sein de la population, de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants (en assurant la récurrence de l'enquête).

Plus spécifiquement, l'enquête vise à :

- recueillir des informations sur les indicateurs non couverts ou mal documentés au niveau régional par les sources de données existantes. Une sélection a été effectuée pour l'EQSP 2008 parmi environ 80 indicateurs du Plan commun de surveillance pour lesquels l'enquête constitue la meilleure source. Les indicateurs sélectionnés sont rattachés aux thématiques suivantes :
 - perception de l'état de santé
 - rhinite allergique
 - statut pondéral, perception à l'égard de son poids et utilisation de produits ou moyens amaigrissants
 - santé et hygiène buccodentaire
 - blessures dues et non dues à des mouvements répétitifs
 - environnement organisationnel, troubles musculosquelettiques et exposition à certains agresseurs ou situations à risque au travail
 - satisfaction à l'égard de sa vie sociale
 - détresse psychologique et suicide
 - consommation de drogues
 - comportements sexuels, usage de la contraception et infections transmissibles sexuellement
 - prise de tension artérielle lors de la dernière visite chez un médecin généraliste
 - test de Pap et contraception orale combinée chez les fumeuses
- documenter le développement socio-émotionnel des enfants de 3 à 14 ans (à l'échelle provinciale seulement).

Contrairement aux enquêtes générales de santé réalisées antérieurement au Québec qui cherchaient à documenter l'état de santé de la population et ses déterminants à partir de modèles, la présente enquête vise à combler différents besoins spécifiques d'information.

Une grande enquête innovante

L'EQSP 2008 innove à plusieurs égards. Il s'agit de la première enquête réalisée dans le cadre de la mise en œuvre du Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007. C'est une enquête téléphonique d'envergure, à laquelle plus de 38 000 personnes ont participé pendant un an (de février 2008 à mars 2009) dans 16 régions sociosanitaires¹ du Québec, ce qui assure une représentativité régionale des données. C'est aussi la première enquête de l'ISQ dont les résultats sont déployés à l'Infocentre de santé publique.

La mise en œuvre de l'EQSP 2008 s'est appuyée sur les travaux d'un comité d'orientation de projet (COP) mis sur pied au printemps 2007 pour conseiller l'ISQ et le MSSS dans la réalisation de l'enquête afin que celle-ci réponde adéquatement aux besoins d'information du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux. Co-présidé par l'ISQ et le MSSS, le COP réunit des représentants des directions régionales de santé publique, des tables de concertation nationale en maladies infectieuses, en santé au travail et en santé environnementale, de même que de l'INSPQ.

Un rapport à portée provinciale sur la population de 15 ans et plus

Fruit d'une collaboration avec plusieurs experts, le rapport vise à présenter les principaux résultats de l'EQSP 2008 obtenus au sujet des personnes de 15 ans et plus vivant en ménage privé. Il ne couvre pas toutes les thématiques abordées dans l'enquête ; les données portant sur la rhinite allergique, la prise de tension artérielle, la santé au travail et le développement socio-émotionnel des enfants ne sont pas incluses, mais feront l'objet de productions ultérieures. En proposant des analyses descriptives qui, pour la plupart, pourront être reprises à l'échelle régionale, ce rapport vise à mieux connaître l'état de santé des Québécois et à illustrer à l'échelle provinciale le potentiel des données de l'enquête.

1. Les régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) ne sont pas couvertes par l'enquête.

La présente publication comprend dix chapitres. Le premier décrit les principaux aspects méthodologiques de l'enquête, en particulier le plan d'échantillonnage, les étapes du traitement des données, les méthodes d'analyse et les normes de présentation des résultats; il donne aussi un aperçu de la portée et des limites de l'enquête. Le deuxième chapitre présente les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques des personnes visées par l'enquête. Les huit chapitres qui suivent sont consacrés à la présentation des résultats : les chapitres 3 à 5 concernent l'état de santé et de bien-être (perception de l'état de santé, santé mentale et blessures); les chapitres 6 à 10 traitent des habitudes de vie et des comportements préventifs (santé buccodentaire, statut pondéral, consommation de drogues, comportements sexuels et usage de la contraception, comportements de santé propres aux femmes). La conclusion donne une vue d'ensemble tant des résultats selon les thématiques que selon les déterminants de la santé, ainsi que des pistes d'analyse et de recherche.

Ce rapport est accompagné d'un recueil statistique² qui comprend les données régionales sur les thématiques abordées dans le rapport. Ces deux ouvrages seront suivis d'une série de publications produites par le MSSS et ses partenaires sur les thématiques de l'enquête.

2. Les tableaux de données pour chacune des 16 régions sociosanitaires visées par l'enquête sont présentés dans le document suivant : TRAORÉ, Issouf, Hélène CAMIRAND et Jimmy BAULNE (2010). *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : analyse des données régionales. Recueil statistique*. Québec, Institut de la statistique du Québec, 877 p.

Chapitre 1

Aspects méthodologiques

Jimmy Baulne

Direction de la méthodologie et de la qualité
Institut de la statistique du Québec

Introduction

Il importe de bien connaître les éléments méthodologiques d'une enquête afin de faire une utilisation adéquate des données. En effet, cette connaissance est essentielle car plusieurs éléments ont une incidence directe sur les estimations produites : plan de sondage de l'enquête, sous-populations visées par les indicateurs, taille et répartition de l'échantillon sélectionné, procédure de collecte en général, validation et codification des données, stratégie de pondération et traitement de la non-réponse (totale et partielle). La connaissance de ces éléments permettra à l'utilisateur des données de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP) de mieux analyser les données et de prendre des décisions en vue de mettre en place des politiques appropriées et adaptées aux populations visées.

Ce premier chapitre présente la méthodologie générale de l'EQSP 2008. Il est structuré de la façon suivante : la première section présente le plan d'échantillonnage utilisé pour l'enquête et la stratégie de collecte des données. La seconde section décrit brièvement les étapes du traitement des données : la validation et la pondération des données recueillies, de même que les méthodes d'analyse retenues pour ce rapport. Les normes de présentation des résultats sont précisées à la troisième section, alors qu'un aperçu de la portée et des limites de l'enquête constitue la dernière section de ce chapitre.

Pour de plus amples renseignements sur les aspects méthodologiques, le lecteur est invité à consulter le *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (ISQ et collab., 2010) ainsi que le cahier technique de l'enquête (Traoré et autres, 2010).

1.1 Plan d'échantillonnage et stratégie de collecte

Le plan d'échantillonnage englobe la description des unités qui constituent la population cible, la base de sondage dans laquelle sont sélectionnés les individus à enquêter, la méthode de sélection de ces individus ainsi que la taille de l'échantillon à sélectionner. La partie collecte des données inclut les méthodes de collecte utilisées, l'instrument de collecte retenu et certains résultats de collecte, notamment les taux de réponse et le taux de déclaration par procuration.

1.1.1 Population cible

La population visée par l'EQSP 2008 est composée de l'ensemble des personnes âgées de 15 ans et plus qui vivent dans un ménage privé au Québec. Ne font pas partie de l'enquête les personnes vivant dans un ménage collectif et les personnes vivant sur une réserve amérindienne. L'enquête couvre 16 des 18 régions sociosanitaires (RSS) formant le Québec. Seules les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (régions sociosanitaires 17 et 18) ne sont pas couvertes par l'enquête. Les modes de vie et de culture particuliers de ces populations commandent des études séparées. La population visée par l'EQSP 2008 représente donc 6 326 523 Québécois de 15 ans et plus.

Une seconde population d'intérêt était visée par l'EQSP 2008, soit les enfants âgés de 3 à 14 ans vivant dans les ménages privés, qui représente 974 579 enfants pour l'ensemble du Québec. Toutefois, étant donné qu'aucun résultat concernant cette population n'est présenté dans le rapport, le lecteur intéressé à en connaître davantage sur la méthodologie déployée dans ce cas est invité à consulter le guide méthodologique de l'enquête (ISQ et collab., 2010).

1.1.2 Base de sondage et méthode de sélection

L'un des principaux objectifs de l'enquête est d'obtenir des statistiques précises au niveau régional. Afin de répondre à cet objectif, un découpage géographique a été effectué de façon à subdiviser le Québec en régions sociosanitaires.

La base de sondage de l'enquête a été constituée à l'aide d'une génération aléatoire de numéros de téléphone (GANT), technique qui permet d'atteindre des ménages privés admissibles à l'enquête. Il existe plusieurs méthodes de génération aléatoire de numéros de téléphone. Afin d'augmenter la productivité de l'échantillon – autrement dit le taux de contact –, la méthode de l'élimination des banques non valides a été retenue pour l'enquête.

Une banque est constituée des huit premiers chiffres du numéro de téléphone incluant l'indicatif régional. Il y a 100 numéros dans une banque. Une banque est dite valide si elle contient au moins un numéro résidentiel listé dans un répertoire téléphonique; les banques non valides sont éliminées. C'est l'ensemble des banques valides de 100 numéros de téléphone qui sert de base de sondage. La base de sondage de l'EQSP 2008 couvre environ 92 %³ de la population québécoise âgée de 15 ans et plus.

La sélection de l'échantillon de l'EQSP 2008 est faite selon un plan de sondage stratifié, les divisions de recensement (DR)⁴ formant les strates; l'échantillon est ensuite regroupé pour former les régions sociosanitaires. La répartition de l'échantillon de base de l'EQSP 2008 n'est pas proportionnelle au nombre de banques valides dans les régions, et ce, afin de fournir des estimations fiables par région sociosanitaire. Les unités de l'échantillon sont donc réparties de façon égale entre les régions. Les unités de l'échantillon supplémentaire (voir la section 1.1.3) ont quant à elles été sélectionnées dans les régions qui en ont fait la demande.

Pour chaque banque valide échantillonnée, un nombre entre 00 et 99 a été généré aléatoirement afin de constituer un numéro de téléphone potentiel. Pour chacun des numéros de l'échantillon, l'intervieweur devait vérifier, à l'aide de questions préalablement définies, si le numéro correspondait à un ménage privé admissible. Si ce n'était pas le cas, il rejetait le numéro de téléphone. Celui-ci était alors classé comme inadmissible (ex. : numéro associé à une entreprise) ou non valide (ex. : numéro non attribué). Si le numéro correspondait à un ménage privé, l'intervieweur dressait la liste des personnes admissibles dans le ménage, soit celles de 15 ans et plus, à partir des informations données par la personne rejointe au téléphone. Le processus était complété lorsqu'une seule personne par ménage était sélectionnée aux fins de l'enquête. Dans l'EQSP 2008, toutes les personnes admissibles dans le ménage avaient la même probabilité d'être sélectionnées.

1.1.3 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon visé et sa répartition sont fixées de façon à produire des estimations suffisamment précises pour les besoins de l'enquête, tout en tenant compte des ressources financières disponibles pour sa réalisation et de son échéancier. Le nombre de répondants attendus pour l'EQSP 2008 a été fixé à 2 011 pour chacune des régions sociosanitaires couvertes par l'enquête, ce qui permet d'estimer des facteurs assez peu répandus (proportions égales ou supérieures à 2,8 %) avec une bonne précision relative, c'est-à-dire un coefficient de variation inférieur ou égal à 15 %.

3. Selon l'*Enquête sur le service téléphonique résidentiel (ESTR) 2008* de Statistique Canada, 0,9 % des ménages québécois n'ont aucun service téléphonique à la maison et près de 6,7 % des ménages ont uniquement un cellulaire. À cela pourrait s'ajouter l'absence possible des nouvelles banques valides en raison des délais pour la mise à jour des banques, mais cette proportion est considérée négligeable.

4. La division de recensement est une unité géographique plus fine que la région définie par Statistique Canada pour les fins du recensement canadien. Les divisions de recensement utilisées pour l'EQSP 2008 sont celles du Recensement canadien 2006.

Compte tenu de certains besoins régionaux, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont offert aux directions de santé publique (DSP) régionales la possibilité d'acheter des unités d'échantillon supplémentaires afin de permettre l'obtention d'estimations fiables à l'échelle des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS). Les six DSP des agences de la santé et des services sociaux (ASSS) suivantes se sont prévaluées de cette offre :

- ASSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean (6 RLS);
- ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec (8 RLS);
- ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue (6 RLS);
- ASSS de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (5 RLS);
- ASSS de la Chaudière–Appalaches (5 RLS);
- ASSS de Lanaudière (2 RLS).

La taille de l'échantillon de ces régions a été augmentée afin d'obtenir un nombre suffisant de répondants par RLS⁵. L'ISQ a fixé ce nombre à 450 par RLS afin d'obtenir des estimations fiables (prévalence supérieure ou égale à 11,5 %, CV inférieur ou égal à 15 %) pour chacun des RLS de ces régions⁶.

Lorsque l'on considère l'échantillon supplémentaire nécessaire à la production d'estimations locales pour les six régions qui s'en sont prévaluées, le nombre de répondants total attendu pour l'ensemble du Québec atteint 38 130. La répartition régionale du nombre de répondants visé, avec et sans l'échantillon supplémentaire, est présentée au tableau 1.1.

Afin d'atteindre la cible de 38 130 répondants visés, un échantillon de plus de 141 000 numéros de téléphone a été généré aléatoirement. Ce nombre a été calculé en faisant différentes hypothèses sur le taux de productivité⁷, le taux d'admissibilité⁸ et le taux de réponse⁹ anticipés de l'enquête.

Au moment d'établir le plan de sondage de l'EQSP 2008, l'ISQ a évalué que l'effet de plan¹⁰ serait d'environ 1,3 pour le niveau régional, ce qui mène à un effet de plan pour l'ensemble du Québec d'environ 2,7. Par conséquent, bien que la taille de l'échantillon de base attendue soit de 2 011 répondants par région (excluant l'échantillon supplémentaire), la taille de l'échantillon régional efficace serait d'au plus 1 547 répondants.

-
5. Exception faite de la région de Lanaudière, dont la répartition prévue de l'échantillon régional permettait d'emblée l'atteinte des objectifs de précision infrarégionaux. Les représentants de l'ASSS de Lanaudière ont demandé que la méthodologie développée pour leur région permette la production d'estimations à l'échelle locale.
 6. La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean a plutôt opté pour une taille d'échantillon visant 650 répondants par RLS en vue d'augmenter la précision de ses estimations. Cette augmentation leur permettrait d'estimer une prévalence plus faible, de l'ordre de 8,5 %, avec la même précision.
 7. Ce taux est défini par la proportion de numéros de téléphone correspondant à des ménages parmi les numéros générés.
 8. Ce taux renseigne sur la proportion de ménages privés admissibles à l'enquête parmi l'ensemble des ménages. Un ménage est admissible à l'enquête s'il comprend au moins une personne de 15 ans ou plus, à l'exclusion des ménages dans les réserves amérindiennes et des ménages collectifs.
 9. Ce taux correspond à la proportion de questionnaires complétés parmi les cas admissibles.
 10. L'effet de plan est une mesure relative de la précision des estimations produites avec le plan de sondage choisi comparativement à la précision qu'on aurait eue avec un plan aléatoire simple contenant le même nombre d'unités. Un effet de plan supérieur à 1 est associé à une moins bonne précision que celle obtenue avec l'échantillon aléatoire simple de même taille.

Tableau 1.1

Nombre de répondants visé, avec et sans l'échantillon supplémentaire, selon la région sociosanitaire, Québec, 2008

Région sociosanitaire	Nombre de répondants visé		Total
	Échantillon de base	Échantillon supplémentaire	
Bas-Saint-Laurent	2 011	-	2 011
Saguenay–Lac-Saint-Jean	2 011	1 902	3 913
Capitale-Nationale	2 011	-	2 011
Mauricie–et–Centre-du-Québec	2 011	1 676	3 687
Estrie	2 011	-	2 011
Montréal	2 011	-	2 011
Outaouais	2 011	-	2 011
Abitibi-Témiscamingue	2 011	950	2 961
Côte-Nord	2 011	-	2 011
Nord-du-Québec	2 011	-	2 011
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	2 011	501	2 512
Chaudière–Appalaches	2 011	925	2 936
Laval	2 011	-	2 011
Lanaudière	2 011	0	2 011
Laurentides	2 011	-	2 011
Montréal	2 011	-	2 011
Ensemble du Québec	32 176	5 954	38 130

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

1.1.4 Stratégie de collecte des données

- *Prétest*

À l'automne 2007, un prétest a été effectué auprès de 390 répondants, dont 61 anglophones, provenant de la région de Montréal, en particulier de l'ouest de l'île (sur-échantillonnage). Ce prétest avait plusieurs objectifs, dont la validation des hypothèses de départ (taux de réponse, taux d'admissibilité, taux de productivité de l'échantillon, durée de l'entrevue et nombre d'entrevues complétées à l'heure) ainsi que la mécanique et l'intelligibilité du questionnaire.

Dans l'ensemble, les notions centrales du questionnaire ont été bien comprises par les répondants. Bien entendu, certaines questions se sont avérées plus difficiles à administrer; elles ont d'ailleurs été revues avant le démarrage de l'enquête.

- *Méthode de collecte*

La collecte des données de l'EQSP 2008, qui s'est déroulée du 13 février 2008 au 15 mars 2009, a été réalisée au moyen d'interviews téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO). L'ITAO procure un certain nombre d'avantages quant à la qualité des données par rapport aux autres méthodes de collecte¹¹.

11. Avantages : 1) le libellé des questions, comprenant les périodes de référence et les pronoms, est personnalisé automatiquement en fonction de facteurs comme l'âge et le sexe du répondant, de la date de l'entrevue et des réponses aux questions précédentes; 2) des mesures de contrôle isolent les réponses incohérentes ou hors-norme, et des instructions apparaissent à l'écran lorsqu'une telle situation se présente. Le répondant reçoit alors une rétroaction immédiate et l'intervieweur peut corriger toute incohérence; 3) le processus permet au répondant de sauter automatiquement les questions qui ne le concernent pas.

Pour faciliter la gestion et le suivi sur le terrain, l'échantillon a été scindé en cinq vagues de collecte. Les deux premières vagues portaient chacune sur le huitième de l'échantillon environ, alors que les trois autres regroupaient chacune près du quart de l'échantillon. Le lancement de plus petites vagues en début de collecte a permis de confirmer certaines hypothèses émises au moment de la planification de l'enquête; les deux premières vagues ont aussi servi à la réalisation d'une étude sur l'impact de l'envoi d'une lettre d'information au répondant (voir l'annexe à la fin du chapitre pour plus de détails).

À chaque vague, avant d'amorcer la collecte téléphonique, les numéros de téléphone ont été précomposés¹², ce qui a permis d'exclure des opérations de collecte subséquentes certains numéros jugés non valides. Ainsi, 45 624 numéros de téléphone de l'échantillon initial ont été exclus de sorte que 95 654 numéros de téléphone ont été retenus pour la collecte de données.

Bien qu'il s'agisse d'une enquête ayant recours à la technique GANT, la stratégie de collecte retenue comportait l'expédition d'une lettre présentant l'enquête aux ménages (pour lesquels une adresse de résidence avait pu être obtenue) correspondant aux numéros de téléphone échantillonnés¹³. Cette lettre, expédiée avant chacune des vagues, avait pour but de les informer qu'un membre du personnel de l'ISQ allait communiquer avec eux prochainement afin de réaliser une entrevue téléphonique¹⁴.

En cas d'absence ou de refus¹⁵, la stratégie de collecte prévoyait aussi plusieurs tentatives afin de joindre ou de convaincre les ménages de participer à l'EQSP 2008. Par ailleurs, au moment de lancer la cinquième vague de collecte, une version modifiée de la lettre d'information a été envoyée à certains ménages non répondants des trois premières vagues, pour des régions ciblées. Cette lettre visait à leur faire prendre conscience de la nécessité d'atteindre les objectifs spécifiques de leur région quant au nombre de répondants. La même lettre, adaptée pour certaines régions, a été utilisée pour l'échantillon de la dernière vague afin de favoriser l'obtention du meilleur taux de réponse possible, d'autant plus que la période de temps pour convaincre les non-répondants à participer à l'enquête est plus courte pour cette vague¹⁶.

- *Instrument de collecte*

Le choix des thèmes et des questions abordés dans l'EQSP 2008 est issu des travaux du Comité d'orientation de projet (COP) créé au printemps 2007 aux fins de l'enquête. Le COP, sous la responsabilité partagée du MSSS et de l'ISQ, est composé de représentants des directions de santé publique régionales, des tables de concertation nationales en santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)¹⁷. Une consultation sur les indicateurs du Plan commun de surveillance (PCS) à couvrir en priorité dans l'EQSP 2008 a été préalablement conduite par le MSSS auprès de ses partenaires du réseau. Cet exercice a alimenté, dès le départ, les travaux du COP.

12. Lors de la précomposition, chacun des numéros de téléphone de l'échantillon est validé au moyen du signal émis au moment de l'appel, ce qui permet de reconnaître les numéros qui ne sont pas en service. Ce travail a été confié par l'Institut de la statistique du Québec à Échantillonneur ASDE, qui a fait la sélection de l'échantillon de l'EQSP 2008.

13. Pour chacun des numéros de téléphone de l'échantillon, une recherche des noms et adresses dans des versions électroniques d'annuaires téléphoniques a été effectuée. Cette opération a permis d'associer un nom et une adresse complète à 50 102 numéros de téléphone, soit 52,3 % de la partie de l'échantillon (95 654) envoyée à la collecte de données après la pré-composition.

14. Les modèles de lettres utilisées pour l'EQSP 2008 peuvent être consultés dans le guide méthodologique (ISQ et collab., 2010).

15. Pour des raisons éthiques, les cas de refus ferme n'ont pas fait l'objet d'une relance.

16. Une des stratégies employées par l'ISQ est d'espacer dans le temps les rappels faits aux individus ayant refusé de participer à l'enquête (à l'exception des refus fermes qui ne sont pas recontactés). Cet espacement est plus limité pour la dernière vague de collecte.

17. Le mandat du comité est de conseiller l'ISQ et le MSSS dans la réalisation de l'EQSP 2008 afin que celle-ci réponde adéquatement aux besoins d'information du Ministère, du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires.

Les critères retenus pour identifier les indicateurs à mesurer se résument principalement à :

- la nécessité d'obtenir une mesure pour un indicateur du PCS non couvert ou mal couvert par une autre source;
- la possibilité d'obtenir ou de rehausser la précision d'un indicateur du PCS à l'échelle des régions;
- la complémentarité avec d'autres sources de données;
- la périodicité souhaitée des mesures;
- la cohérence de l'ensemble du questionnaire;
- les besoins d'analyse.

La version finale du questionnaire compte 12 sections. Celles-ci sont présentées au tableau 1.2 avec le nombre de questions pour chacune d'elles. Enfin, mentionnons que des questionnaires en français et en anglais ont été préparés pour l'enquête¹⁸.

Tableau 1.2

Nombre de questions posées dans le questionnaire selon la section, Québec, 2008

	Nombre de questions
Santé générale et allergies	16
Poids et perception de son apparence physique	33
Hygiène et santé buccodentaire	5
Blessures (reliées aux mouvements répétitifs et autres blessures)	16
Admissibilité à l'enquête EQLAV ¹	8
Santé au travail	29
Troubles musculosquelettiques	13
Bien-être et santé mentale	7
Suicide	6
Habitudes de vie (tabac, drogue et sexualité)	36
Développement psychosocial des enfants	34
Profil sociodémographique	15
Ensemble des sections	218

1 Cette section avait pour but de déterminer l'admissibilité des répondants à une seconde enquête portant sur les limitations d'activités. En fait, l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV) sera menée ultérieurement en adoptant une autre méthodologie.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

1.1.5 Taux de réponse et taux de déclaration par procuration

- *Taux de réponse*

Pour être sélectionné afin de participer à l'enquête, un individu doit avoir été choisi parmi les membres de son ménage, mais il faut aussi, au préalable, que son ménage ait été lui-même choisi parmi les ménages admissibles. En d'autres termes, la probabilité de sélection globale d'un individu doit tenir compte de deux niveaux de sélection : la sélection du ménage et celle de l'individu. De même, le calcul du taux de réponse global de l'enquête doit intégrer chacun de ces niveaux, tant au chapitre des probabilités de sélection qu'à celui des ajustements pour tenir compte de la non-réponse.

18. La version française du questionnaire est disponible sur le site Web de l'ISQ.

Les taux de réponse produits et diffusés par l'ISQ pour les enquêtes auprès des individus et des ménages sont, à moins d'avis contraire, des taux pondérés¹⁹. Ils tiennent compte, entre autres, de la non-proportionnalité régionale de l'échantillon de l'enquête (voir ISQ et collab., 2010 pour plus de détails).

Des 62 069 ménages privés admissibles de l'échantillon, 46 621 ménages ont répondu aux questions de sélection, soit un taux de réponse ménage pondéré de 73,8 %. De ces 46 621 ménages répondants, autant d'individus ont été sélectionnés du fait qu'une seule personne par ménage était retenue pour participer à l'enquête. De ceux-ci, 79,1 % ont répondu à l'enquête (taux de réponse individu pondéré). Ce qui veut dire qu'au total, 38 154 personnes ont répondu à l'enquête, pour un taux de réponse global pondéré de 58,4 %. Le tableau 1.3 présente les taux de réponse globaux pondérés de l'EQSP 2008 et le nombre de répondants pour chacune des régions sociosanitaires et pour l'ensemble du Québec.

Bien que le taux de réponse obtenu pour l'ensemble du Québec soit quelque peu inférieur à ce qui était attendu, le taux visé par région (un minimum de 60 % tout en espérant approcher les 65 %) a toutefois été atteint dans la majorité des cas. En fait, les taux de réponse régionaux oscillent entre 60 % et 67 %, à l'exception des régions de Montréal et de Laval qui ont obtenu des taux de 46,6 % et 53,8 % respectivement. Notons qu'il est habituel d'obtenir des taux de réponse inférieurs dans ces deux régions.

Tableau 1.3

Taux de réponse global pondéré et nombre de répondants selon la région sociosanitaire, Québec, 2008

Région sociosanitaire	Taux de réponse pondéré	Nombre de répondants
	%	n
Bas-Saint-Laurent	64,7	2 028
Saguenay–Lac-Saint-Jean	66,6	4 008
Capitale-Nationale	64,8	2 025
Mauricie–et–Centre-du-Québec	64,2	3 788
Estrie	64,8	2 024
Montréal	46,6	1 986
Outaouais	62,8	1 972
Abitibi-Témiscamingue	64,0	2 787
Côte-Nord	62,8	2 012
Nord-du-Québec	63,5	1 971
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	59,9	2 538
Chaudière–Appalaches	63,1	2 958
Laval	53,8	1 996
Lanaudière	62,8	2 070
Laurentides	59,9	1 945
Montérégie	61,7	2 046
Ensemble du Québec	58,4	38 154

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

19. Les taux de réponse diffusés par Statistique Canada, par exemple celui de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne* (ESCC), sont des taux de réponse non pondérés, contrairement à ceux de l'ISQ. La comparaison du taux de réponse de l'EQSP 2008 avec celui de cette enquête ne peut donc être faite directement à partir des résultats fournis dans la documentation.

- *Taux de déclaration par procuration*

Dans l'EQSP 2008, les entrevues devaient être effectuées directement auprès de la personne sélectionnée dans le ménage. Or, si la personne était incapable de répondre pour des raisons de santé physique ou mentale, ou en cas d'absence prolongée, les renseignements à son sujet pouvaient être fournis par un autre membre bien informé du ménage. Cette façon de faire est qualifiée de déclaration par procuration. Quoique les tiers répondants aient été en mesure de donner des réponses exactes à la plupart des questions de l'enquête, les questions plus délicates ou personnelles pouvaient dépasser les connaissances d'un répondant substitut. Par conséquent, certaines questions ou sections complètes, comme celles sur les tendances suicidaires et les comportements sexuels, sont demeurées sans réponse lorsqu'elles ont été soumises à des tiers répondants.

Sur les 38 154 entrevues complétées, 37 500 ont été réalisées avec la personne sélectionnée et 654 avec l'aide d'une tierce personne, ce qui correspond à un taux de déclaration par procuration pondéré de 1,8 % pour l'ensemble du Québec. Ce taux varie très peu selon la région sociosanitaire (entre 1,4 % et 2,9 %). Étant donné que ces taux sont faibles²⁰, le biais engendré par la non-réponse découlant des répondants par procuration peut être considéré négligeable lors de la production d'estimations tirées de l'EQSP 2008.

1.2 Traitement des données

1.2.1 Validation, saisie et codification

Le recours à l'ITAO pour mener les entrevues de l'EQSP 2008 permet une saisie automatique par l'intervieweur des réponses des individus échantillonnés. La très grande majorité des questions sont en outre autocodées, c'est-à-dire que l'intervieweur n'a qu'à cocher le choix du répondant : la saisie s'en trouve donc réduite au minimum. Par ailleurs, la collecte téléphonique étant entièrement informatisée, plusieurs validations de base ont été réalisées pendant l'entrevue, comme la vérification du respect des intervalles de réponse pour les questions fermées ou celle de l'adéquation des sauts de section pour les blocs de questions ne s'adressant qu'à un sous-groupe de répondants (par exemple, la section portant sur la santé au travail).

De plus, une validation effectuée *a posteriori* afin de vérifier principalement la cohérence des réponses d'un même répondant a servi à relever quelques erreurs. À cette étape, la codification des réponses aux questions permettant de distinguer les non-répondants partiels des répondants qui n'étaient pas visés par une question a également été vérifiée. Enfin, un examen approfondi de la séquence des codes de résultats de la collecte a été fait, ce qui a permis de corriger certains codes finaux de résultats.

Les réponses aux questions ouvertes – par exemple la catégorie « Autre » de certaines questions – devaient être entièrement saisies par l'intervieweur. De concert avec les experts associés à l'enquête, la plupart des libellés ont été recodés et reclassés dans les catégories existantes ou ont été regroupés afin de former de nouvelles catégories.

1.2.2 Estimations

Deux types d'estimations sont présentés dans ce rapport : des effectifs et des proportions. L'estimation d'effectifs est utilisée lorsqu'on désire savoir combien de personnes dans une population possèdent une caractéristique donnée. Celle-ci est obtenue en faisant la somme du poids populationnel²¹ de ces individus²². Si l'on désire plutôt savoir quel est le pourcentage de la population que ces personnes représentent, alors on utilise l'estimation de proportions. Pour ce faire, il suffit de diviser la valeur obtenue pour l'effectif par l'ensemble des personnes de la population, qu'elles possèdent ou non cette caractéristique.

20. D'ailleurs, les taux de déclaration par procuration obtenus dans l'EQSP 2008 sont très semblables à ceux d'autres enquêtes.

21. Le poids populationnel correspond à la valeur attribuée à un répondant lors de l'étape de pondération. Cette valeur, qu'on appelle aussi plus simplement le poids du répondant, correspond au nombre de personnes qu'il représente dans la population.

22. En supposant qu'il y a absence de non-réponse partielle.

- *Pondération*

La pondération consiste à attribuer à chacun des répondants de l'enquête une valeur, un poids, qui correspond au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population. Ce poids est appelé « poids populationnel ».

La pondération est essentielle pour l'obtention des diverses estimations tirées de l'EQSP 2008. C'est ce qui permet de rapporter les données des répondants à la population visée et de faire ainsi des inférences adéquates à cette population, bien que celle-ci n'ait pas été observée dans sa totalité. C'est également un des éléments à considérer pour estimer correctement la précision des données. À titre d'exemple, la répartition de l'échantillon selon les régions sociosanitaires ne représente pas bien celle de la population et l'achat d'un échantillon supplémentaire par certaines régions a accentué ce déséquilibre. La pondération permet de corriger cette distorsion créée par le plan de sondage (sélection de l'échantillon). De plus, il est connu que, dans ce type d'enquête, la probabilité de répondre de certains groupes d'âge et sexe n'est pas la même et que les ménages de grande taille sont sous-représentés dans l'échantillon. Il est donc nécessaire de tenir compte de ces éléments, qui doivent dès lors être intégrés à la pondération lors de la production de statistiques tirées de l'EQSP 2008.

La stratégie de pondération qui a été développée par l'ISQ pour l'EQSP 2008 est relativement complexe et tient compte, entre autres, de la probabilité de sélectionner une unité dans la base de sondage, des unités hors champ et de l'ajustement de la non-réponse totale²³ (ménage et individu), de même que d'un possible effet saisonnier et d'un ajustement aux comptes de la population du recensement²⁴. Deux pondérations distinctes ont été construites pour l'EQSP 2008 : une pour le répondant de 15 ans et plus et une pour l'enfant de 3 à 14 ans du répondant.

Chaque étape de la pondération a été réalisée de façon indépendante par région sociosanitaire (voir ISQ et collab., 2010 pour plus de détails). En outre, pour les régions qui ont fait l'achat d'un échantillon supplémentaire, certaines étapes ont été réalisées au niveau des RLS : par exemple, l'ajustement aux comptes de la population selon l'âge et le sexe a été effectué au niveau des RLS, en respectant les comptes de la population de la RSS pour ces mêmes groupes.

Pour l'étape de l'ajustement de la non-réponse totale, des classes ont été définies à l'aide d'une méthode de modélisation par segmentation de la probabilité de répondre. Pour ce faire, l'algorithme CHAID (*Chi-Square Automatic Interaction Detection*/détection automatique d'interactions du khi-deux) mis au point par Kass (1980) a été utilisé. La construction de ces classes a été faite de façon indépendante pour chacune des régions sociosanitaires. Bien que le modèle puisse différer d'une région à l'autre, des variables comme « avoir ou non un numéro de téléphone répertorié dans l'annuaire », la langue de l'entrevue, la taille du ménage, le nombre de personnes de 14 ans et moins dans le ménage, le groupe d'âge et le sexe ont souvent été liées au fait de répondre ou non.

- *Non-réponse partielle*

Outre la non-réponse totale, compensée par la pondération, il existe un autre type de non-réponse, soit celle associée à une question précise, appelée non-réponse partielle. Cette non-réponse se définit comme le rapport entre le nombre pondéré d'individus n'ayant pas répondu à la question et le nombre pondéré d'individus devant y répondre.

23. Le terme « non-réponse totale » fait référence à l'absence de réponse pour l'ensemble des questions d'un questionnaire. Le taux de non-réponse totale s'obtient en soustrayant le taux de réponse de la valeur unitaire. Pour l'EQSP 2008, on peut calculer trois taux différents de non-réponse totale : au niveau de l'individu, au niveau du ménage et au niveau global. Ce dernier taux est le complément du taux de réponse global de l'enquête présenté au tableau 1.3.

24. Les estimations de population vivant en ménage privé en 2008 sont basées sur les comptes du Recensement de 2006 et d'une estimation du sous-dénombrement net, de même que sur les comptes de naissance, décès, immigration et émigration depuis ce temps. Ces estimations ont été produites par la Direction des statistiques sociodémographiques de l'ISQ.

La non-réponse partielle peut entraîner des biais dans les estimations si les non-répondants présentent des caractéristiques différentes de celles des répondants. Plus la proportion de non-réponse partielle est élevée, plus le risque de biais occasionnés par un débalancement des caractéristiques des non-répondants par rapport à celles des répondants est grand. En général, lorsqu'on analyse des données d'enquête, il est raisonnable de faire l'hypothèse que, pour une non-réponse partielle inférieure à 5 % dans l'ensemble du Québec, les risques de biais sont plutôt faibles.

En raison de la faiblesse globale de la non-réponse partielle²⁵ dans l'EQSP 2008, les risques que des biais importants, relativement à la précision des estimations, soient associés à la non-réponse partielle sont assez minimes. Malgré tout, la présentation des estimations dans ce rapport prend en compte la non-réponse partielle aux questions²⁶ (voir ISQ et collab., 2010 pour plus de détails).

- *Populations estimées*

Les chapitres de ce rapport présentent seulement des proportions, à l'exception du chapitre 2 sur les caractéristiques de la population qui contient également des estimations de tailles de population (P_e), aussi appelées effectifs, en milliers (k dans les tableaux). Pour de telles estimations, un taux de non-réponse partielle, aussi minime soit-il, entraîne un biais équivalent dans l'estimation produite. Les estimations de populations ont donc été produites en effectuant une correction pour la non-réponse partielle.

1.2.3 Imputation

Les réponses à certaines questions du questionnaire de l'EQSP 2008, dont l'âge des membres des ménages échantillonnés et le revenu total de tous les membres de ces ménages, ont dû être imputées en raison d'une trop grande proportion de non-réponse partielle.

- *Âge des membres des ménages échantillonnés*

Dans le but de sélectionner au hasard une personne du ménage, l'intervieweur devait demander l'âge de chacun des membres du ménage. La personne contactée avait la possibilité de fournir l'âge des individus selon le groupe d'âge (15-24 ans, 25-39 ans, 40-49 ans, 50-64 ans et 65 ans et plus). Toutefois, pour les besoins statistiques, une valeur précise de l'âge était nécessaire pour chacun des répondants. L'ISQ a donc procédé à l'imputation d'un âge précis à l'intérieur de la catégorie mentionnée. L'âge d'environ 3 % des répondants a ainsi été imputé. En plus du groupe d'âge indiqué par le répondant, l'information sur le nombre d'enfants de 14 ans et moins et d'individus de 15 ans et plus dans le ménage a, entre autres, été considérée lors de l'imputation.

- *Revenu du ménage*

Il est connu que le revenu personnel des individus est une information plutôt difficile à obtenir des répondants d'une enquête auprès de la population. L'EQSP 2008 ne fait pas exception.

La question Q120 du questionnaire de l'enquête demandait d'estimer, pour les douze derniers mois, le revenu total de tous les membres du ménage provenant de toutes les sources, avant impôt et autres retenues. Le répondant avait la possibilité de fournir cette estimation soit par une valeur exacte, bien qu'approximative, soit sous forme de catégorie en indiquant la tranche de revenu²⁷ dans laquelle elle se trouve. Sur les 38 154 répondants de l'EQSP 2008, 4 411 ont refusé ou n'étaient pas en mesure d'indiquer le revenu du ménage pour la période de référence de douze mois, soit une proportion pondérée de 14,4 %; par ailleurs, 12 190 ont déclaré le revenu du ménage à l'aide d'une catégorie, ce qui correspond à une proportion pondérée de 32,3 %.

25. Le biais des estimations est en général peu important comparativement à l'erreur d'échantillonnage (c'est-à-dire la précision de l'estimation) et peut être considéré comme négligeable. Par exemple, un biais de 1 % pour une estimation dont l'erreur-type est de 10 % peut être considéré négligeable. Par contre, par rapport à une erreur-type de 2 %, ce biais de 1 % ne peut pas être considéré négligeable.

26. Cette prise en compte est toutefois faite de façon globale, c'est-à-dire sans tenir compte des caractéristiques différentes que peuvent présenter les non-répondants des répondants.

27. Les tranches de revenu proposées sont les suivantes : moins de 10 000 \$, 10 000 \$ à 19 999 \$, 20 000 \$ à 29 999 \$, 30 000 \$ à 39 999 \$, 40 000 \$ à 49 999 \$, 50 000 \$ à 59 999 \$, 60 000 \$ à 79 999 \$, 80 000 \$ à 99 999 \$, 100 000 \$ et plus.

En présence d'une non-réponse partielle élevée, il est souhaitable de procéder à l'imputation de données de manière à minimiser les risques de biais occasionnés par une telle situation. L'ISQ a donc décidé de procéder à l'imputation du revenu total du ménage pour les non-répondants partiels de l'EQSP 2008. Il a également été décidé d'imputer une valeur exacte de revenu aux répondants qui ont fourni un revenu sous forme de catégorie, car cette valeur était nécessaire, dans la majorité des cas, pour créer un indice de faible revenu. Dans les paragraphes suivants, l'absence totale de renseignements et la déclaration sous forme de catégorie seront considérées comme une non-réponse partielle. De cette façon, le taux global pondéré de non-réponse partielle atteint 46,7 % (tableau 1.4).

Tableau 1.4

Taux pondéré de non-réponse partielle (NRP) pour la question 120 et l'indice du niveau de revenu du ménage avant imputation, pour deux sous-populations¹, Québec, 2008

	Pourcentage de NRP	
	Q120 ²	Indice du niveau de revenu ³
	%	
Personnes de 15 à 24 ans	74,2	57,3
Femmes de 65 ans et plus	62,2	45,4
Ensemble du Québec	46,7	32,1

1. Sous-populations particulièrement touchées par la non-réponse partielle.
2. La question 120 demande au répondant d'estimer approximativement le revenu total de tous les membres de son ménage provenant de toutes les sources, avant impôt et autres retenues, pour les 12 derniers mois.
3. Il s'agit uniquement de la non-réponse attribuable à l'absence d'information sur le revenu. La non-réponse attribuable à l'absence d'autres informations nécessaires à la création de l'indice (comme le code postal) n'est pas comptabilisée.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Pour les analyses de données de l'EQSP 2008, la principale variable de revenu utilisée n'est pas tirée directement de la question Q120; il s'agit plutôt d'un indice construit à partir de cette dernière. Ainsi, l'indice du niveau de revenu du ménage se définit comme le niveau de revenu ajusté pour le seuil de faible revenu selon la taille du ménage et de la communauté, présenté en quintiles de 1 (faible) à 5 (élevé). Or, certaines des catégories de revenu déclarées par les répondants suffisent pour attribuer une valeur à cet indice, ce qui veut dire que 14,6 % des réponses fournies sous forme de catégorie n'ont pas à être considérées comme de la non-réponse partielle. Par conséquent, le taux de non-réponse partielle de l'indice du niveau de revenu attribuable à l'absence du revenu est en réalité de 32,1 % (tableau 1.4); les taux sont respectivement de 57,3 % et de 45,4 % chez les moins de 25 ans et les femmes de 65 ans et plus.

Par ailleurs, l'imputation de données a pour effet de gonfler artificiellement le nombre de répondants ayant fourni des réponses sans toutefois gonfler la variance de l'estimation, ce qui fait que la variance des estimations faisant intervenir le niveau de revenu est sous-estimée. Cette sous-estimation peut être assez importante pour les deux groupes identifiés précédemment (les jeunes adultes de 15 à 24 ans et les femmes de 65 ans et plus). L'analyse effectuée sur les non-répondants partiels au revenu montre que la sous-estimation de la variance concerne principalement les quintiles 2 à 5 de l'indice. Comme l'impact sur le quintile inférieur est beaucoup moins important, les estimations produites selon une version dichotomique de cet indice – distinguant le quintile inférieur (1, faible) des autres quintiles (2 à 5) – ne nécessitent pas de mise en garde. Par contre, lorsque l'indice est présenté en quintiles, le résultat pourrait s'avérer erroné, ce qui demande d'interpréter avec prudence certaines différences significatives²⁸. Les analyses faites dans le présent rapport prennent en compte cette recommandation.

28. Il faut interpréter avec prudence les différences significatives lorsque le seuil observé (valeur-p) est près du seuil de signification ou lorsque les deux intervalles de confiance sont près du chevauchement, en particulier pour les personnes de 15-24 ans et les femmes de 65 ans et plus.

1.2.4 Analyse

L'analyse des données de l'EQSP 2008 a été faite en collaboration avec de nombreux professionnels et chercheurs du réseau de la santé et des services sociaux, connus pour leur expertise et leur intérêt pour un sujet traité dans l'enquête. Ces personnes ont contribué à l'élaboration du plan d'analyse des données, à l'interprétation des résultats et à la rédaction des chapitres produits par l'ISQ.

Les analyses proposées dans le présent rapport sont essentiellement descriptives. De plus, les données ne sont pas standardisées selon le sexe et l'âge. L'effet confondant de ces variables peut cependant être contrôlé, lors des comparaisons des résultats avec ceux d'autres enquêtes, en comparant des groupes du même âge et du même sexe. Par ailleurs, le recours aux données pondérées rend possible l'inférence à la population visée.

La plupart des enquêtes statistiques comportent des erreurs dites d'échantillonnage, dues au fait que seulement une partie de la population visée est enquêtée. Ces erreurs se répercutent sur les estimations produites, dont la précision est grandement influencée par la complexité du plan de sondage utilisé pour produire l'échantillon. Il est donc nécessaire de mesurer la précision de chaque estimation pour procéder à l'analyse et à l'interprétation des résultats inférés à la population visée. Le coefficient de variation (CV)²⁹ permet de mesurer la précision relative d'une estimation. Les estimations dont le CV est inférieur ou égal à 15 %, qui sont suffisamment précises, sont présentées sans commentaire. Les estimations dont le CV est supérieur à 15 % mais inférieur ou égal à 25 % sont marquées d'un astérisque (*) dans les tableaux et les figures pour indiquer que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Les estimations dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour signaler leur faible précision et noter qu'elles doivent être utilisées avec circonspection; elles ne sont fournies qu'à titre indicatif. Lorsque des résultats mentionnés dans le texte ne sont pas présentés dans un tableau ou une figure, l'indication de la précision passable ou faible de ces résultats, s'il y a lieu, se trouve en note de bas de page.

Dans l'ensemble des chapitres du rapport, les résultats discutés ont d'abord fait l'objet d'un test global du khi-deux afin de mesurer s'il existe une association entre la variable analysée et la variable de croisement. Si le test était significatif, un test de comparaison de proportions³⁰ était mené afin d'identifier les écarts les plus importants. Dans tous les cas, un ajustement au test usuel a été effectué pour tenir compte de la complexité du plan de sondage de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (voir ISQ et collab., 2010 pour plus de détails). Le calcul des intervalles de confiance³¹ qui ont servi à l'analyse des données a aussi été fait en tenant compte du plan de sondage. Comme ces intervalles ne sont pas indiqués dans le présent rapport (le coefficient de variation a été privilégié pour indiquer la précision des estimations), le lecteur intéressé pourra se rendre sur le site Web de l'ISQ pour consulter le document présentant les intervalles de confiance de chacune des proportions incluses dans les tableaux et figures de ce rapport.

1.3 Présentation des résultats

Des indications générales pour l'ensemble des résultats présentés dans ce rapport sont fournies dans cette section. Elles concernent notamment la formulation des résultats et la présentation des estimations.

Les aspects méthodologiques de chaque chapitre précisent généralement la formulation utilisée dans le questionnaire lorsqu'un indicateur est mesuré sur une période de référence donnée (par exemple, « Au cours des 12 derniers mois » lorsque la question réfère à l'année précédente). Toutefois, la présentation des résultats évite, dans la mesure du possible, de faire référence aux douze mois ayant précédé l'enquête lorsqu'il est fait mention d'une mesure annuelle ou d'un résultat pour une période d'un an. En effet, puisque la collecte des données de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* a duré toute une année, les répondants ne se réfèrent pas tous aux mêmes douze mois. Ainsi, les répondants des premiers mois de collecte (par exemple, de février à avril 2008) se réfèrent principalement à l'année 2007, alors que ceux de la dernière période (de janvier à mars 2009) font davantage référence à des événements de 2008.

29. Le coefficient de variation est obtenu en divisant l'erreur-type de l'estimation par l'estimation elle-même.

30. La comparaison des proportions dans l'EQSP 2008 est faite à l'aide d'un test basé sur l'intervalle de confiance bootstrap de la différence des proportions (voir ISQ et collab., 2010 pour plus de détails).

31. Les intervalles de confiance produits dans l'EQSP 2008 sont construits selon une méthode basée sur le calcul des percentiles de la distribution empirique bootstrap. Pour connaître les raisons du choix de cette méthode et ses avantages par rapport aux méthodes standards (IC normal et IC binomial), veuillez consulter ISQ et collab., 2010.

La présentation des résultats rend en général compte du fait que les statistiques fournies sont basées sur un échantillon en utilisant des expressions montrant qu'il ne s'agit pas de valeurs exactes. Par ailleurs, les proportions présentées sont arrondies à l'unité³² quand elles sont mentionnées dans le texte et à une décimale dans les tableaux et figures, à l'exception des proportions inférieures à 5 % pour lesquelles on a aussi conservé une décimale dans le texte. En raison de l'arrondissement, la somme des proportions de certains tableaux ou figures peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %. Les populations estimées (Pe) sont quant à elles présentées en milliers (k dans les tableaux).

En général, seuls les résultats significatifs au seuil de 5 % sont mentionnés dans le texte. Dans certains cas exceptionnels, des résultats non significatifs peuvent être signalés s'ils présentent un intérêt particulier en matière de santé; ils sont alors exprimés sous forme de « tendances ». Il peut par ailleurs arriver que deux proportions pour lesquelles les estimations semblent différentes ne le soient pas d'un point de vue statistique, à cause notamment du petit nombre d'individus sur lequel est basée l'estimation. On dit dans ce cas qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative ou que l'enquête ne permet pas de détecter de différence entre ces proportions.

1.4 Portée et limites de l'enquête

Tout a été mis en place pour assurer la qualité et la représentativité de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*. En premier lieu, l'enquête utilise un échantillon de taille considérable, avec 38 154 Québécois de 15 ans et plus, répartis en cinq périodes de collecte couvrant une année entière pour tenir compte d'éventuelles variations saisonnières. En second lieu, la collecte a permis d'atteindre des résultats satisfaisants pour ce type d'enquête sur le plan de la réponse totale avec des taux supérieurs à 60 % pour la très grande majorité des régions sociosanitaires. En dernier lieu, la stratégie de collecte, en particulier la collecte assistée par ordinateur, a permis de minimiser la non-réponse partielle.

Les procédures inférentielles utilisées dans l'EQSP 2008 ont aussi fait l'objet d'une attention particulière. Premièrement, les pondérations utilisées dans l'analyse des données ont été effectuées pour la population de 15 ans et plus, ainsi que pour celle des 3 à 14 ans, de façon à minimiser les biais potentiels associés à la non-réponse totale et à assurer la fiabilité de l'inférence à la population visée. Deuxièmement, toutes les mesures de précision et les tests ont été produits en prenant en compte la complexité du plan de sondage de l'enquête.

Cependant, malgré toutes les précautions prises pour assurer la qualité des données ainsi que des tests et pour minimiser les biais, il est impossible, comme pour toutes les enquêtes populationnelles, de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Les personnes interrogées peuvent être influencées, entre autres, par le phénomène de désirabilité sociale, ou encore, par la difficulté de se souvenir des choses passées ou d'évaluer le temps écoulé depuis un événement. De plus, les renseignements recueillis auprès d'une tierce personne peuvent manquer de précision. Toutefois, une telle situation s'est présentée dans moins de 2 % des entrevues.

Il faut rappeler que la présente enquête fait abstraction, entre autres, d'une portion de la population québécoise, soit celle vivant dans des logements collectifs, notamment les établissements de santé. Comme ces personnes présentent généralement un bilan plus lourd sur le plan sociosanitaire, les résultats présentés dans ce rapport ne peuvent leur être appliqués. Cette particularité de l'échantillon, fréquente dans ce genre d'enquête, peut mener à une légère sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé dans l'ensemble de la population québécoise.

Une enquête transversale comme l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* permet de déceler des liens entre deux variables ainsi que des différences entre des groupes de la population. Ce genre d'étude ne permet toutefois pas d'établir de lien de causalité entre les caractéristiques étudiées. En outre, compte tenu des objectifs spécifiques de l'étude, les analyses présentées dans ce rapport s'appuient essentiellement sur des méthodes bivariées. L'interprétation de certains résultats doit donc être faite avec prudence; une analyse plus poussée aurait demandé de recourir à la standardisation ou à l'analyse multivariée afin de contrôler certains facteurs exogènes. L'approche retenue permet néanmoins d'explorer les données recueillies dans l'EQSP 2008 de façon utile et de fournir ainsi une bonne description de l'état de santé de la population québécoise.

32. Les proportions dont la décimale est ,5 ont été arrondies à l'unité inférieure ou supérieure selon la seconde décimale. Par exemple, la proportion 20,47 % est arrondie à 20 %, alors que la proportion 20,53 % l'est à 21 %. Les arrondissements des proportions se terminant par ,5 dans les tableaux ou figures varient donc dans le texte.

En terminant, avant de procéder à une comparaison des résultats de l'EQSP 2008 avec d'autres sources de données, il est important de se questionner sur la comparabilité de celles-ci. En effet, plusieurs éléments méthodologiques de l'EQSP 2008 tels que la base de sondage, la population visée, la méthode de collecte, la formulation des questions, l'administration des questions lors de l'entrevue et l'univers couvert par les questions, diffèrent de ceux d'autres enquêtes connues (*Enquête sociale et de santé 1998, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*). Ces différences peuvent limiter la comparabilité des données. Le lecteur souhaitant comparer les résultats de l'EQSP 2008 à ceux de ces enquêtes devrait tenir compte de ces éléments de façon à bien expliquer des écarts inattendus ou l'absence d'écarts attendus.

Références bibliographiques

BAULNE, J., et R. COURTEMANCHE (2008). *Y a-t-il vraiment des bénéfices à l'envoi de lettres d'information dans les enquêtes à génération aléatoire de numéros de téléphone (GANT)?* Présentation au 24^e Symposium international de Statistique Canada, octobre, 10 p.

DAVELUY, C., N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE, L. COTE et J. BAULNE (2000). « Méthodes », dans : *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 1, p. 57-75.

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 (2010). *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 117 p.

KASS, G.V. (1980). « An exploratory technique for investigating large quantities of categorical data », *Applied Statistics*, vol. 29, p. 119-127.

TRAORÉ, I., B. BEAUVAIS, D. DU MAYS, M. DUMONT et G. MAROIS (2010). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008. Cahier technique : Livre de codes et définition des indices (Fichier maître)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 704 p.

Impact d'une lettre d'information sur le taux de réponse de l'enquête

Plusieurs facteurs peuvent influencer la propension à répondre des ménages et des individus échantillonnés. Afin d'évaluer l'efficacité de la stratégie consistant à envoyer une lettre d'information aux ménages échantillonnés et de mesurer l'impact de cette lettre sur le taux de réponse de l'enquête, les deux premières vagues de collecte de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* ont été planifiées de façon à permettre la réalisation d'une telle étude, dans un environnement contrôlé. Le choix de cette enquête pour cette étude s'est imposé du fait qu'il s'agit d'une enquête réalisée auprès d'une population générale et que son envergure permet l'utilisation d'une partie de son échantillon, afin de contrôler les résultats, sans avoir trop d'impact sur le taux de réponse global de l'enquête. Cette étude était d'autant plus nécessaire que la méthode GANT utilisée pour l'enquête inclut, par définition, une proportion non négligeable d'unités pour lesquelles il n'est pas possible d'obtenir une adresse complète.

L'utilisation de lettres d'information s'est avérée une stratégie efficace en vue d'améliorer la participation des personnes sollicitées. Les principaux constats de l'étude sur l'incidence de ces lettres sont les suivants :

- l'envoi d'une lettre d'information permet d'obtenir un taux de réponse jusqu'à 7,8 % plus élevé;
- l'incidence positive d'une telle lettre s'observe tant chez les hommes que chez les femmes;
- l'envoi d'une lettre d'information a influencé les personnes de 50 ans et plus, tandis que les jeunes ne sont pas très influencés par des incitatifs aussi légers;
- l'incidence positive s'étend également au refus, avec une baisse significative de 5 % du taux de refus lorsqu'on expédie une lettre d'information.

Pour plus de détails sur cette étude, veuillez consulter Baulne et Courtemanche (2008).

Chapitre 2

Caractéristiques de la population

Francine Bernèche

Renée Dufour

Direction des statistiques de santé

Institut de la statistique du Québec

Régis Couture

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Faits saillants

- Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP), la structure par âge de la population québécoise de 15 ans et plus vivant en ménage privé se répartit comme suit : les 15-24 ans et les 65 ans et plus constituent respectivement 15 % et 16 % de l'ensemble, alors que les 25-44 ans comptent pour 33 % et les 45-64 ans, pour 35 %.
- Environ 13 % des personnes âgées de 15 ans et plus habitent seules, tandis que 51 % font partie d'un ménage composé d'un parent ou d'un couple avec enfants et 29 % vivent en couple sans enfant; les personnes appartenant à d'autres types de ménage constituent 7 % de l'ensemble.
- La très grande majorité des Québécois sont nés au Canada (88 %); le dixième de la population se compose de personnes nées dans un autre pays établies au Canada depuis 5 ans ou plus et 2,4 %, d'immigrants récents.
- Pour ce qui est de la langue parlée le plus souvent à la maison, la plupart des Québécois font usage du français uniquement (83 %) ou avec une autre langue (3,8 %), 9 % utilisent seulement l'anglais ou le combine à une autre langue que le français et 4,2 % ne parlent ni français ni anglais.
- Les trois quarts de la population de 15 ans et plus détiennent au moins un diplôme d'études secondaires (DES) : 25 % possèdent un DES, 26 % ont obtenu un diplôme ou un certificat d'études collégiales et 24 % sont des diplômés universitaires.
- La répartition de l'indice du niveau de revenu du ménage selon le sexe et l'âge montre que les femmes se retrouvent en plus forte proportion que les hommes dans les ménages à faible revenu (22 % c. 16 %), de même que les 65 ans et plus (34 %) par rapport aux autres groupes d'âge (de 14 % à 19 %).
- Les personnes ayant un emploi rémunéré représentent 60 % de la population, alors que les retraités en forment 20 %, les étudiants, 13 % et les personnes sans emploi, 7 %.
- La proportion de Québécois qui se considèrent pauvres ou très pauvres est estimée à 11 %. Cette situation de pauvreté dure depuis au moins cinq ans selon la moitié d'entre eux, mais les deux tiers environ croient que leur situation va s'améliorer à court terme (26 %) ou à un moment donné (40 %).

Introduction

Le présent chapitre décrit la population de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP 2008) selon certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques. Ces caractéristiques s'inscrivent parmi les caractéristiques de l'individu qui forment le noyau central du modèle systémique utilisé pour l'analyse de la santé et du bien-être dans le rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Daveluy et autres, 2000). Elles constituent également, avec les caractéristiques génétiques, les compétences personnelles et sociales ainsi que les habitudes de vie et comportements, le champ le plus rapproché de l'état de santé de la population dans le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants élaboré, conjointement avec le réseau de la santé (MSSS, INSPQ et TCN, 2009), par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques occupent donc une place importante parmi les déterminants de l'état de santé. De plus, elles sont souvent associées aux autres déterminants de la santé qui agissent sur les individus, tels les milieux de vie.

Les enquêtes de santé comportent en général plusieurs indicateurs se rapportant aux caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques. Des facteurs propres aux individus comme le sexe et l'âge et relatifs à leur environnement social comme la composition du ménage, la naissance ou la durée de résidence au Canada et la langue parlée le plus souvent à la maison font partie des caractéristiques sociodémographiques retenues dans la présente enquête. Par ailleurs, les caractéristiques socioéconomiques comprennent la scolarité, le revenu et l'occupation principale; des variables à caractère plus subjectif comme la perception de sa situation financière sont aussi considérées afin de mieux circonscrire la situation socioéconomique des individus.

La description des aspects méthodologiques précède la présentation des caractéristiques de la population. Cette section du chapitre vise à faire connaître plus précisément les indicateurs utilisés et à signaler les limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Les caractéristiques sociodémographiques sont ensuite décrites, suivies des caractéristiques socioéconomiques. La conclusion reprend, sous forme synthétique, les principaux traits de la population québécoise âgée de 15 ans et plus.

2.1 Aspects méthodologiques

2.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les données sur le **sexe** et l'**âge** sont établies à partir des questions posées par l'intervieweur à l'étape de la sélection aléatoire du répondant au sein du ménage privé inclus dans l'échantillon (questions VI et VII)³³. L'âge du répondant est déterminé à l'aide de l'information transmise pour chacun des membres du ménage par la personne initialement jointe par téléphone. Rappelons que cette personne pouvait donner l'âge exact de l'individu ou le fournir en groupe d'âge, ce qui a nécessité l'imputation de l'âge d'environ 3 % des répondants afin d'obtenir une valeur précise de l'âge pour chacun d'entre eux³⁴. Les données sur le sexe et l'âge ne présentent donc pas de valeur manquante.

L'indicateur **composition du ménage**³⁵ a été créé aux fins de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (question Q113). Les répondants devaient prendre en compte tous les membres de leur ménage dans leur réponse à cette question. L'indicateur comporte cinq catégories : personne vivant seule, couple sans enfant, couple avec enfants, famille monoparentale, autre. Les regroupements ont été effectués en tenant compte des liens sociaux à l'intérieur du ménage, en particulier la présence ou non d'enfants. Le taux de non-réponse partielle s'élève à 2,8 % pour cet indicateur.

33. Pour plus de détails, voir le questionnaire de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* sur le site Web de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

34. Pour plus de détails, voir le chapitre 1, « Aspects méthodologiques ».

35. Le ménage est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un même logement; il s'agit, en l'occurrence, de logements privés, puisque l'EQSP 2008 cible les ménages privés.

L'indicateur **naissance au Canada** est établi à partir de la question Q109. Les résultats comportent deux grandes catégories : naissance au Canada et naissance dans un autre pays. Cet indicateur permet d'identifier les personnes qui ont immigré³⁶ au pays; la **durée de résidence** au Canada permet pour sa part de distinguer les immigrants récents (moins de 5 ans) des immigrants établis (5 ans ou plus). Le calcul de la durée se base sur les réponses à la question Q111 qui porte sur l'année d'arrivée au Canada « pour y rester » ou, en cas de non-réponse à cette question, sur les réponses à la question Q111a qui donne le choix entre des nombres d'années vécues au Canada (moins de 5 ans, de 5 à 10 ans, plus de 10 ans). Les taux de non-réponse partielle sont très faibles tant pour la variable naissance au Canada (0,5 %) que pour la variable durée de résidence (0,6 %). La proportion des personnes nées à l'extérieur du Canada est relativement peu élevée (12 %) dans l'ensemble du Québec, ce qui peut limiter l'utilisation de cette variable dans les croisements avec les indicateurs de santé en raison de la moindre précision des estimations.

Les données sur la **langue parlée à la maison** proviennent de la question Q112. Le répondant devait indiquer la langue parlée le plus souvent à la maison; il avait la possibilité de mentionner une autre langue s'il parlait ces deux langues aussi souvent l'une que l'autre. Quatre catégories sont présentées dans ce chapitre : français seulement, français et autre(s) langue(s), anglais avec ou sans autre(s) langue(s) en excluant le français, ni français ni anglais. La deuxième catégorie regroupe les personnes qui parlent au moins le français indépendamment du fait qu'elles peuvent aussi utiliser une autre langue; la troisième catégorie regroupe les personnes qui ne parlent pas le français, mais qui parlent au moins l'anglais, indépendamment du fait qu'elles peuvent aussi utiliser une autre langue. Par ailleurs, la catégorie « français et anglais (avec ou sans autre(s) langue(s)) » n'a pu être retenue comme telle, car elle comptait trop peu d'effectifs. Cet indicateur comporte une faible proportion de valeurs manquantes (0,5 %).

2.1.2 Caractéristiques socioéconomiques

Le **niveau de scolarité** est déterminé à partir de la question Q114 portant sur le plus haut niveau de scolarité complété; le diplôme d'études secondaires, le diplôme ou certificat d'études d'un cégep, d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle ainsi que le diplôme universitaire figurent parmi les choix de réponse. Cet indicateur affiche un taux de non-réponse partielle de 1,2 %. Dans le présent rapport, le niveau de scolarité comprend les catégories suivantes : niveau inférieur au DES, diplôme d'études secondaires (DES)³⁷, diplôme d'études collégiales (DEC)³⁸ ou l'équivalent, diplôme d'études universitaires. Les catégories retenues³⁹ sont basées sur les regroupements effectués dans la plupart des enquêtes sociales et ont été définies de façon à comporter suffisamment d'effectifs pour que l'indicateur puisse être utilisé comme variable de croisement. Toutefois, cet indicateur ne tient pas compte du sexe et de l'âge des répondants comme le fait l'indice de scolarité relative⁴⁰ (divisé en quintiles) élaboré pour le rapport de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Cette limite devra être prise en considération dans l'interprétation des tableaux présentant des croisements avec le niveau de scolarité.

Plusieurs indicateurs fournissent des informations complémentaires sur la situation économique de la population québécoise de 15 ans et plus. Certaines d'entre elles, comme l'information sur le revenu du ménage, sont relativement difficiles à obtenir, mais demeurent essentielles à l'établissement de croisements avec les indicateurs de santé. Le **niveau de revenu du ménage** auquel appartient le répondant est tiré des questions Q120 et Q120a. L'information demandée porte sur le revenu total de tous les membres du ménage provenant de toutes les sources, avant impôt et autres retenues pour les douze mois précédant l'enquête. Compte tenu du taux de non-réponse partielle élevé et des déclarations pouvant être fournies en catégorie de revenu, des imputations ont dû être faites afin d'attribuer une valeur exacte de revenu à chaque répondant⁴¹. Or, ces imputations ont pour effet indirect de sous-estimer la variance des estimations, ce qui touche en particulier les jeunes adultes de 15 à 24 ans et les femmes de 65 ans et plus.

36. Selon le recensement du Canada, une portion infime des personnes nées à l'extérieur du Canada ne sont pas des immigrants (ex. : les enfants de membres des Forces canadiennes nés hors du Canada, etc.).

37. La catégorie DES inclut également des études partielles dans un cégep, une école de métiers ou une école de formation professionnelle.

38. La catégorie DEC comprend les personnes qui détiennent un diplôme ou un certificat d'études d'un cégep, d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle, ou ont fait des études partielles à l'université.

39. Le niveau de scolarité comprend les catégories suivantes : niveau inférieur au DES, diplôme d'études secondaires (DES), diplôme ou certificat d'études collégiales, diplôme d'études universitaires.

40. Cet indice permet de tenir compte de l'évolution historique et sociale de la durée de l'éducation formelle, à savoir que les personnes du même sexe et du même groupe d'âge sont plus susceptibles de présenter un niveau de scolarité similaire (Chevalier et Sauvageau, 2000).

41. Pour plus de détails, voir le chapitre 1, « Aspects méthodologiques ».

Par ailleurs, l'**indice du niveau de revenu du ménage** s'inspire d'une variable créée par Statistique Canada dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), 2005. L'indice est un rapport entre le revenu total du ménage et le seuil de faible revenu établi en fonction de la taille du ménage et de la taille de la communauté de résidence du répondant. L'indice se base donc sur quatre éléments : le revenu total du ménage (Q120 et Q120a), le nombre de personnes dans le ménage (questions V et VI), la taille de la communauté (code postal) et les seuils de faible revenu⁴² fixés par Statistique Canada pour le recensement de 2006. Cet indice est présenté sous forme de quintiles, qui vont du revenu le plus faible (quintile 1) au revenu le plus élevé (quintile 5). Notons que la variance des estimations peut être sous-estimée de façon assez importante pour les quintiles 2 à 5 en raison des imputations du revenu total du ménage effectuées.

Des renseignements de nature subjective ont été recueillis afin d'apporter un complément d'information aux données sur le revenu du ménage. La **perception de sa situation financière** (Q116) constitue une mesure, effectuée par le répondant lui-même, de sa situation en comparaison de celle de personnes de son âge; elle permet de tenir compte de divers éléments non inclus dans la déclaration du revenu brut qui révèlent la situation globale, tels l'endettement ou l'entraide. Cette question comporte 3,5 % de valeurs manquantes. D'autres indicateurs fournissent des précisions sur la situation financière des personnes telle qu'elles la perçoivent : durée de la situation (Q117), perspective d'amélioration (Q118) et comparaison avec la situation des parents du répondant au même âge que ce dernier (Q119).

L'**occupation principale** décrit l'activité exercée de manière habituelle par les personnes de 15 ans et plus au cours des douze mois précédant l'enquête (Q115). Quatre catégories ont été établies : travailleurs, étudiants, personnes sans emploi, retraités. Les travailleurs comprennent les personnes ayant travaillé à temps plein ou à temps partiel durant la période de référence ainsi que les travailleurs en congé (maladie, maternité, paternité, etc.). Les personnes sans emploi incluent les prestataires de l'assurance-emploi et les bénéficiaires de l'assistance sociale de même que les personnes qui tiennent maison. Le taux de non-réponse partielle à cette question est de 1,1 %.

Toutes les caractéristiques sont croisées avec le sexe et l'âge; les associations entre ces variables sont indiquées et les différences signalées dans le texte sont toutes significatives sur le plan statistique, à moins d'indication contraire. Des estimations de population sont aussi présentées dans les tableaux de ce chapitre.

2.2 Caractéristiques sociodémographiques

Les résultats présentés dans ce rapport sont basés sur des données pondérées afin que l'échantillon soit représentatif de la population dont il est issu, soit les Québécois de 15 ans et plus vivant en ménage privé. Entre la mi-février 2008 et la mi-mars 2009, 38 154 personnes ont accepté de répondre au questionnaire de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*. Elles représentent 6 326 523 personnes de 15 ans et plus vivant en ménage privé au Québec.

2.2.1 Structure par âge et sexe

Les personnes âgées de 45 à 54 ans forment environ le cinquième de la population (tableau 2.1). C'est le groupe le plus important; il est suivi de celui des 35-44 ans (17 %). Les jeunes adultes (15-24 ans) et les aînés (65 ans et plus) constituent respectivement 15 % et 16 % de l'ensemble. Les 15-19 ans sont les plus nombreux parmi les jeunes adultes (9 % c. 6 % pour les 20-24 ans), tandis que c'est le cas des 65-74 ans parmi les aînés (9 % c. 6 % pour les 75-84 ans c. 1,2 % pour les 85 ans et plus). Par ailleurs, la population visée par l'enquête compte près de 6 % de personnes mineures (15-17 ans), tant chez les hommes que chez les femmes.

De façon générale, dans les chapitres subséquents, les croisements avec les indicateurs relatifs aux thèmes abordés reposeront sur de grands groupes d'âge. Les quatre groupes suivants ont été retenus pour diviser la population de 15 ans et plus (données non présentées) : 15-24 ans (15 %), 25-44 ans (33 %), 45-64 ans (35 %), 65 ans et plus (16 %).

42. Les seuils de faible revenu représentent les sommes d'argent nécessaires aux dépenses dites de subsistance; les seuils sont définis en fonction de la taille du ménage et de la taille de la communauté dans laquelle vit le répondant.

Tableau 2.1

Répartition de la population de 15 ans et plus¹ selon le sexe et l'âge, Québec, 2008

	Total		Hommes		Femmes	
	Population	Pe	Population	Pe	Population	Pe
	%	k	%	k	%	k
Total	100,0	6 327	49,4	3 126	50,6	3 200
15-19 ans	9,1	576	9,8	307	8,4	269
20-24 ans	6,3	398	6,1	191	6,4	206
25-34 ans	16,3	1 033	16,8	527	15,8	507
35-44 ans	17,0	1 075	17,5	548	16,5	527
45-54 ans	19,7	1 249	19,9	622	19,6	627
55-64 ans	15,4	975	15,2	475	15,6	500
65-74 ans	9,3	591	9,0	281	9,7	310
75-84 ans	5,6	356	5,0	156	6,3	201
85 ans et plus	1,2	73	0,6	19	1,7	54

1. Population vivant en ménage privé.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

La population totale se compose d'à peine plus de femmes (51 %) que d'hommes (49 %) (tableau 2.1). La distribution selon le sexe montre des écarts statistiquement significatifs entre les proportions d'hommes et de femmes pour chaque groupe d'âge, sauf les 20-24 ans. Avant 55 ans, les hommes sont un peu plus nombreux en proportion que les femmes, alors que l'inverse est observé chez les groupes plus âgés.

2.2.2 Composition du ménage

Parmi la population québécoise de 15 ans et plus, environ 7 personnes sur 10 vivent en couple, soit au sein d'un ménage formé d'un couple avec enfants (43 %) ou sans enfant (29 %) (tableau 2.2). Près d'une personne sur 10 fait partie d'une famille monoparentale (9 %) : si l'on ajoute cette proportion à celle des couples avec enfants, c'est au moins la moitié de la population qui vit dans un ménage comptant un enfant ou plus. Par ailleurs, environ 13 % des Québécois de 15 ans et plus habitent seuls.

La composition du ménage varie selon le sexe des individus : une proportion plus élevée de femmes que d'hommes vivent seules (16 % c. 11 %) ou dans une famille monoparentale (11 % c. 6 %), alors qu'une plus forte proportion d'hommes que de femmes vivent en couple, avec (46 % c. 40 %) ou sans enfant (31 % c. 27 %). L'âge est aussi associé à la composition du ménage (tableau 2.2). Les jeunes adultes (15-24 ans) présentent la plus forte proportion de personnes faisant partie d'une famille monoparentale (17 %); ils sont également les plus nombreux, avec les 25-44 ans, à vivre dans un ménage composé d'un couple avec enfants (62 % et 61 % respectivement). D'autre part, les couples sans enfant (54 %) et les personnes vivant seules (32 %) sont davantage présents chez les personnes de 65 ans et plus; bien que moindres, ces proportions demeurent importantes chez les 45-64 ans (respectivement 39 % et 15 %).

Tableau 2.2

Composition du ménage¹ selon le sexe et l'âge du répondant, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Personne vivant seule	Couple sans enfant	Couple avec enfants	Famille monoparentale	Autre
	%				
Total	13,4	28,7	42,7	8,5	6,7
Hommes	10,7	30,5	45,8	6,4	6,5
Femmes	16,0	26,9	39,7	10,5	6,9
15-24 ans	1,9	6,1	61,6	17,4	13,0
25-44 ans	7,9	16,4	60,7	9,2	5,9
45-64 ans	15,3	38,8	34,6	6,3	5,0
65 ans et plus	31,7	53,8	5,1	3,3	6,1
Pe (k)	847	1 815	2 702	538	425

1. Ménage dont fait partie le répondant.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Comme le fait de vivre seul risque d'accroître la vulnérabilité des individus, notamment parmi la population âgée, il importe de mieux connaître le profil des personnes vivant seules. Bien que celles-ci représentent un peu plus d'une personne sur 10 dans l'ensemble de la population, elles se répartissent très inégalement selon l'âge et le sexe (données non présentées). La proportion de personnes seules passe de 25 % chez les 65-74 ans à 39 % chez les 75-84 ans pour atteindre 48 % chez les 85 ans et plus. L'écart selon le sexe est aussi notable : 42 % des femmes âgées de 65 ans et plus habitent seules comparativement à 18 % des hommes.

La catégorie « autre » type de ménage représente une proportion non négligeable de la population, soit 7 %. Cette catégorie se compose principalement d'individus habitant avec des personnes apparentées⁴³ (2,6 % de la population de 15 ans et plus) ou non apparentées (2,0 %) (données non présentées). Elle inclut également des couples sans enfant et des familles vivant avec d'autres personnes ainsi que des familles multiples partageant le même logement⁴⁴ (2,0 % de la population). Notons que 13 % des jeunes adultes (15-24 ans) font partie d'un ménage classé dans la catégorie « autre »⁴⁵.

2.2.3 Naissance au Canada ou durée de résidence

Les indicateurs naissance et durée de résidence au Canada ont été retenus sur la base de l'hypothèse selon laquelle les personnes ayant immigré se distinguent en matière de santé des Canadiens de naissance et que ces différences tendent à s'atténuer au fil du temps. Ainsi, une étude tirée de l'ESCC 2005 montre que les immigrants du Québec jouissent en général d'un meilleur état de santé et ont de meilleures habitudes de vie quant à la consommation d'alcool ou de tabac que les personnes nées au Canada; cette étude constate aussi que les immigrants récents recourent moins aux services de santé (Nanhou et Audet, 2008).

La population québécoise de 15 ans et plus compte environ 12 % de personnes nées à l'extérieur du Canada (tableau 2.3). Les données ne montrent pas de lien entre le lieu de naissance et la variable sexe, mais la répartition selon l'âge révèle que les personnes nées en dehors du Canada se retrouvent en plus forte proportion dans la population de 25 à 44 ans (17 %). La plupart des personnes nées dans un autre pays sont arrivées au Canada depuis cinq ans et plus (données non présentées) : elles forment environ 10 % de la population totale comparativement à 2,4 % pour les immigrants récents (moins de 5 ans).

43. Liens de parenté autres que ceux de couple et de parents-enfants.

44. Les catégories « couple avec enfants », « famille monoparentale » et « couple sans enfant » peuvent être considérées comme des ménages qui n'incluent pas d'autres personnes pouvant apporter un soutien additionnel ou entraîner plus de responsabilités.

45. Près de la moitié des 15-24 ans inclus dans la catégorie « autre » habitent avec des personnes apparentées (6 % de l'ensemble des 15-24 ans) (données non présentées); ceux qui partagent un logement avec des personnes non apparentées ou vivent dans une famille avec d'autres personnes constituent respectivement 3,1 % et 2,4 % de l'ensemble des 15-24 ans (estimations à interpréter avec prudence, coefficients de variation entre 15 % et 25 %).

Tableau 2.3

Naissance au Canada ou dans un autre pays selon le sexe¹ et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Canada	Autre pays
	%	
Total	87,7	12,3
Hommes	87,1	12,9
Femmes	88,3	11,7
15-24 ans	91,3	8,7
25-44 ans	83,1	16,9
45-64 ans	89,7	10,3
65 ans et plus	89,5	10,5
Pe (k)	5 549	778

1. Le test d'association entre la variable naissance au Canada et la variable sexe n'est pas significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

2.2.4 Langue parlée à la maison

Pour la grande majorité des Québécois âgés de 15 ans et plus (83 %), la langue parlée le plus souvent à la maison est uniquement le français (tableau 2.4). Près du dixième de la population parle seulement l'anglais ou le combine à une langue autre que le français. Des proportions plus faibles de la population font usage d'une langue autre que le français ou l'anglais (4,2 %) ou de plus d'une langue en incluant le français (3,8 %).

Tableau 2.4

Langue parlée à la maison¹ selon le sexe² et l'âge du répondant, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Français uniquement	Français et autre(s) langue(s)	Anglais sans français et avec ou sans autre(s) langue(s)	Ni français ni anglais
	%			
Total	82,7	3,8	9,3	4,2
Hommes	82,6	4,0	9,3	4,1
Femmes	82,7	3,7	9,4	4,3
15-24 ans	81,1	2,5*	11,4	5,0*
25-44 ans	79,8	5,0	9,2	6,0
45-64 ans	85,5	3,2	8,6	2,7
65 ans et plus	83,9	4,0	9,3	2,8*
Pe (k)	5 230	242	591	264

1. Il s'agit de la langue parlée le plus souvent à la maison; plus d'une langue pouvait être indiquée.

2. Le test d'association entre la variable langue parlée à la maison et la variable sexe n'est pas significatif au seuil de 5 %.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

La langue parlée à la maison est liée à l'âge, mais ne présente pas d'association avec la variable sexe. Avant 45 ans, les proportions de personnes ne parlant que le français à la maison sont moins élevées, alors que les proportions de personnes qui ne parlent ni français ni anglais sont supérieures à celles des groupes plus âgés (tableau 2.4). Selon les

résultats, ce sont les jeunes adultes (15-24 ans) qui présentent la plus forte proportion (11 %) quant à l'usage de l'anglais à la maison⁴⁶ et la plus faible (2,5 %) quant à l'usage du français avec d'autres langues; les écarts ne sont toutefois significatifs que par rapport aux 45-64 ans dans le premier cas et aux 25-44 ans ainsi qu'aux 65 ans et plus dans le second cas.

2.3 Caractéristiques socioéconomiques

2.3.1 Scolarité

La population du Québec se répartit à peu près également dans les quatre grands niveaux de scolarité retenus (tableau 2.5). Une personne sur quatre se classe dans le niveau de scolarité le plus faible, soit le niveau inférieur au diplôme d'études secondaires (DES). Ainsi, les trois quarts des Québécois de 15 ans et plus possèdent au moins un DES : 25 % n'ont obtenu que ce diplôme, alors que 26 % ont terminé des études collégiales et 24 % sont des diplômés universitaires.

Tableau 2.5

Niveau de scolarité¹ selon le sexe² et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Niveau inférieur au DES	Diplôme d'études secondaires (DES)	Diplôme ou certificat d'études collégiales ³	Diplôme d'études universitaires
	%			
Total	24,8	25,3	26,0	23,9
Hommes	25,1	25,4	25,9	23,6
Femmes	24,5	25,2	26,2	24,2
15-24 ans	39,2	32,7	22,6	5,5
25-44 ans	9,6	19,6	35,3	35,5
45-64 ans	20,1	29,7	24,7	25,4
65 ans et plus	52,9	20,4	12,8	13,8
Pe (k)	1 569	1 601	1 647	1 511

1. Plus haut niveau de scolarité complété.

2. Le test d'association entre la variable niveau de scolarité et la variable sexe n'est pas significatif au seuil de 5 %.

3. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Dans l'ensemble, les données ne montrent pas de lien avec la variable sexe, mais la scolarité est nettement associée à l'âge, ce qui peut constituer un facteur confondant dans les analyses de l'état de santé et de ses déterminants. D'une part, les jeunes adultes (15-24 ans) et les aînés (65 ans et plus) sont surreprésentés dans le niveau de scolarité le plus faible, les premiers (39 %) n'ayant probablement pas terminé leur scolarité⁴⁷ et les seconds (53 %) faisant partie de générations moins scolarisées. Les 15-24 ans sont aussi plus nombreux, toutes proportions gardées, à détenir un DES (33 %) comme plus haut niveau de scolarité par rapport aux autres groupes d'âge. D'autre part, les 25-34 ans et les 35-44 ans présentent un parcours similaire, la grande majorité d'entre eux ayant complété soit des études collégiales (respectivement 36 % et 34 %), soit des études universitaires (36 % et 35 %) (données non présentées). Dans l'ensemble, les 25-44 ans comptent, en proportion, plus de personnes ayant complété des niveaux de scolarité supérieurs que les autres groupes d'âge.

46. L'anglais comme seule langue ou comme langue combinée avec une autre que le français.

47. Notons que la proportion des jeunes adultes n'ayant pas terminé leur secondaire est nettement plus forte chez les 15-19 ans (57 %) que chez les 20-24 ans (13 %) (données non présentées), tandis qu'aucun écart significatif entre ces deux groupes n'est observé pour l'obtention du DES (34 % et 30 %).

La répartition de la scolarité selon l'âge et le sexe montre que plus de femmes que d'hommes affichent un niveau de scolarité inférieur au DES parmi les 65 ans et plus (57 % c. 48 %), tandis que l'inverse est noté chez les 15-24 ans (35 % c. 43 %) et les 25-44 ans (7 % c. 12 %) (données non présentées).

2.3.2 Revenu

Avant de présenter les résultats de l'EQSP 2008 pour le revenu, il importe de rappeler qu'en raison des imputations effectuées, la variance des estimations peut être largement sous-estimée, en particulier pour le revenu du ménage chez les jeunes adultes de 15 à 24 ans et les femmes de 65 ans et plus ainsi que pour les quintiles 2 à 5 de l'indice du niveau de revenu du ménage. Par conséquent, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.

La distribution des personnes de 15 ans et plus selon le revenu de leur ménage révèle que près de la moitié d'entre elles sont membres d'un ménage gagnant 60 000 \$ et plus par année (tableau 2.6). Une personne sur 10 fait partie d'un ménage ayant un revenu de moins de 20 000 \$, tandis qu'un peu plus d'une sur cinq (22 %) dispose de 100 000 \$ et plus. Les femmes se retrouvent plus souvent que les hommes dans des ménages dont le revenu est de moins de 40 000 \$ (34 % c. 25 %) et les hommes, davantage que les femmes, dans des ménages dont le revenu est égal ou supérieur à 60 000 \$ (54 % c. 45 %).

Tableau 2.6

Revenu annuel du ménage¹ par tranche de revenu selon le sexe et l'âge du répondant, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Moins de 20 000 \$	20 000 \$ à 39 999 \$	40 000 \$ à 59 999 \$	60 000 \$ à 99 999 \$	100 000 \$ et plus
	%				
Total	9,6	20,0	20,5	27,6	22,2
Hommes	7,2	18,0	20,3	29,2	25,1
Femmes	11,9	22,0	20,7	26,0	19,3
15-24 ans	7,8	14,7	17,6	30,7	29,3
25-44 ans	6,1	16,5	20,7	31,3	25,4
45-64 ans	8,4	16,9	21,3	29,1	24,3
65 ans et plus	21,2	39,3	21,4	13,9	4,2
Pe (k)	608	1 268	1 300	1 747	1 404

1. Ménage dont fait partie le répondant.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Le revenu du ménage varie aussi selon l'âge des personnes. Dans le groupe des 65 ans et plus, 6 personnes sur 10 (61 %) vivent au sein d'un ménage disposant de moins de 40 000 \$ par année et 2 sur 10, dans un ménage ayant moins de 20 000 \$. Les autres groupes d'âge se retrouvent tous en grande majorité dans des ménages dont le revenu atteint ou dépasse 40 000 \$ par année (78 % des 15-24 ans, 77 % des 25-44 ans et 75 % des 45-64 ans). Ce constat laisse supposer qu'une bonne partie des jeunes adultes de 15 à 24 ans habitent encore chez leurs parents⁴⁸.

Lorsqu'on ajuste le revenu en fonction des seuils de faible revenu, en tenant compte de la taille du ménage et de la communauté, on obtient une répartition en quintiles allant du revenu le plus faible (quintile 1) au revenu le plus élevé (quintile 5) (tableau 2.7). L'indice du niveau de revenu du ménage montre que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de faire partie des ménages ayant les plus faibles revenus (quintile 1 : 22 % c. 16 %). L'indice est aussi associé à

48. Rappelons que près de quatre jeunes sur cinq vivent dans un ménage comptant des enfants : 62 % des 15-24 ans font partie d'un ménage composé d'un couple avec enfants et 17 %, d'une famille monoparentale.

l'âge : les 65 ans et plus se différencient nettement par une proportion plus forte de ménages à faible revenu (34 %) ⁴⁹ et moins importante de ménages à revenu élevé (7 %). Par contre, ce sont les 45-64 ans qui comptent moins de ménages à faible revenu (14 %) et davantage de ménages à revenu élevé (26 %) par rapport aux autres groupes d'âge. Les données ne permettent pas de déceler un écart significatif entre les 15-24 ans et les 25-44 ans, sauf pour le second (22 % c. 19 %) et le dernier quintile (17 % c. 21 %).

Tableau 2.7

Indice du niveau de revenu du ménage¹ selon le sexe et l'âge du répondant, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Quintile 1 (faible)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (élevé)
	%				
Total	19,3	20,7	19,5	20,4	20,1
Hommes	16,0	19,5	20,1	20,8	23,6
Femmes	22,4	21,9	19,0	20,1	16,6
15-24 ans	18,7	22,2	19,4	22,7	17,1
25-44 ans	17,8	19,2	20,4	21,2	21,4
45-64 ans	14,2	17,5	20,0	22,3	25,9
65 ans et plus	34,3	29,6	16,7	12,3	7,1
Pe (k)	1 220	1 310	1 236	1 293	1 269

1. Ménage dont fait partie le répondant.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

2.3.3 Perception de sa situation financière et de la durée de la pauvreté

Un peu plus du tiers (35 %) des Québécois de 15 ans et plus estiment être à l'aise financièrement (tableau 2.8). Une plus grande partie d'entre eux, soit plus de la moitié (54 %), considèrent plutôt avoir un revenu suffisant pour répondre à leurs besoins fondamentaux ou à ceux de leur famille. Les personnes qui se disent pauvres ou très pauvres représentent environ le dixième (11 %) de la population de 15 ans et plus.

La perception de sa situation financière varie selon le sexe et l'âge des individus. Les données ne montrent cependant pas d'écart significatif selon le sexe parmi les personnes se percevant pauvres ou très pauvres. Par ailleurs, les plus jeunes (15-19 ans) sont les seuls à se distinguer par une plus faible proportion de personnes estimant vivre dans la pauvreté ⁵⁰, soit 6 % comparativement à des proportions se situant entre 9 % et 12 % dans les autres groupes d'âge ⁵¹. À l'autre extrémité, les 65-74 ans sont proportionnellement plus nombreux à se considérer pauvres (12 %) que leurs cadets de tous les groupes d'âge (de 6 % à 10 %). Lorsqu'on considère les 65 ans et plus dans leur ensemble, la proportion des personnes se percevant pauvres ou très pauvres (12 %) ne se distingue plus des proportions notées chez les 25-44 ans (11 %) et les 45-64 ans (12 %) (données non présentées).

49. Ce constat s'applique autant aux hommes qu'aux femmes : environ 26 % des hommes âgés de 65 ans et plus se retrouvent parmi les ménages très pauvres (quintile 1); chez les femmes, cette proportion est de 41 % (données non présentées). Notons que dans tous les groupes d'âge (15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus), les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à faire partie de ménages disposant des plus faibles revenus (quintile 1).

50. Comme pour le revenu, on peut poser l'hypothèse que les jeunes vivant encore chez leurs parents ont pris comme référence la situation financière du ménage dont ils font partie pour faire leur évaluation.

51. Un constat similaire peut être fait pour le groupe des 15-24 ans qui se considèrent pauvres ou très pauvres dans une proportion de 8 %, inférieure aux proportions des autres groupes d'âge (données non présentées).

Tableau 2.8

Perception de sa situation financière selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	À l'aise financièrement	Revenus suffisants	Pauvre	Très pauvre
	%			
Total	35,0	54,0	9,4	1,6
Hommes	37,1	52,5	8,9	1,6
Femmes	33,0	55,5	9,9	1,7
15-19 ans	42,6	50,1	5,8	1,5**
20-24 ans	37,8	52,5	8,9	0,9**
25-34 ans	38,4	51,2	8,9	1,4*
35-44 ans	37,4	50,9	9,8	1,9*
45-64 ans	31,7	56,6	9,6	2,1
65-74 ans	29,4	57,4	12,0	1,1*
75 ans et plus	31,7	58,0	10,0	0,4**
Pe (k)	2 214	3 417	593	102

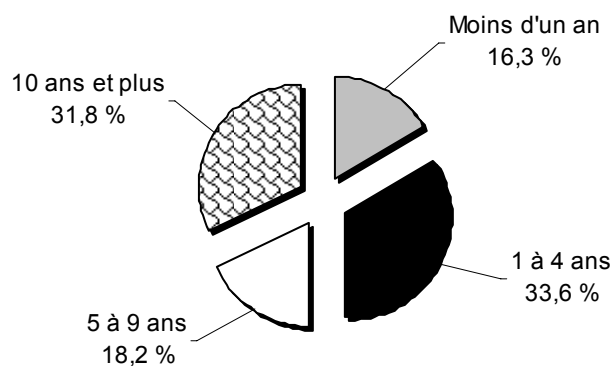
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008.

Lorsqu'elles comparent leur situation financière avec celle de leurs parents au même âge, les personnes se percevant pauvres ou très pauvres considèrent plus souvent leur situation désavantageuse qu'avantageuse : 46 % d'entre elles jugent qu'elles sont moins à l'aise que leurs parents, tandis que 40 % s'estiment plus à l'aise (données non présentées); environ 14 % d'entre elles ne voient pas de différence (« ni plus ni moins à l'aise »). Par ailleurs, près du tiers (32 %) de la population se percevant pauvre ou très pauvre affirme que cette situation dure depuis dix ans et plus (figure 2.1); si l'on ajoute les personnes dont la pauvreté date de cinq à neuf ans (18 %), c'est environ la moitié qui estime vivre ainsi depuis un certain temps déjà. Les personnes qui considèrent que leur situation de pauvreté est relativement récente (moins d'un an) sont moins nombreuses en proportion, soit environ 16 % de l'ensemble de cette population. Enfin, la durée de la pauvreté n'est pas associée au fait d'être un homme ou une femme.

Figure 2.1

Population de 15 ans et plus se percevant pauvre ou très pauvre selon la durée perçue de la pauvreté, Québec, 2008

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008.

Face à leur situation de pauvreté, les deux tiers environ des personnes concernées voient l'avenir de manière positive, certaines prévoyant une amélioration imminente (26 %) alors que les autres gardent espoir que celle-ci survienne à un moment donné (40 %) (données non présentées). Près du quart (23 %) des personnes se percevant pauvres ou très pauvres envisagent le *statu quo*, alors que le dixième d'entre elles craignent que leur situation n'empire. Les hommes s'avèrent plus optimistes que les femmes à court terme (30 % c. 23 %); les données ne permettent pas de déceler d'écart significatif entre hommes et femmes pour les autres catégories de réponse.

2.3.4 Occupation principale

Au cours des douze derniers mois, environ 6 Québécois de 15 ans et plus sur 10 avaient comme occupation principale le travail, tandis que 2 sur 10 étaient à la retraite (tableau 2.9). Pour leur part, les étudiants représentent 13 % de la population et les personnes sans emploi, 7 %⁵².

Tableau 2.9

Occupation principale¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Travailleurs	Étudiants	Personnes sans emploi	Retraités
	%			
Total	60,2	13,1	7,2	19,6
Hommes	65,6	13,0	3,5	18,0
Femmes	54,9	13,2	10,8	21,1
15-24 ans	27,0	70,8	2,2*	—
25-44 ans	86,2	5,9	7,8	0,1**
45-64 ans	74,0	0,4*	9,6	16,0
65 ans et plus	7,6	0,1**	5,4	86,8
Pe (k)	3 807	829	453	1 238

1. Occupation principale au cours des 12 derniers mois.

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

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

— Donnée infime.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

L'occupation principale varie selon le sexe; on ne décèle toutefois pas d'écart significatif pour ce qui est des étudiants (tableau 2.9). Les femmes sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes (55 % c. 66 %) à occuper un emploi, alors qu'elles le sont davantage à se trouver sans emploi (11 % c. 3,5 %) ou à la retraite (21 % c. 18 %). De plus, près d'une femme sur 10 (8 %) tient maison contre seulement 0,5 %⁵³ des hommes (données non présentées). La disparité entre hommes et femmes se manifeste aussi chez les personnes en emploi : ce sont surtout les hommes qui travaillent à temps plein parmi la population de 15 ans et plus (59 % c. 42 % des femmes). Le travail à temps partiel est nettement moins répandu que le travail à temps plein dans l'ensemble de la population (7 % c. 50 %)⁵⁴, mais il l'est davantage chez les femmes que chez les hommes (8 % c. 4,9 %).

52. Cette catégorie se compose en majorité de personnes qui tiennent maison (4,4 % de la population totale) (données non présentées); les prestataires de l'assurance-emploi ou de l'aide sociale ne représentent donc que 2,7 % de la population, ce qui permet de faire l'hypothèse d'une sous-déclaration de ces groupes de population par rapport aux statistiques officielles.

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

54. Les travailleurs se trouvant au moment de l'enquête dans une situation d'emploi autre (congé de maternité ou paternité, congé de maladie, etc.) représentent 3,5 % de l'ensemble de la population âgée de 15 ans et plus.

L'occupation principale diffère en fonction de l'âge. Des concentrations peuvent être notées suivant les groupes d'âge (tableau 2.9), en lien avec les cycles de la vie active : majorité d'étudiants chez les 15-24 ans (71 %), prédominance de travailleurs chez les 25-44 ans (86 %) et secondairement chez les 45-64 ans (74 %), forte majorité de retraités chez les 65 ans et plus (87 %). Les personnes sans emploi demeurent minoritaires quel que soit le groupe d'âge; elles représentent toutefois près du dixième des adultes âgés de 25 à 44 ans (8 %) et de 45 à 64 ans (10 %).

Les grands groupes d'âge masquent des différences qu'il importe de signaler (données non présentées). Ainsi, la concentration d'étudiants est surtout le fait des jeunes de 15 à 19 ans (87 %), puisque les 20-24 ans se partagent presque également entre les études (47 %) et le marché du travail (49 %). Les données selon le sexe permettent de nuancer ce dernier constat; elles montrent que les hommes de 20-24 ans travaillent (57 %) plus qu'ils n'étudient (38 %), tandis que les femmes de ce groupe d'âge sont plus nombreuses en proportion à étudier (56 %) qu'à travailler (40 %). Pour ce qui est des travailleurs, ils demeurent majoritaires dans le groupe des 45-54 ans (88 %), tandis que chez les 55-64 ans leur proportion devient plus faible (56 %) et la part des retraités, plus importante (33 %).

Conclusion

Les principales caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques de la population québécoise selon l'EQSP 2008 ont été décrites dans ce chapitre. La répartition selon l'âge indique que le tiers de la population se compose de personnes âgées de 25 à 44 ans et un autre tiers environ, de personnes âgées de 45 à 64 ans; le dernier tiers regroupe les 15-24 ans (15 %) et les 65 ans et plus (16 %). Dans les chapitres subséquents, les analyses seront généralement faites en fonction de ces quatre groupes d'âge.

Vivre seule est le fait d'environ une personne sur 8 au Québec, tandis qu'une personne sur 2 fait partie d'un ménage composé d'un parent ou d'un couple avec enfants. La très grande majorité des Québécois sont nés au Canada (88 %); une forte proportion de la population fait usage seulement du français à la maison (83 %). On estime que près du dixième des Québécois utilisent uniquement l'anglais à la maison ou l'utilisent avec une autre langue que le français et que 4,2 % ne parlent ni français ni anglais à la maison. Les tests d'association de ces indicateurs avec la variable âge sont tous significatifs au seuil de 0,05, ce qui n'est pas le cas pour la variable sexe, qui n'est pas associée au fait d'être né au Canada ou non et à la langue parlée le plus souvent à la maison.

Les trois quarts de la population québécoise âgée de 15 ans et plus détiennent un diplôme d'études secondaires ou un diplôme de niveau supérieur. Les personnes ayant un emploi rémunéré représentent 60 % de la population, alors que les retraités en forment environ le cinquième. Près du dixième des personnes de 15 ans et plus font partie d'un ménage disposant de moins de 20 000 \$ par année (ménage de moins de 40 000 \$: 30 %) et un peu plus du cinquième d'entre elles appartiennent à un ménage dont le revenu annuel est de 100 000 \$ et plus. Tous ces indicateurs varient selon le sexe et l'âge, à l'exception du niveau de scolarité qui ne présente un lien qu'avec l'âge.

Le portrait des personnes vivant en situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté est établi à partir de quelques indicateurs. La répartition de l'indice du niveau de revenu du ménage selon le sexe et l'âge montre que les femmes se retrouvent en plus forte proportion que les hommes dans les ménages ayant les revenus les plus faibles, de même que les 65 ans et plus par rapport aux autres groupes d'âge. Au total, un peu plus du dixième des Québécois se considèrent pauvres ou très pauvres, une situation qui dure depuis au moins cinq ans selon la moitié d'entre eux. Les deux tiers environ croient que leur situation financière va s'améliorer à court ou à long terme. La situation financière perçue est associée aux variables sexe et âge, mais on ne note pas d'écarts significatifs entre hommes et femmes parmi les personnes se considérant pauvres ou très pauvres. Par ailleurs, aucun lien n'est observé entre la durée de la pauvreté perçue et la variable sexe.

Parmi les caractéristiques décrites dans le présent chapitre, le sexe, l'âge, la scolarité et l'indice du niveau de revenu du ménage seront utilisés de manière constante dans les chapitres suivants comme déterminants de la santé; selon les thèmes abordés, les autres caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques entreront en ligne de compte dans les croisements avec les indicateurs retenus. Ces caractéristiques sont souvent associées entre elles et, en particulier, aux variables sexe et âge, comme l'a montré ce chapitre. L'interprétation des résultats en tiendra compte s'il y a lieu.

Références bibliographiques

- CHEVALIER, S., et Y. SAUVAGEAU (2000). « Caractéristiques de la population », dans : *Enquête sociale et de santé 2008*, 2^e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2, p. 77-95.
- DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 2008*, 2^e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p. et annexes.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DIRECTION DE LA SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ en collaboration avec les acteurs nationaux et régionaux en surveillance et en santé publique (2009). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune*, document découlant du Projet d'implantation du cadre d'orientation en surveillance (PICOS), MSSS, juillet, 40 p.
- NANHO, V., et N. AUDET (2008). « Caractéristiques de santé des immigrants du Québec : comparaison avec les Canadiens de naissance », Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, juin, 4 p.

Chapitre 3

Perception de l'état de santé

Francine Bernèche

Jocelyne Camirand

Renée Dufour

Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec

Faits saillants

- Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP), environ le dixième des Québécois de 15 ans et plus ne se considèrent pas en bonne santé : 9 % jugent leur santé passable et 2,1 % l'estiment mauvaise. Par contre, 33 % d'entre eux qualifient leur santé de bonne, 35 %, de très bonne et 21 %, d'excellente.
- La proportion des femmes ne se croyant pas en bonne santé est un peu plus élevée que celle des hommes (12 % c. 10 %). Cette perception négative concerne aussi davantage les personnes de 65 ans et plus (22 %) que celles de 45 à 64 ans (13 %) et celles de moins de 45 ans (5 % des 15-24 ans et 6 % des 25-44 ans).
- Les personnes vivant seules sont les plus nombreuses en proportion à qualifier leur santé de passable ou mauvaise (19 %), tandis que les personnes faisant partie d'un ménage composé d'un couple avec enfants sont les moins nombreuses (6 %). En outre, ces dernières pensent jouir d'une très bonne ou excellente santé en plus forte proportion (62 %) que les membres des autres types de ménage.
- Environ 20 % des personnes dont le niveau de scolarité est inférieur au diplôme d'études secondaires (DES) estiment ne pas être en bonne santé, ce qui dépasse les proportions observées pour les autres niveaux de scolarité. La plus faible proportion revient aux diplômés universitaires (5 %).
- Les membres de ménages à faible revenu (quintile 1 de l'indice du niveau de revenu du ménage) considèrent ne pas être en bonne santé dans une proportion plus forte (20 %) que les personnes disposant de revenus supérieurs (de 6 % à 12 %). Les individus qui se considèrent pauvres ou très pauvres sont aussi plus portés que les autres à évaluer négativement leur santé (27 % c. 9 %), mais moins enclins à la percevoir comme très bonne ou excellente (35 % c. 59 %).
- La perception négative de sa santé est plus répandue parmi les personnes sans emploi (26 %) que chez les retraités (20 %), les travailleurs (7 %) ou les étudiants (5 %). Par ailleurs, les personnes sans emploi et les retraités se différencient des travailleurs et des étudiants par des proportions nettement plus faibles de personnes qualifiant leur santé de très bonne ou excellente (respectivement 37 % et 40 % c. 62 % et 63 %).
- Les fumeurs actuels sont plus nombreux en proportion à considérer leur santé comme passable ou mauvaise que les non-fumeurs (15 % c. 9 %). C'est aussi le cas des personnes présentant un poids insuffisant (14 %) ou un surplus de poids (embonpoint ou obésité) (13 %) par rapport aux personnes de poids normal (8 %).
- L'autoévaluation de sa santé est liée à la satisfaction à l'égard de sa vie sociale : les individus insatisfaits qualifient leur santé de passable ou mauvaise nettement plus souvent que les personnes qui sont satisfaites de leur vie (31 % c. 9 %). Une importante différence est aussi notée entre les personnes se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et les autres : 23 % d'entre elles ne se considèrent pas en bonne santé contre 7 %.

Introduction

La perception de l'état de santé apparaît de prime abord comme un indicateur de l'état de santé global, puisqu'elle est basée sur l'évaluation que les individus font de leur santé. En réponse à une question simple, le répondant fait une appréciation globale de son état de santé en fonction de ses connaissances, ses valeurs et ses expériences. Il s'agit néanmoins d'un indicateur important, considéré comme fiable et valide, et utilisé dans un grand nombre d'enquêtes sociosanitaires à travers le monde (Bordeleau et Traoré, 2007).

L'intérêt de cet indicateur repose en bonne partie sur l'association de ce dernier avec d'autres indicateurs de santé comme les problèmes de santé physique, la capacité fonctionnelle ou la limitation d'activités (Levasseur, 2000). L'indicateur est aussi lié aux habitudes de vie et aux comportements individuels touchant la santé, à l'utilisation des services de santé et à la prise de médicaments (Shields et Shooshtari, 2001).

À partir des données de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP), ce chapitre donne une vue d'ensemble des liens existant entre la perception de l'état de santé, d'une part, et des variables permettant de décrire la population québécoise, ses habitudes de vie et son bien-être psychologique, d'autre part. La santé perçue ayant déjà fait l'objet de plusieurs études, il s'agit souvent de relations attendues, c'est-à-dire que la perception négative de la santé est davantage répandue dans les groupes de population dont les conditions de vie sont moins favorables ou les comportements, plus à risque.

Le présent chapitre aborde en premier lieu les aspects méthodologiques, pour ensuite se consacrer à la présentation des résultats portant sur les variations de la perception de l'état de santé en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, composition du ménage) et socioéconomiques (scolarité, revenu, perception de sa situation financière, occupation principale). Puis, les données sont croisées avec des indicateurs relatifs aux comportements (tabagisme) ou conditions physiques (statut pondéral) à risque ainsi qu'à l'état de santé mentale (détresse psychologique) et sociale des individus (satisfaction face à la vie sociale). Enfin, la conclusion fait ressortir, à partir des principaux résultats, des perspectives pour l'utilisation de ces données et la poursuite d'études tirées de l'EQSP 2008.

3.1 Aspects méthodologiques

Les données sur la perception de l'état de santé présentées dans ce chapitre proviennent d'une question posée à l'ensemble des répondants, au tout début du questionnaire (Q1) de l'EQSP 2008. La question est formulée ainsi : « Pour commencer, en général, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise? ». Le libellé de la question et les choix de réponse se basent sur la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé (1996).

Cette question est précédée d'un paragraphe servant de préambule au questionnaire de l'EQSP 2008, dans lequel il est précisé que « par santé, on entend non seulement l'absence de maladie ou de blessures mais aussi le bien-être »⁵⁵. En évaluant son état de santé, la personne répondante fait le bilan de sa santé, à la fois physique et mentale, en fonction de ses propres valeurs (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999). Ce faisant, elle pense à sa situation actuelle tout en tenant compte de ses trajectoires de santé, qui incluent des détériorations et des améliorations sur ce plan (Shields et Shooshtari, 2001).

La proportion de la population ne se considérant pas en bonne santé est généralement utilisée comme indicateur pour la surveillance de l'état de santé de la population; cette proportion comprend les catégories passable et mauvaise. Les catégories excellente et très bonne ont aussi été regroupées de façon à former trois grandes catégories : excellente ou très bonne, bonne, passable ou mauvaise.

55. Pour plus de détails, voir le questionnaire de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* sur le site Web de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Cet indicateur présente l'avantage de pouvoir être appliqué à l'ensemble de la population (Bordeleau et Traoré, 2007). Toutefois, comme les variables de croisement⁵⁶ ne sont pas normalisées selon l'âge, il importe de tenir compte de l'âge dans l'interprétation des résultats, notamment lorsque la perception de l'état de santé est croisée avec des caractéristiques socioéconomiques (scolarité, revenu, occupation principale) ou des indicateurs de santé (Levasseur, 2000). Par ailleurs, des analyses complémentaires ont été faites pour tenir compte de la variable sexe. Ces analyses permettent de voir dans quelle mesure les tendances observées dans l'ensemble concernent aussi les populations masculine et féminine, et de préciser selon quelles dimensions les hommes et les femmes se distinguent dans la perception de leur état de santé. Enfin, bien que le même indicateur ait été utilisé dans d'autres enquêtes générales auprès de la population québécoise⁵⁷, la comparaison des résultats entre ces enquêtes et l'EQSP 2008 est limitée par les différences dans la méthodologie adoptée ou la population visée par chaque enquête.

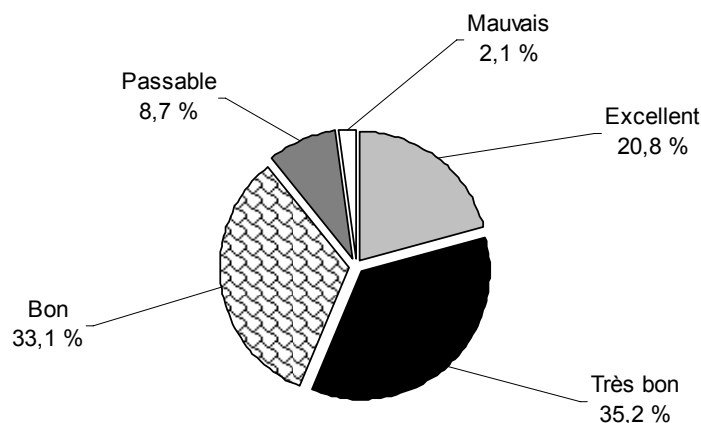
3.2 Résultats

3.2.1 Analyse selon certaines caractéristiques sociodémographiques

- Sexe et âge

En 2008, environ le dixième (11 %) des Québécois âgés de 15 ans et plus jugent que leur santé est passable (9 %) ou mauvaise (2,1 %). C'est donc dire que près de 9 personnes sur 10 (89 %) se perçoivent en bonne, très bonne ou excellente santé (figure 3.1). Plus précisément, environ les deux tiers d'entre elles considèrent leur état de santé comme bon (33 %) ou très bon (35 %), alors que le cinquième (21 %) estime jouir d'une excellente santé.

Figure 3.1
Perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

56. Une définition succincte des variables de croisement est présentée dans le lexique.

57. Entre autres : *Enquête sociale et de santé 1987, 1992-1993 et 1998* réalisée par Santé Québec; *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) menée par Statistique Canada (cycles généraux depuis 2000-2001).

Les femmes sont un peu plus nombreuses en proportion que les hommes à faire une évaluation négative de leur état de santé⁵⁸ : 12 % d'entre elles le considèrent passable ou mauvais comparativement à 10 % des hommes (tableau 3.1). La perception de l'état de santé varie aussi selon l'âge. La proportion des personnes croyant que leur santé est passable ou mauvaise avoisine les 5 % chez les moins de 45 ans (15-24 ans et 25-44 ans), alors qu'elle s'élève à 13 % chez les 45-64 ans et à 22 % parmi les 65 ans et plus⁵⁹. Ainsi, la proportion des personnes estimant qu'elles ne sont pas en bonne santé est plus élevée à partir du groupe des 45-64 ans, en même temps que la proportion des personnes se disant en très bonne ou excellente santé diminue, passant de 65 % chez les 25-44 ans à 54 % chez les 45-64 ans, puis à 37 % chez les 65 ans et plus.

Tableau 3.1

Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Excellent ou très bon	Bon	Passable ou mauvais
	%		
Total	56,1	33,1	10,8
Sexe			
Hommes	56,6	33,5	9,9
Femmes	55,5	32,8	11,7
Groupe d'âge			
15-24 ans	61,0	33,5	5,5
25-44 ans	64,8	29,1	6,1
45-64 ans	53,7	33,3	13,0
65 ans et plus	36,9	41,3	21,7
Composition du ménage			
Personne vivant seule	47,0	34,2	18,8
Couple sans enfant	53,7	33,7	12,5
Couple avec enfants	62,1	31,6	6,3
Famille monoparentale	56,8	31,6	11,6
Autre	46,0	39,4	14,6

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

C'est seulement dans les deux groupes plus âgés qu'on observe un lien entre la perception de l'état de santé et le sexe (données non présentées). La différence est significative pour ce qui est de la perception négative de la santé qui, chez les 65 ans et plus, concerne près du quart des femmes (24 %) mais le cinquième (19 %) des hommes; les problèmes de santé qui se développent à un âge plus avancé pourraient expliquer en partie cette différence.

58. Les différences entre hommes et femmes ne sont pas statistiquement significatives pour les catégories bonne et très bonne ou excellente. Notons qu'en 2005, les données de l'ESCC ne montraient pas de lien entre la perception de l'état de santé et la variable sexe parmi la population québécoise de 15 ans et plus (Bernèche et Dumitru, 2009).

59. La proportion des personnes ne se croyant pas en bonne santé s'accroît encore chez les groupes plus âgés : elle passe de 19 % chez les 65-74 ans à 25 % chez les 75 ans et plus.

- *Composition du ménage*

Les personnes vivant au sein d'un ménage composé d'un couple avec enfants présentent à la fois la plus faible proportion de personnes estimant leur santé passable ou mauvaise (6 %) et la plus forte proportion de celles se considérant en très bonne ou excellente santé (62 %) (tableau 3.1). À l'opposé, les personnes vivant seules sont les plus nombreuses en proportion à évaluer leur état de santé de façon négative (19 %); elles sont aussi les moins nombreuses, avec les personnes de la catégorie « autre »⁶⁰, à s'estimer en très bonne ou excellente santé (respectivement 47 % et 46 %). Entre ces deux extrêmes, l'autoévaluation de l'état de santé est faite de façon similaire par les personnes vivant au sein d'un couple sans enfant ou dans une famille monoparentale. Il importe de rappeler le rôle de l'âge dans la perception de l'état de santé, puisque la répartition par âge varie elle-même selon la composition du ménage⁶¹. Par ailleurs, la perception de l'état de santé en fonction de la composition du ménage présente des tendances similaires chez les hommes et les femmes.

3.2.2 *Analyse selon certaines caractéristiques socioéconomiques*

La perception de l'état de santé est associée de manière significative à plusieurs variables socioéconomiques analysées dans la présente section : la scolarité (le plus haut niveau complété), l'indice du niveau de revenu du ménage, la perception de sa situation financière et l'occupation principale.

- *Scolarité*

Les résultats de l'EQSP 2008 montrent que les proportions concernant la perception de l'état de santé suivent un gradient lorsque cet indicateur est croisé avec le niveau de scolarité pour la population de 15 ans et plus (tableau 3.2). Ainsi, les personnes se disant en très bonne ou excellente santé sont proportionnellement plus nombreuses chez les diplômés universitaires (68 %) et le sont de moins en moins à mesure que le niveau de scolarité diminue; la proportion la plus faible (40 %) est donc observée parmi les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (DES). À l'inverse, les proportions de personnes déclarant avoir une santé passable ou mauvaise s'accroissent depuis le niveau de scolarité le plus élevé jusqu'au plus faible. Somme toute, une personne sur 20 (5 %) évalue négativement sa santé parmi les diplômés universitaires, tandis que cette proportion est d'environ une sur 5 (20 %) parmi les personnes sans DES.

Les constatations touchant l'ensemble de la population peuvent aussi être faites pour la population féminine. Pour ce qui est de la population masculine, les données de l'EQSP 2008 ne permettent pas de déceler de différence significative dans la perception de l'état de santé entre les titulaires d'un diplôme d'études collégiales et les diplômés universitaires (données non présentées). D'un autre point de vue, notons que ces derniers sont moins enclins à s'estimer en très bonne ou excellente santé que les femmes détenant un diplôme universitaire (66 % c. 70 %), tandis que les hommes n'ayant pas de DES le sont davantage que les femmes du même niveau (43 % c. 36 %).

- *Revenu et perception de sa situation financière*

La perception de l'état de santé en fonction de l'indice du niveau de revenu du ménage présente des variations semblables à celles observées selon le niveau de scolarité (tableau 3.2). Environ 71 % des personnes dont le ménage dispose des revenus les plus élevés (quintile 5) pensent jouir d'une très bonne ou excellente santé comparativement à 39 % des personnes ayant les revenus les plus faibles (quintile 1)⁶². Par ailleurs, environ 20 % des personnes disposant des plus faibles revenus (quintile 1) qualifient leur état de santé de passable ou mauvais, soit davantage que dans tous les autres quintiles.

60. Les personnes faisant partie d'un « autre » type de ménage représentent 7 % de la population québécoise de 15 ans et plus. Pour plus de détails sur cette catégorie, voir le chapitre 2, « Caractéristiques de la population ».

61. Par exemple, 47 % des personnes de 15 ans et plus faisant partie d'un ménage constitué d'un couple avec enfants ont entre 25 et 44 ans, tandis que cette proportion n'est que de 20 % chez les personnes vivant seules; par ailleurs, 40 % des personnes de 15 ans et plus vivant seules sont âgées de 45 à 64 ans et 38 %, de 65 ans et plus contre respectivement 28 % et 1,9 % parmi les couples avec enfants (données non présentées).

62. Les proportions présentent des écarts significatifs d'un quintile à l'autre, quelle que soit la perception de l'état de santé, à une exception près (écarts non significatifs entre le quintile 4 et les quintiles 3 et 5 pour l'état de santé perçu comme passable ou mauvais).

Tableau 3.2

Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Excellent très bon	Bon	Passable ou mauvais
	%		
Total	56,2	33,1	10,7
Niveau de scolarité			
Niveau inférieur au DES	39,5	40,4	20,1
Diplôme d'études secondaires (DES)	54,5	35,1	10,3
Diplôme ou certificat d'études collégiales ¹	62,1	30,3	7,6
Diplôme d'études universitaires	68,1	26,6	5,2
Indice du niveau de revenu du ménage			
Quintile 1 (faible)	38,8	40,8	20,4
Quintile 2	50,1	37,6	12,4
Quintile 3	58,5	33,6	7,9
Quintile 4	63,6	29,6	6,8
Quintile 5 (élevé)	70,6	23,4	5,9
Perception de sa situation financière			
Pauvre ou très pauvre	34,8	38,0	27,2
À l'aise ou revenus suffisants	58,9	32,5	8,6
Occupation principale			
Travailleurs	61,9	30,9	7,2
Étudiants	62,7	32,2	5,0
Personnes sans emploi	36,9	37,2	25,8
Retraités	40,2	39,5	20,4

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les personnes qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres sont nettement moins nombreuses en proportion à penser jouir d'une très bonne ou excellente santé que l'ensemble des personnes ayant une autre perception de leur situation financière (35 % c. 59 %) (tableau 3.2); en contrepartie, la perception négative de la santé (passable ou mauvaise) est davantage répandue chez les personnes se disant pauvres ou très pauvres (27 % c. 9 %). Les hommes et les femmes suivent des tendances similaires, autant au chapitre du revenu du ménage qu'à celui de la perception de la situation financière.

- *Occupation principale*

Dans l'ensemble, les étudiants présentent la plus faible proportion (5 %) de personnes qualifiant leur état de santé de passable ou mauvais, suivis par les travailleurs (7 %) (tableau 3.2). À l'opposé, les personnes sans emploi estiment ne pas jouir d'une bonne santé en plus forte proportion (26 %) que toutes les autres catégories, y compris les retraités (20 %). L'écart est très net dans la population masculine où le tiers des hommes sans emploi (33 %) considèrent ne pas être en bonne santé (données non présentées). On peut penser que ce groupe de population se compose en partie de personnes incapables de travailler en raison de leur état de santé, alors que les personnes se trouvant en congé de maladie sont incluses dans la catégorie des travailleurs. L'âge peut aussi constituer un facteur confondant dans ces résultats, puisque les étudiants se composent en majorité de jeunes adultes de 15 à 24 ans (84 %) et les retraités, de personnes âgées de 65 ans et plus (71 %).

Les étudiants et les travailleurs sont proportionnellement plus nombreux que les personnes sans emploi et les retraités à estimer que leur santé est très bonne ou excellente (respectivement 62 % et 63 % c. 37 % et 40 %); ils sont moins nombreux que ces personnes à juger que leur santé est bonne (31 % et 32 % c. 37 % et 39 %). Notons que l'enquête ne permet pas de déceler d'écart significatif entre travailleurs et étudiants, et entre personnes sans emploi et retraités, quant aux perceptions positives de l'état de santé (bon et très bon ou excellent) dans l'ensemble de la population. Dans la population masculine cependant, les retraités se différencient nettement des hommes sans emploi par une plus forte proportion de personnes qualifiant leur santé de très bonne ou excellente (39 % c. 30 %) (données non présentées).

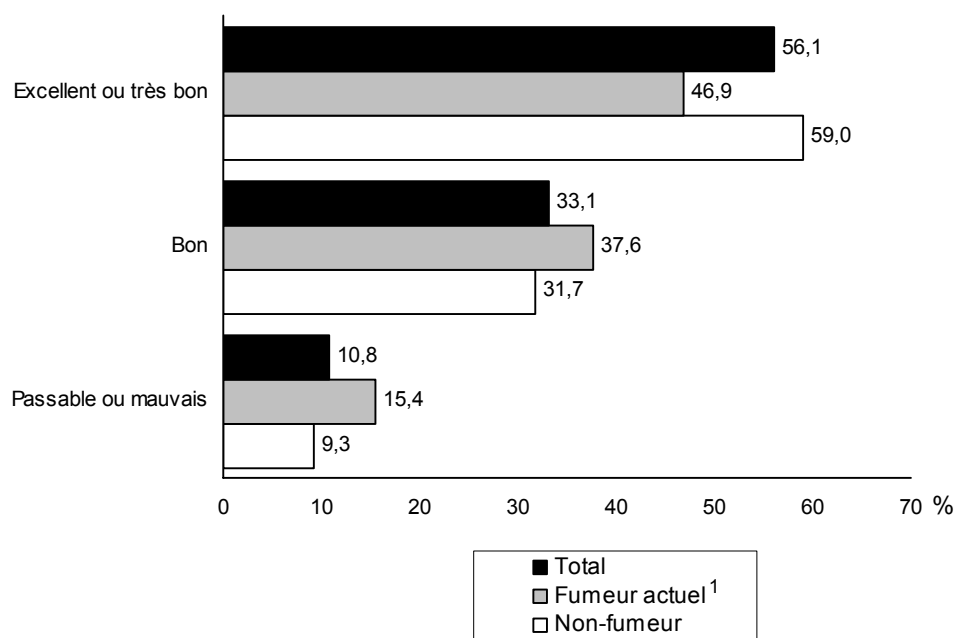
3.2.3 Analyse selon certains comportements ou conditions physiques

Le tabagisme et le statut pondéral constituent deux déterminants de la santé en lien avec la perception de l'état de santé. Selon les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, le fait de considérer négativement son état de santé est plus fréquent chez les fumeurs réguliers que chez les non-fumeurs, et parmi les personnes qui se retrouvent dans les catégories poids insuffisant ou excès de poids que parmi celles se classant dans la catégorie poids « acceptable » (Levasseur, 2000). Dans le cadre de la présente enquête, c'est-à-dire dix ans plus tard, les mêmes constats sont faits.

- *Tabagisme*

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*, la perception de l'état de santé est associée au statut de fumeur. Les fumeurs actuels (réguliers et occasionnels) sont proportionnellement moins nombreux que les non-fumeurs à s'estimer en très bonne ou excellente santé (47 % c. 59 %) (figure 3.2). D'autre part, ils sont plus nombreux à qualifier leur état de santé de passable ou mauvais (15 % c. 9 %) ou de simplement bon (38 % c. 32 %). Les écarts entre fumeurs et non-fumeurs vont dans le même sens chez les hommes et les femmes.

Figure 3.2
Perception de l'état de santé selon le statut de fumeur, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



1. Fumeur régulier ou fumeur occasionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

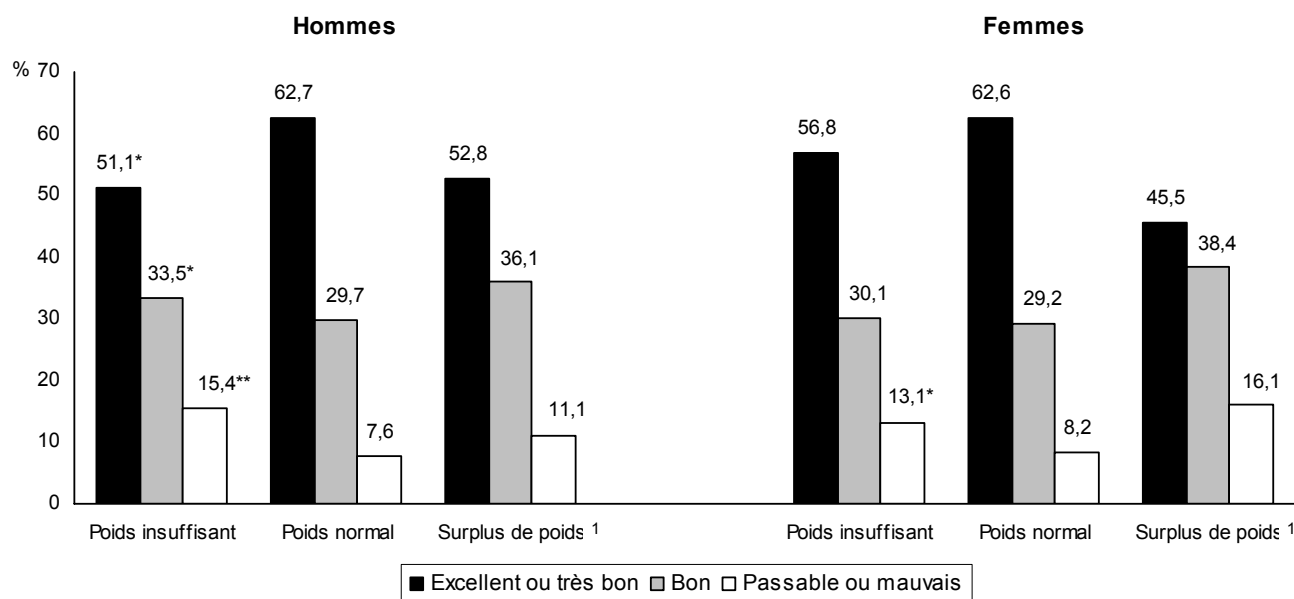
- *Statut pondéral*

La perception de l'état de santé varie également selon le statut pondéral⁶³. Dans l'ensemble, les personnes de poids normal sont moins susceptibles de présenter une perception négative de leur état de santé (passable ou mauvais) que celles se trouvant dans les catégories poids insuffisant ou surplus de poids⁶⁴ (8 % c. 14 % et 13 %) (données non présentées). Ce constat s'applique autant aux hommes (8 % c. 15 % et 11 %) qu'aux femmes (8 % c. 13 % et 16 %) (figure 3.3). D'autre part, les personnes de poids normal sont plus nombreuses en proportion que les personnes présentant un surplus de poids à se juger en très bonne ou excellente santé (63 % c. 50 %) et moins nombreuses à estimer que leur santé est simplement bonne (29 % c. 37 %) (données non présentées). Des observations similaires peuvent être faites pour les hommes⁶⁵ et les femmes⁶⁶.

On ne décèle pas d'écart significatif quant à la perception de l'état de santé entre les personnes ayant un poids insuffisant et celles ayant un surplus de poids parmi l'ensemble de la population de 15 ans et plus. Ce n'est toutefois pas le cas lorsque l'analyse concerne la population féminine seulement : les femmes présentant un surplus de poids sont nettement moins susceptibles de se considérer en très bonne ou excellente santé que les femmes de poids insuffisant (45 % c. 57 %), mais plus susceptibles de se croire en bonne santé (38 % c. 30 %). La proportion des femmes présentant un surplus de poids qui qualifient leur santé de très bonne ou excellente est aussi inférieure à celle des hommes de même statut pondéral (45 % c. 53 %).

Figure 3.3

Perception de l'état de santé selon le statut pondéral et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



1. Embonpoint ou obésité.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008.

63. Voir le chapitre 7, « Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants », pour la définition de cet indicateur.

64. La catégorie surplus de poids regroupe les catégories embonpoint et obésité.

65. Soit 63 % des hommes de poids normal c. 53 % des hommes présentant un surplus de poids pour la santé perçue comme excellente ou très bonne et 30 % c. 36 % pour la santé perçue comme bonne.

66. Soit 63 % des femmes de poids normal c. 45 % des femmes présentant un surplus de poids pour la santé perçue comme excellente ou très bonne et 29 % c. 38 % pour la santé perçue comme bonne.

3.2.4 Analyse selon certains indicateurs de santé mentale et sociale

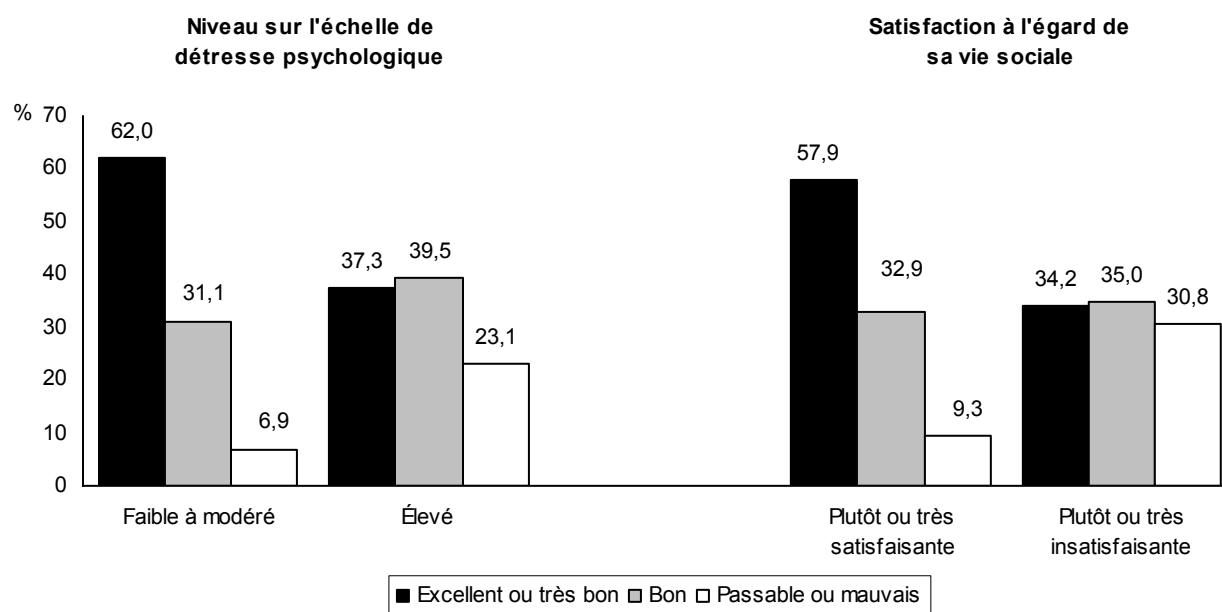
La perception de l'état de santé est associée à la détresse psychologique⁶⁷ et à la satisfaction à l'égard de sa vie sociale. Un lien entre ces variables est noté tant chez les hommes que chez les femmes.

- *Détresse psychologique*

Dans l'ensemble, les personnes qui se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique sont nettement plus nombreuses, en proportion, que celles qui se classent dans les autres niveaux (niveaux faible à modéré regroupés) à considérer leur état de santé comme passable ou mauvais (23 % c. 7 %) ou comme bon (40 % c. 31 %) (figure 3.4). Elles se distinguent aussi par une plus faible proportion de personnes évaluant leur santé de façon très positive : 37 % des personnes qui se situent au niveau élevé de l'échelle de détresse estiment que leur état de santé est très bon ou excellent comparativement à 62 % des personnes qui se trouvent à un niveau allant de faible à modéré. Les tendances sont similaires chez les hommes et les femmes.

Figure 3.4

Perception de l'état de santé selon le niveau de détresse psychologique et la satisfaction à l'égard de sa vie sociale, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008.

- *Satisfaction à l'égard de sa vie sociale*

Près du tiers (31 %) des personnes plutôt ou très insatisfaites de leur vie sociale évaluent leur santé de manière négative (passable ou mauvaise); les personnes se disant plutôt ou très satisfaites de leur vie sociale sont nettement moins nombreuses à se percevoir ainsi (9 %) (figure 3.4). En ce qui concerne l'évaluation positive de la santé, c'est environ le tiers (34 %) des personnes insatisfaites de leur vie sociale qui estiment être en très bonne ou excellente santé, alors que beaucoup plus de personnes satisfaites (58 %) ont cette perception. Les résultats vont dans le même sens chez les hommes et les femmes.

67. Voir le chapitre 4 « Santé mentale » pour la définition de ces indicateurs.

Conclusion

Depuis l'enquête de Santé Québec menée en 1987, la proportion de la population québécoise ne se croyant pas en bonne santé n'a pas varié significativement; elle se situe à environ 11 %, selon les enquêtes sociales et de santé de 1992-1993 et 1998 (Bernèche et Fortin, 2005) et les cycles généraux de l'ESCC de 2000-2001, 2003 et 2005 (Bernèche et Dumitru, 2009). L'EQSP 2008 en arrive au même résultat : 11 % des Québécois de 15 ans et plus considèrent leur santé comme passable ou mauvaise. Selon les études précédentes, c'est plutôt dans les catégories bonne, très bonne ou excellente santé que des changements sont notés. Comme les facteurs associés à la santé perçue peuvent différer selon qu'on examine les perceptions positive ou négative de la santé (Shields et Shooshtari, 2001), il apparaît important de mieux comprendre ces variations dans une perspective de santé et de bien-être, notamment en fonction des groupes d'âge.

Dans l'ensemble, les femmes ont, un peu plus souvent que les hommes, une perception négative de leur santé; cela est surtout attribuable à l'écart notable observé entre les femmes et les hommes de 65 ans et plus (24 % c. 19 %). Ce groupe d'âge est d'ailleurs celui qui présente la plus forte proportion de personnes jugeant que leur santé est passable ou mauvaise (22 %), suivi du groupe des 45-64 ans (13 %); la proportion chute nettement chez les moins de 45 ans (5 % des 15-24 ans et 6 % des 25-44 ans). Comme le fait d'« avoir une maladie augmente considérablement la probabilité de se déclarer en mauvaise santé » (Camirand et autres, 2009, p. 8), ces constats sont à mettre en relation avec l'accroissement de la prévalence des problèmes de santé chroniques et de leur comorbidité avec l'âge. Outre les problèmes physiques liés au vieillissement (maladies et incapacités), d'autres facteurs comme les variables socioéconomiques, les comportements et les caractéristiques psychosociales peuvent expliquer l'association entre l'âge et la santé perçue (Shields et Shooshtari, 2001).

L'âge pourrait aussi constituer un facteur important dans le fait que les personnes vivant seules – plus des trois quarts ont 45 ans et plus – estiment ne pas être en bonne santé dans une plus grande proportion par rapport aux autres types de ménage (19 % c. 13 % des couples sans enfant et 12 % des familles monoparentales c. 6 % des couples avec enfants). Par ailleurs, on ne peut négliger le rôle du milieu de vie lorsqu'il s'agit d'examiner la santé et le bien-être des individus. De plus, les conditions socioéconomiques et l'environnement de soutien varient selon la composition des ménages. Les personnes âgées vivant seules et les familles monoparentales apparaissent particulièrement vulnérables sur ce plan. Les changements survenus dans l'organisation familiale au cours des dernières décennies entraînent également de multiples situations plus ou moins favorables. Ces situations sont à explorer en fonction des combinaisons de caractéristiques (âge, scolarité, revenu, occupation, nombre d'enfants de moins de 15 ans, soutien social, etc.) qui peuvent influencer sur la perception de l'état de santé.

Les variables socioéconomiques retenues pour l'analyse montrent des tendances semblables dans leur lien avec la perception de l'état de santé. De façon générale, ce sont les personnes les moins scolarisées et celles disposant des plus faibles revenus qui sont les plus nombreuses en proportion à croire que leur santé est passable ou mauvaise, tandis que les diplômés universitaires et les membres des ménages les plus favorisés estiment jouir d'une très bonne ou excellente santé en plus forte proportion que les autres. De même, environ 27 % des personnes se considérant comme pauvres ou très pauvres qualifient leur santé de passable ou mauvaise comparativement à 9 % de l'ensemble des personnes ayant une autre perception de leur situation financière. La perception négative de sa santé est aussi plus répandue chez les personnes sans emploi (26 % c. 11 % pour l'ensemble des 15 ans et plus). Notons qu'une même personne peut cumuler plusieurs de ces inégalités sociales liées à la santé perçue. Il importe également de noter que la relation entre le statut socioéconomique et l'autoévaluation de la santé persiste même lorsqu'on tient compte de l'influence d'autres facteurs comme l'âge, la santé physique, les comportements influant sur la santé et les facteurs psychosociaux (Shields et Shooshtari, 2001). L'analyse a permis d'identifier les associations entre ces indicateurs et la santé perçue, mais sans préciser le sens et l'enchaînement des relations : le fait de ne pas se percevoir en bonne santé peut être dû à la maladie, mais aussi à des situations défavorables comme le chômage et la sous-scolarisation qui, elles-mêmes, peuvent être à l'origine de certains états morbides.

Les résultats de l'EQSP 2008 confirment les constatations faites dans un grand nombre d'études, menées à partir de diverses enquêtes, portant sur les liens existant entre la perception de l'état de santé et les comportements ou situations qui influent sur la santé, comme l'usage de la cigarette et le statut pondéral. D'une part, les fumeurs sont plus susceptibles d'évaluer négativement leur santé (passable ou mauvaise) que les non-fumeurs. D'autre part, les personnes présentant un

poids insuffisant ou un surplus de poids (embonpoint ou obésité) sont plus nombreuses en proportion à estimer passable ou mauvaise leur santé comparativement aux personnes de poids normal. La perception très positive de sa santé (très bonne ou excellente) montre un rapport inverse, à savoir que cette perception est plus répandue chez les non-fumeurs et les personnes de poids normal. L'influence des comportements, qui constituent des déterminants importants de la santé perçue, mériterait une analyse plus approfondie qui permettrait de préciser et de comparer l'apport respectif de ces facteurs aux perceptions positive ou négative de la santé.

La perception de l'état de santé est aussi étroitement liée à deux facteurs psychosociaux étudiés dans ce chapitre : la satisfaction face à sa vie sociale et la détresse psychologique. Les résultats, présentés de façon dichotomique pour chaque indicateur, montrent des différences très nettes : 23 % des personnes se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique estiment ne pas être en bonne santé comparativement à 7 % des personnes dont le niveau de détresse est de faible à modéré; c'est aussi le cas de 31 % des personnes insatisfaites de leur vie sociale par rapport à 9 % des personnes satisfaites. Ces résultats viennent donc confirmer que la perception de la santé ne varie pas seulement en fonction de l'état physique des individus, mais aussi en fonction de leur bien-être psychologique. Des analyses plus poussées tenant compte de l'âge aideraient par ailleurs à clarifier les relations entre la perception de l'état de santé et les différentes variables de croisement étudiées, notamment les facteurs psychosociaux.

Les relations attendues entre la perception de l'état de santé et plusieurs caractéristiques, comportements ou indicateurs de santé sont effectivement observées dans les résultats de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*. Le large éventail des facteurs en lien avec la santé perçue – dont certains ont été examinés ici – rappelle que la façon d'évaluer sa propre santé est complexe et englobe plusieurs aspects de la santé et de ses déterminants. Somme toute, les résultats montrent que cet indicateur global de santé peut être fort utile, entre autres pour l'identification des groupes les plus vulnérables; d'autre part, celui-ci présentera encore plus d'intérêt si l'on peut mesurer l'évolution de la perception de l'état de santé et les changements dans les comportements des individus à partir d'un second volet de l'enquête.

Références bibliographiques

- BERNECHE, F., et V. DUMITRU (2009). « Santé : perceptions et comportements », dans : *Données sociales du Québec. Édition 2009*, Québec, Institut de la statistique du Québec, coll. « Conditions de vie », chapitre 2, p. 45-77.
- BERNECHE, F., et É. FORTIN (2005). « État de santé », dans : *Données sociales du Québec. Édition 2005*, Québec, Institut de la statistique du Québec, coll. « Conditions de vie », chapitre 3, p. 53-88.
- BORDELEAU, M., et I. TRAORE (2007). « Santé générale, santé mentale et stress au Québec. Regard sur les liens avec l'âge, le sexe, la scolarité et le revenu », Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, juin (version révisée), 4 p.
- CAMIRAND, J., C. SERMET, V. DUMITRU et S. GUILLAUME (2009). « La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 142, mai, 8 p.
- COMITE CONSULTATIF FEDERAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTE DE LA POPULATION (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, 368 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010). *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 117 p.
- LEVASSEUR, M. (2000). « Perception de l'état de santé », dans : *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 12, p. 259-271.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1996). *Health Interview Surveys. Toward International Harmonization*, A. De Bruin, H.S.V. Picavet et A. Nossikov (dir.), WHO Regional Publications, coll. « European Series », n° 58, 161 p.
- SHIELDS, M., et S. SHOOSHTARI (2001). « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 1, p. 39-63.
- TRAORÉ, I., B. BEAUVAIS, D. DU MAYS, M. DUMONT et G. MAROIS (2010). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008. Cahier technique : Livre de codes et définition des indices (Fichier maître)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 704 p.

Chapitre 4

Santé mentale

Hélène Camirand

Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec

Gilles Légaré

Unité Connaissance-surveillance
Direction Systèmes de soins et services et maladies chroniques
Institut national de santé publique du Québec

Faits saillants

- Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP), environ 93 % des Québécois de 15 ans et plus sont satisfaits de leur vie sociale. Parmi les Québécois qui se disent plutôt ou très insatisfaits, on compte peu de jeunes de 15-24 ans (3,7 %) relativement aux personnes plus âgées (de 6 % à 7 %). Par ailleurs, les personnes vivant seules sont plus nombreuses que les autres à être insatisfaites de leur vie sociale (13 % c. 6 %). C'est aussi le cas d'une personne sur cinq (19 %) parmi celles qui se perçoivent comme pauvres ou très pauvres, comparativement à 4,8 % des personnes qui considèrent être à l'aise financièrement ou avoir des revenus suffisants. Enfin, l'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale est associée à la perception négative de sa santé générale et à des dimensions négatives de la santé mentale (détresse psychologique et idées suicidaires sérieuses).
- Les femmes québécoises sont proportionnellement plus nombreuses à se situer au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique, et ce, dans tous les groupes d'âge. On ne décelez toutefois pas d'écart significatif entre les proportions des 15 à 24 ans et des 25 à 44 ans se trouvant à ce niveau. Selon l'EQSP 2008, les personnes qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres et celles qui n'ont pas d'emploi se retrouvent en plus grande proportion au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique. Il en est de même pour les personnes insatisfaites de leur vie sociale. Cet indicateur est aussi lié aux idées suicidaires sérieuses et aux tentatives de suicide.
- Au cours d'une période de douze mois, environ 2,3 % des Québécois ont eu des idées suicidaires sérieuses sans toutefois faire une tentative de suicide. La proportion des personnes ayant songé sérieusement à s'enlever la vie est moins élevée chez les personnes âgées de 65 ans et plus que chez leurs cadets. Les personnes seules et celles faisant partie de familles monoparentales sont plus nombreuses que les autres à avoir songé sérieusement au suicide (respectivement 4,0 % et 4,4 %). Il en est de même pour les individus s'estimant pauvres ou très pauvres, par rapport à ceux qui ont une perception plus positive de leur situation financière (7 % c. 1,8 %). Au cours de leur vie, environ 10 % des Québécois de 15 ans et plus ont eu des idées suicidaires sérieuses sans toutefois faire une tentative de suicide.
- Selon l'EQSP 2008, 5 personnes sur 1000 (ou 0,5 %) parmi la population de 15 ans et plus ont tenté de s'enlever la vie au cours d'une période de douze mois. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir fait des tentatives de suicide durant cette période (0,7 % c. 0,2 %; en raison des petits nombres, cette comparaison doit être interprétée avec prudence). Environ 4,4 % des Québécois ont tenté de mettre fin à leurs jours au cours de leur vie, les femmes étant plus touchées par ces tentatives (5 %) que les hommes (3,5 %).

Introduction

À partir de quelques indicateurs, le présent chapitre brosse un portrait statistique de certains aspects de l'état de santé mentale des Québécois en 2008. Comme la santé mentale est souvent en lien avec l'environnement social des individus, le premier indicateur concerne la satisfaction à l'égard de sa vie sociale. L'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP) permet ainsi de dépeindre une partie de cet environnement.

La détresse psychologique est une autre dimension importante de l'état de santé mentale. Elle est le résultat d'un ensemble d'émotions négatives qui, lorsqu'elles sont suffisamment sévères et présentes sur une longue période de temps, peuvent être associées à des symptômes de troubles mentaux, dont la dépression et l'anxiété. L'indice de détresse psychologique constitue une mesure non spécifique de l'état de santé mentale très utile pour établir un portrait de la santé mentale de la population générale.

Il est aussi question dans ce chapitre des idées suicidaires sérieuses et des tentatives de suicide. Les prévalences en sont présentées afin d'améliorer les connaissances à partir d'un échantillon représentatif de la population québécoise de 15 ans et plus. Ainsi, l'ampleur de ces comportements suicidaires pourra être placée dans le contexte de la santé publique au Québec, où le suicide occupe une place prépondérante dans les causes de mortalité par traumatisme.

La description des aspects méthodologiques constitue la première partie du chapitre. Cette section vise à faire connaître plus précisément les indicateurs utilisés et à signaler la portée et les limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Vient ensuite la présentation des résultats sur les indicateurs de santé mentale. Afin de cerner les caractéristiques associées aux différents indicateurs, des analyses bivariées ont été effectuées en fonction de caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques des individus ainsi que de certains indicateurs de santé. Les différences signalées sont statistiquement significatives au seuil de 0,05, à moins d'indication contraire. Enfin, la conclusion dégage les principaux constats qui ressortent des analyses sur les indicateurs clés retenus et les pistes de recherche à explorer.

4.1 Aspects méthodologiques

4.1.1 Satisfaction à l'égard de sa vie sociale

La satisfaction à l'égard de sa vie sociale est l'une des dimensions de l'indice de soutien social utilisée par Santé Québec pour l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* et reprise dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* (ESS), les deux autres composantes étant la participation ou l'intégration sociale et la taille du réseau de soutien (Julien et autres, 2000). Dans l'EQSP 2008, seule la satisfaction à l'égard de sa vie sociale a été retenue, et une seule question permet de l'étudier.

Cette question (Q56) introduit la section sur le bien-être et les sentiments que les répondants ont pu vivre. Ceux-ci devaient indiquer s'ils trouvaient leur vie sociale « très satisfaisante », « plutôt satisfaisante », « plutôt insatisfaisante » ou « très insatisfaisante », pour une période de référence décrite par « en général », ce qui sous-entend le temps présent. Les catégories « plutôt insatisfaisante » et « très insatisfaisante » ont été regroupées afin d'estimer la proportion de la population insatisfaite de sa vie sociale. C'est cet indicateur d'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale qui est examiné dans le présent chapitre.

Bien que la question posée aux répondants soit la même que celle utilisée dans les ESS antérieures, le mode de collecte est différent avec l'EQSP 2008⁶⁸, de sorte que les résultats ne permettent pas d'étudier l'évolution de l'indicateur dans le temps.

68. Contrairement aux ESS, la question n'est pas partie prenante d'une section sur le soutien social ni d'un questionnaire auto-administré.

4.1.2 Détresse psychologique

L'indice de détresse psychologique abordé dans ce chapitre est basé sur l'échelle de Kessler (K6) (Kessler et autres, 2002). D'autres échelles de mesure de la détresse psychologique ont été utilisées dans des enquêtes québécoises antérieures (IDPESQ14, EMMDP23) (Légaré et autres, 2000). Celle de Kessler a été retenue dans l'EQSP 2008 à cause de sa brièveté et de sa sensibilité pour détecter certains troubles mentaux, tels que la dépression et l'anxiété. Cet instrument, mis au point par Kessler et autres (2002), a été utilisé dans plusieurs enquêtes populationnelles au Canada (enquêtes de Statistique Canada), en Australie et aux États-Unis. Des études ont démontré une forte association entre les données obtenues à partir de cette échelle et des troubles de l'humeur et de l'anxiété, tels qu'ils ont été diagnostiqués par le *Structured Clinical Interview* pour le DSM-IV sur douze mois ou le *Composite International Diagnostic Interview - Short Form* (CIDI-SF) (Kessler et autres, 2003).

La mesure se faisant au moyen de l'échelle K6 est fondée sur six questions (Q57 à Q62) et établit à quelle fréquence (jamais, rarement, parfois, la plupart du temps, tout le temps), au cours du dernier mois, la personne s'est sentie nerveuse, désespérée, agitée, si déprimée que plus rien ne pouvait la faire sourire, a eu l'impression que tout lui demandait un effort ou, finalement, a eu le sentiment d'être bonne à rien. Chacune de ces six questions se voit accorder un score de 0 à 4, le score total variant de 0 à 24. Plus le score total est élevé, plus la détresse est prononcée. Dans certaines enquêtes, l'échelle a été analysée en tant que variable continue, alors qu'elle a été transformée en variable catégorielle au moyen de seuils dans d'autres enquêtes. Les seuils utilisés ne sont toutefois pas les mêmes d'une enquête à l'autre. En conséquence, plusieurs interprétations sont possibles, ce qui peut rendre les comparaisons entre différentes populations difficiles.

Aux fins de l'analyse des données de l'EQSP 2008, il a été décidé de retenir le quintile supérieur de l'échelle de détresse psychologique afin de décrire les sous-groupes les plus vulnérables. Un score de 7 ou plus à l'échelle de K6 correspond à la valeur du quintile supérieur de la distribution, qui indique un niveau de détresse psychologique élevé. Dans le présent chapitre, il est plus utile d'observer l'indice ainsi constitué en deux catégories : faible à modéré et élevé. En raison de cette méthodologie, les résultats sur la détresse psychologique ne peuvent pas être utilisés comme des prévalences : par exemple, on ne peut pas dire que 26 % des personnes de tel groupe « ont un niveau élevé » de détresse psychologique, mais plutôt qu'elles « se situent au niveau élevé » sur l'échelle de détresse psychologique. Par conséquent, les proportions présentées doivent seulement servir à identifier les groupes à risque. Ainsi, on peut comparer des groupes de population ou considérer l'estimation présentée pour un groupe par rapport à la valeur de référence constituée par le quintile supérieur (soit 22 % précisément; voir la section 4.2.2).

4.1.3 Idées suicidaires sérieuses et tentatives de suicide

La section sur le suicide du questionnaire de l'EQSP 2008 est introduite par une question sur les idées suicidaires sérieuses au cours de la vie. Les informations relatives aux idées et aux tentatives de suicide au cours de la vie ont été obtenues par l'entremise de l'EQSP 2008 (Q63 et Q65), mais le fait qu'elles portent sur une longue période de temps peut induire un biais de mémoire. De plus, elles ne se prêtent pas aux analyses faisant appel à des caractéristiques actuelles des répondants (âge, revenu du ménage, scolarité) si les idées ou la tentative de suicide remontent à plusieurs années. La prévalence de ces phénomènes à vie sera donc présentée telle quelle, sans autre croisement que le sexe. Les questions sur les idées suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide se rapportant à une période de douze mois (Q64 et Q66) ont plus de potentiel d'analyse, car elles renvoient à des événements récents concernant les personnes selon leurs caractéristiques sociodémographiques et leur santé mentale actuelles.

Les analyses permettent de distinguer deux groupes exclusifs, soit les personnes déclarant des idées suicidaires sérieuses et les personnes qui ont fait une tentative de suicide. Ces deux groupes d'individus sont différents relativement aux comportements suicidaires et peuvent constituer des groupes cibles pour des interventions différentes en santé publique. Toutefois, cette procédure d'exclusion induit une légère sous-estimation de la proportion de personnes ayant eu des idées suicidaires sérieuses, puisque les cas de tentative de suicide en ont été soustraits. Par ailleurs, le degré de sérieux des idées suicidaires ou la sévérité des tentatives de suicide n'ont pas été évalués dans l'EQSP 2008. Les tentatives mentionnées peuvent donc comprendre des gestes inoffensifs et d'autres plus graves pour la santé.

Les proportions de personnes ayant présenté des idées suicidaires sérieuses ou ayant tenté à leurs jours sont faibles. Les écarts attendus entre les sous-groupes étudiés sont également petits et donc plus difficiles à détecter.

Notons que l'enquête étant transversale, on ne peut déterminer avec certitude le sens des associations entre les indicateurs. Par exemple, les pensées ou tentatives suicidaires peuvent avoir précédé le niveau élevé de détresse psychologique chez une personne ou en être la conséquence.

4.2 Résultats

4.2.1 Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale

En tant que dimension du soutien social, la satisfaction à l'égard de sa vie sociale est liée à la perception de sa santé mentale (Légaré, 2000). Telle qu'elle est analysée dans ce chapitre, l'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale est associée à la détresse psychologique ainsi qu'aux idées suicidaires sérieuses et aux tentatives de suicide.

Environ 47 % des Québécois sont très satisfaits de leur vie sociale et 46 % la trouvent plutôt satisfaisante, ce qui donne au total 93 % de personnes satisfaites (données non présentées). C'est donc dire que 7 % des Québécois trouvent leur vie sociale plutôt ou très insatisfaisante. Ce sont ces dernières personnes que décrit l'indicateur d'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale.

Les femmes sont à peine plus nombreuses à se montrer insatisfaites de leur vie sociale que les hommes (7 % c. 6 %). Parmi les groupes d'âge, on n'observe un écart significatif que chez les personnes de 45 à 64 ans (8 % c. 7 % pour les hommes) et les aînés de 65 ans et plus (7 % c. 4,3 % pour les hommes) (données non présentées).

Les jeunes de 15-24 ans sont peu nombreux à être déçus par leur vie sociale, relativement aux personnes plus âgées : seulement 3,7 % d'entre eux contre 7 % pour les 25-44 ans ou les 45-64 ans et 6 % chez les 65 ans et plus (tableau 4.1).

Tableau 4.1

Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	6,5
Sexe	
Hommes	6,0
Femmes	7,0
Groupe d'âge	
15-24 ans	3,7*
25-44 ans	7,1
45-64 ans	7,4
65 ans et plus	5,6
Composition du ménage	
Personne vivant seule	12,5
Couple sans enfant	4,2
Couple avec enfants	5,4
Famille monoparentale	8,6
Autre	9,4*

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

On constate sans surprise que les personnes vivant seules sont plus nombreuses que les autres à être insatisfaites de leur vie sociale (13 % c. 6 %). Il y a tout de même certains écarts significatifs entre les autres types de ménage : les couples avec enfants affirment plus souvent que les couples sans enfant être insatisfaits de leur vie sociale (5 % c. 4,2 %); les familles monoparentales sont encore plus nombreuses (9 %) à se montrer insatisfaites, tout en l'étant moins que les personnes seules (13 %).

Les personnes de 15 ans et plus dont le niveau de revenu du ménage est le plus faible (quintile 1) sont les plus enclines à l'insatisfaction quant à leur vie sociale (12 % c. 5 % pour les quintiles 2 à 5) (tableau 4.2). Par ailleurs, le cinquième (19 %) des individus qui se perçoivent comme pauvres ou très pauvres sont insatisfaits de leur vie sociale, comparativement à 4,8 % de ceux qui ont une autre perception de leur situation financière. Les proportions de personnes insatisfaites de leur vie sociale varient aussi significativement selon l'occupation principale, les individus sans emploi étant les plus nombreux à être insatisfaits (14%) et les étudiants, les moins nombreux (3,8 %), alors que c'est le cas de 5 % des retraités et de 6 % des travailleurs. Selon l'EQSP 2008, l'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale n'est pas liée à la scolarité, toutes autres caractéristiques confondues.

Tableau 4.2

Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	6,5
Indice du niveau de revenu du ménage	
Quintile 1 (faible)	12,0
Quintile 2 et suivants	5,2
Perception de sa situation financière	
Pauvre ou très pauvre	19,3
À l'aise ou revenus suffisants	4,8
Occupation principale	
Travailleurs	6,5
Étudiants	3,8*
Personnes sans emploi	13,7
Retraités	5,3

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

L'insatisfaction quant à sa vie sociale est également associée à certains indicateurs de santé (tableau 4.3). Près d'une personne sur cinq (19 %) ne s'estimant pas en bonne santé générale perçoit sa vie sociale comme plutôt ou très insatisfaisante. La proportion diminue à mesure que l'évaluation de l'état de santé s'améliore, soit à 7% chez les personnes qualifiant leur santé de bonne et à 3,9 % chez celles qui la jugent très bonne ou excellente.

Tableau 4.3

Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale selon certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Perception de sa santé	
Excellente ou très bonne	3,9
Bonne	6,9
Passable ou mauvaise	18,7
Niveau de détresse psychologique	
Élevé	16,8
Faible à modéré	3,5
Idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois	
Oui	29,4
Non	5,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Environ 17 % des personnes se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique sont insatisfaites de leur vie sociale; cette proportion chute à 3,5 % chez les personnes qui se trouvent à un autre niveau.

Près du tiers des Québécois ayant songé au suicide au cours d'une période de douze mois se considèrent insatisfaits de leur vie sociale (29%). Les individus n'ayant pas eu de pensées suicidaires sérieuses sont moins nombreux à vivre de l'insatisfaction à l'égard de leur vie sociale (6 %).

4.2.2 Détresse psychologique

Rappelons qu'il est important de ne pas considérer les proportions présentées dans cette section comme des estimations de la prévalence de la détresse psychologique, mais plutôt comme des valeurs à comparer à la proportion correspondant au quintile supérieur. Par définition, la proportion de la population se situant dans le quintile supérieur de l'échelle de détresse psychologique représente environ 20 % de l'ensemble, soit 22 %⁶⁹ précisément. Les femmes de 15 ans et plus sont plus nombreuses, toutes proportions gardées, que les hommes à se situer à ce niveau élevé de détresse psychologique (tableau 4.4).

Avec l'échelle K6 et le seuil retenu pour présenter les résultats en quintiles, on ne décèle pas d'écart significatif entre les jeunes adultes de 15 à 24 ans et les personnes de 25 à 44 ans se situant dans le dernier quintile (niveau élevé). Dans l'analyse d'autres enquêtes, soit l'ESS 1998 (selon l'IDPESQ14) et l'ESCC 2005 (analyse selon un score supérieur ou égal à 9 sur l'échelle K10), les plus jeunes avaient été identifiés comme une sous-population particulièrement vulnérable sur le plan de la détresse psychologique (Légaré et autres, 2000; Camirand et Nanhon, 2008).

Si l'on examine plus spécifiquement le groupe des jeunes hommes ou celui des jeunes femmes par rapport à leurs aînés du même sexe, il n'y a pas non plus de différence significative qui se dégage des résultats de l'EQSP 2008. Cependant, la surreprésentation féminine dans le quintile supérieur ressort à tous les âges (figure 4.1).

69. À titre d'information, voir en annexe la distribution des scores obtenus et les statistiques descriptives pour illustrer les faibles proportions obtenant des scores très élevés sur l'échelle de Kessler. La proportion de la population se situant dans le quintile supérieur n'est pas exactement de 20 %, puisque la détresse psychologique est mesurée sur une échelle discrète. On peut donc retrouver une même valeur plus d'une fois au sein de l'échantillon.

Tableau 4.4

Niveau élevé¹ sur l'échelle de détresse psychologique (K6) selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

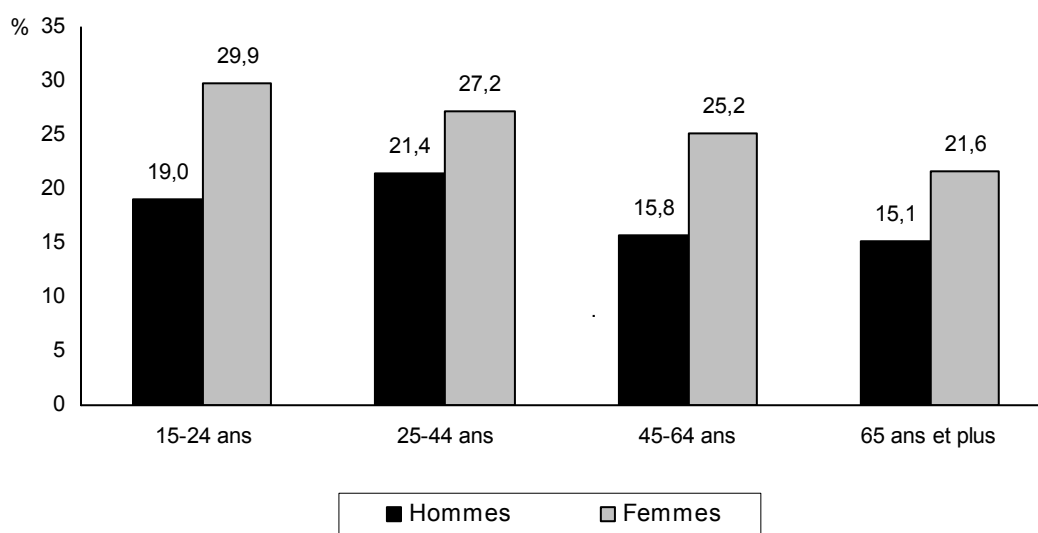
	%
Sexe	
Hommes	18,2
Femmes	26,0
Groupe d'âge	
15-24 ans	24,4
25-44 ans	24,3
45-64 ans	20,6
65 ans et plus	18,8
Composition de ménage	
Personne vivant seule	25,7
Couple sans enfant	17,7
Couple avec enfants	20,8
Famille monoparentale	32,2
Autre	29,7

1. Il est important de ne pas utiliser les proportions du tableau comme des estimations de la prévalence de la détresse psychologique, mais plutôt comme des valeurs à comparer à la proportion correspondant au quintile supérieur (22 %).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Figure 4.1

Niveau élevé¹ sur l'échelle de détresse psychologique (K6) selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



1. Il est important de ne pas utiliser les proportions de la figure comme des estimations de la prévalence de la détresse psychologique, mais plutôt comme des valeurs à comparer à la proportion correspondant au quintile supérieur (22 %).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Près d'une personne sur trois vivant dans une famille monoparentale (32 %) se retrouve au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique élevée. Les personnes vivant seules sont proportionnellement moins nombreuses que celles des familles monoparentales à vivre une telle détresse. Il n'empêche que plus du quart d'entre elles se situent au niveau élevé de l'échelle, tandis que les couples avec ou sans enfant s'y trouvent dans une moindre proportion, avoisinant les 20 %.

Le fait de se retrouver au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique est associé au profil socioéconomique des individus (tableau 4.5). Ainsi, les personnes les moins scolarisées sont les plus nombreuses en proportion à se situer à ce niveau (26 % des individus sans DES) et les universitaires, les moins nombreux (18%). L'EQSP 2008 ne détecte toutefois pas d'écart significatif entre les détenteurs d'un DES et ceux qui ont un diplôme collégial.

Tableau 4.5

Niveau élevé¹ sur l'échelle de détresse psychologique (K6) selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	26,3
Diplôme d'études secondaires (DES)	23,1
Diplôme ou certificat d'études collégiales ²	21,5
Diplôme d'études universitaires	18,0
Indice du niveau de revenu du ménage	
Quintile 1 (faible)	33,6
Quintile 2 et suivants	19,6
Perception de sa situation financière	
Pauvre ou très pauvre	44,6
À l'aise ou revenus suffisants	19,3
Occupation principale	
Travailleurs	20,9
Étudiants	24,8
Personnes sans emploi	37,9
Retraités	18,2

1. Il est important de ne pas utiliser les proportions du tableau comme des estimations de la prévalence de la détresse psychologique, mais plutôt comme des valeurs à comparer à la proportion correspondant au quintile supérieur (22 %).

2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

La détresse psychologique est liée au niveau de revenu du ménage et à la perception de sa propre situation financière. Les personnes se situant à un niveau élevé de détresse psychologique forment le tiers des moins nantis (34 %) et près de la moitié (45 %) des individus s'estimant pauvres ou très pauvres. On note aussi des variations selon l'occupation principale. Toutes proportions gardées, les personnes sans emploi sont davantage présentes au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique que les étudiants (38 % c. 25 %), ceux-ci l'étant toutefois plus que les travailleurs (21%), qui le sont à leur tour plus que les retraités (18 %). Ces résultats peuvent cependant s'expliquer en partie par l'âge, qui détermine fortement le statut d'occupation.

Comme on l'a vu précédemment, le fait de se trouver dans le quintile supérieur de l'échelle de détresse psychologique est associé à l'environnement familial. La détresse psychologique est également associée à l'environnement social, tel que mesuré par la satisfaction à l'égard de sa vie sociale. Les résultats de l'EQSP 2008 indiquent qu'environ 58 % des gens insatisfaits de leur vie sociale se retrouvent à un niveau élevé de détresse psychologique, comparativement à 13 % des gens très satisfaits et à 27 % de ceux qui se disent plutôt satisfaits (tableau 4.6).

Tableau 4.6

Niveau élevé¹ sur l'échelle de détresse psychologique (K6) selon certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Perception de sa santé	
Excellente ou très bonne	14,6
Bonne	26,6
Passable ou mauvaise	48,8
Satisfaction à l'égard de sa vie sociale	
Très satisfaisante	12,9
Plutôt satisfaisante	26,5
Plutôt ou très insatisfaisante	57,8
Idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois	
Oui	71,3
Non	20,6
Tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois	
Oui	83,8
Non	21,8

1. Il est important de ne pas utiliser les proportions du tableau comme des estimations de la prévalence de la détresse psychologique, mais plutôt comme des valeurs à comparer à la proportion correspondant au quintile supérieur (22 %).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

La détresse psychologique est liée à la perception de sa santé générale. En effet, près d'une personne sur deux (49 %) percevant sa santé comme passable ou mauvaise se retrouve au niveau élevé de détresse psychologique.

La détresse psychologique et les idées suicidaires sérieuses sont interreliées. Une grande majorité (71 %) de Québécois ayant eu des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de douze mois se situent à un niveau élevé de détresse psychologique. Le même constat s'applique aux personnes ayant tenté à leurs jours durant cette période de référence, puisque 84 % d'entre elles se retrouvent à un tel niveau.

Par ailleurs, on peut se demander si certaines habitudes de vie sont nuisibles à la santé mentale, comme la consommation de drogues. Les données de l'EQSP 2008 permettent de détecter au moins un lien entre cette consommation et la détresse psychologique⁷⁰. Ainsi, les personnes ayant consommé des drogues au cours d'une période de douze mois se situent défavorablement sur l'échelle de détresse psychologique : 34 % d'entre elles font partie du quintile supérieur (niveau élevé) contre 20 % des non-consommateurs. Plus précisément, c'est le cas d'environ 30 % des personnes n'ayant consommé que de la marijuana sur douze mois et de près de la moitié (44 %) des consommateurs d'autres drogues (avec ou sans marijuana) (données non présentées).

4.2.3 Idées suicidaires sérieuses et tentatives de suicide sur une période de 12 mois

Les personnes qui ont songé sérieusement au suicide et celles qui sont passées à l'acte au cours d'une période de douze mois seront traitées successivement dans les analyses, car il s'agit de deux populations cibles différentes.

70. Se référer aussi au chapitre 8, « Consommation de drogues »

- *Idées suicidaires sérieuses*

Au cours de la période de référence de douze mois, environ 2,3 % des Québécois ont eu des idées suicidaires sérieuses sans toutefois faire une tentative de suicide. La présence d'idées suicidaires sérieuses varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques mais les hommes ne se distinguent pas significativement des femmes (respectivement 2,5 % et 2,2 %) à cet égard. (tableau 4.7)⁷¹.

À titre d'information, selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2005, les idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de douze mois étaient présentes chez 1,8 % des hommes et 2,0 % des femmes. Par ailleurs, signalons que selon une étude québécoise menée à partir de l'enquête thématique de Statistique Canada sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 2002), lorsque les variables sexe, âge et revenu sont considérées simultanément dans les analyses multivariées, le sexe ne se révèle pas non plus associé aux pensées suicidaires sérieuses à vie ou sur douze mois (Kairouzet autres, 2007).

Tableau 4.7

Idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2008

	%
Total	2,3
Sexe²	
Hommes	2,5
Femmes	2,2
Groupe d'âge	
15-24 ans	2,9*
25-44 ans	2,5
45-64 ans	2,4
65 ans et plus	1,3*
Composition du ménage	
Personne vivant seule	4,0
Couple sans enfant	1,6
Couple avec enfants	1,7
Famille monoparentale	4,4
Autre	4,2**

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois.

2. Le test d'association entre les idées suicidaires et la variable sexe n'est pas significatif au seuil de 5 %.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

71. À titre d'information, environ 10% des Québécois de 15 ans et plus ont eu des idées suicidaires au cours de leur vie sans toutefois faire une tentative de suicide.

On observe des différences selon les groupes d'âge sur une période de douze mois : la proportion des personnes ayant songé sérieusement au suicide est ainsi moins élevée chez les personnes âgées de 65 ans et plus que chez les moins de 65 ans (1,3 % c. 2,4 % et plus pour les autres groupes). Notons que le même constat peut être fait à partir des résultats de l'ESCC, cycle 3.1, en 2005. Cependant, on n'observe pas d'écart significatif dans les proportions selon l'âge, ni dans la population masculine, ni dans la population féminine de 15 ans et plus.

Les personnes vivant seules et les personnes faisant partie de familles monoparentales sont plus nombreuses à avoir songé sérieusement au suicide (respectivement 4,0 % et 4,4 %). Cette proportion est plus marquée chez les hommes vivant seuls (5,4 %) que chez les femmes seules (3,1%) (données non présentées).

Le tableau 4.8 montre qu'il y a une différence significative entre les moins nantis (quintile inférieur) et les personnes au revenu plus élevé (quintile 2 et suivants) (3,7 % c. 2,0 %). D'ailleurs, les individus s'estimant pauvres ou très pauvres sont plus enclins à avoir songé sérieusement au suicide que ceux se percevant autrement (7 % c. 1,8 %). Les personnes sans emploi sont aussi plus nombreuses (4,7 %) ⁷² à avoir été touchées par des idées suicidaires sérieuses. Les analyses ne montrent toutefois pas d'association entre les pensées suicidaires sérieuses et le niveau de scolarité.

Tableau 4.8

Idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2008

	%
Total	2,3
Indice du niveau de revenu du ménage	
Quintile 1 (faible)	3,7
Quintile 2 et suivants	2,0
Perception de sa situation financière	
Pauvre ou très pauvre	6,8
À l'aise ou revenus suffisants	1,8
Occupation principale	
Travailleurs	2,1
Étudiants	3,1*
Personnes sans emploi	4,7
Retraités	1,5

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les idées suicidaires sérieuses sont associées à la mauvaise perception de sa santé générale. Effectivement, ce sont, en proportion, les personnes ayant une perception passable ou mauvaise de leur santé qui ont le plus songé au suicide sur douze mois (7 %). La proportion diminue à mesure que l'évaluation de l'état de santé s'améliore (tableau 4.9).

72. Les résultats ne démontrent pas de différence significative entre les personnes sans emploi et les étudiants relativement aux idées suicidaires sérieuses.

Tableau 4.9

Idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus¹, Québec, 2008

	%
Perception de sa santé	
Excellente ou très bonne	1,4
Bonne	2,5
Passable ou mauvaise	6,8
Satisfaction à l'égard de sa vie sociale	
Plutôt ou très satisfaisante	1,7
Plutôt ou très insatisfaisante	10,7
Niveau de détresse psychologique	
Élevé	7,7
Faible à modéré	0,9

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Environ 11 % des gens insatisfaits de leur vie sociale ont eu des pensées suicidaires sérieuses sur douze mois, contre seulement 1,7 % des personnes satisfaites. Les personnes se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique, quant à elles, sont environ 8 % à avoir songé au suicide sur une période de douze mois, comparativement à 0,9 % des personnes n'atteignant pas ce seuil.

- *Tentatives de suicide*

Selon les résultats de l'EQSP 2008, cinq personnes sur mille parmi la population de 15 ans et plus auraient tenté de s'enlever la vie sur une période de douze mois (tableau 4.10). En raison de ce petit nombre, toutes les comparaisons présentées dans cette section doivent être interprétées avec prudence.

Les analyses effectuées en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques montrent que la population des personnes vulnérables est la même pour les tentatives de suicide et pour les idées suicidaires sérieuses, à une exception près. En effet, un lien est décelé entre le sexe et les tentatives de suicide sur douze mois, contrairement à ce qui a été observé pour les idées suicidaires. Toutes proportions gardées, les femmes ont davantage attenté à leurs jours que les hommes, que ce soit au cours de leur vie (5 % c. 3,5 %; données non présentées⁷³) ou sur une période de douze mois (0,7 % c. 0,2 %; tableau 4.10). Dans les faits, cependant, le taux de suicide chez les hommes (en 2007) est plus élevé que chez les femmes (22,3 décès c. 5,8 décès pour 100 000 personnes) (Gagné et St-Laurent, 2009).

Comme le montre le tableau 4.10, les personnes de 65 ans et plus déclarent avoir fait une tentative de suicide en moindre proportion que celles des autres groupes d'âge. Par ailleurs, les personnes vivant seules et les membres de familles monoparentales sont davantage concernés par les tentatives de suicide que les individus faisant partie d'autres types de ménage, toutes proportions gardées.

73. Environ 4,4 % des personnes de 15 ans et plus ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

Tableau 4.10

Tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	0,5
Sexe	
Hommes	0,2*
Femmes	0,7*
Groupe d'âge	
15-24 ans	0,5*
25-44 ans	0,6*
45-64 ans	0,4*
65 ans et plus	0,1**
Composition du ménage	
Personne vivant seule	0,7*
Couple sans enfant	0,3**
Couple avec enfants	0,3*
Famille monoparentale	1,6**
Autre	0,5**

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Sur le plan économique, les tentatives de suicide sont associées à l'indice du niveau de revenu du ménage. Ainsi, les personnes au revenu inférieur (quintile 1) sont plus susceptibles d'avoir fait une tentative que celles dont le revenu correspond aux autres quintiles (0,9 %⁷⁴ c. 0,3 %⁷⁴). Les tentatives de suicide sont aussi plus répandues parmi les personnes se considérant comme pauvres ou très pauvres, comparativement aux personnes se percevant à l'aise ou ayant des revenus suffisants (1,4 %⁷⁴ c. 0,3 %⁷⁴). Enfin, les personnes sans emploi se distinguent de la même façon de celles qui présentent d'autres statuts d'occupation (2,0 %⁷⁴ c. 0,4 % ou moins^{74,75}) (données non présentées).

Comme le montre le tableau 4.11, les analyses révèlent des associations entre les tentatives de suicide et différents indicateurs de santé. Les personnes percevant leur santé générale comme passable ou mauvaise sont plus nombreuses, toutes proportions gardées, à déclarer avoir posé un geste suicidaire (2,0 % c. 0,3 % chez les individus déclarant une bonne santé et 0,2 % chez ceux considérant leur santé comme excellente ou très bonne). Les personnes ayant attenté à leurs jours au cours d'une période de douze mois sont également en plus forte proportion parmi celles qui sont insatisfaites de leur vie sociale (2,3 % c. 0,3 %). Enfin, les personnes classées au niveau élevé de détresse psychologique sont plus susceptibles d'avoir tenté de se suicider que celles présentant un niveau faible à modéré (1,7 % c. 0,1 %).

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

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

Tableau 4.11

Tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois selon certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Perception de sa santé	
Excellente ou très bonne	0,2**
Bonne	0,3*
Passable ou mauvaise	2,0*
Satisfaction à l'égard de sa vie sociale	
Plutôt ou très satisfaisante	0,3*
Plutôt ou très insatisfaisante	2,3*
Niveau de détresse psychologique	
Élevé	1,7
Faible à modéré	0,1**

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Conclusion

Les indicateurs retenus aux fins de ce chapitre reflètent la part négative de l'état de santé mentale. Les données sur l'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale, sur les personnes se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique et sur les idées et tentatives de suicide (sur une période de douze mois) indiquent que le profil de la majorité de la population québécoise ne correspond pas à ces aspects négatifs. Rappelons que selon l'EQSP 2008, 93 % des Québécois perçoivent leur vie sociale comme très ou plutôt satisfaisante.

Néanmoins, le suicide est un phénomène qui préoccupe beaucoup la population et la santé publique, puisque les idées suicidaires sérieuses touchent 2,3 % des Québécois de 15 ans et plus. Les associations présentées dans ce chapitre sont similaires à celles qui ressortent des analyses tirées de l'ESCC 2005 pour des indicateurs communs (perception de sa santé, détresse psychologique et caractéristiques socioéconomiques).

Les croisements effectués avec l'indice de détresse psychologique montrent que plusieurs groupes de population sont particulièrement touchés par cette dimension négative de l'état de santé mentale, que l'on sait associée aux troubles de l'humeur et à l'anxiété. Les personnes défavorisées sur les plans social et économique sont plus souvent aux prises avec un niveau élevé de détresse psychologique: 58 % des personnes insatisfaites de leur vie sociale et 45 % des individus qui se perçoivent comme pauvres ou très pauvres se situent ainsi à ce niveau élevé. Les personnes ayant eu des idées suicidaires sérieuses sont également surreprésentées parmi ces groupes moins favorisés socialement et financièrement.

Les femmes se distinguent des hommes surtout par leur vulnérabilité quant à la détresse psychologique. Le fait que ces dernières aient davantage attenté à leurs jours, comme l'indiquent les résultats de l'EQSP 2008, est à interpréter avec circonspection. Effectivement, cette différence entre les sexes n'a pas toujours été détectée dans les précédentes enquêtes auprès des Québécois. Autrement dit, comme les hommes sont plus souvent touchés par le suicide, selon les taux ajustés de mortalité (Gagné et St-Laurent, 2009), on pourrait émettre l'hypothèse que les femmes ressortent plus souvent vivantes d'une tentative de suicide. Cela demeure un phénomène difficile à mesurer.

Certains indicateurs de l'EQSP 2008 n'ont pas été exploités dans le présent chapitre. Par exemple, les questions sur le recours à un professionnel de la santé ou à une ligne d'aide téléphonique à la suite d'idées suicidaires sérieuses (Q67 a, b) portant sur toute la vie, il est difficile de situer ce recours dans son contexte temporel. Ce type d'information n'est toutefois pas dépourvu de potentiel pour la planification des services en santé mentale.

Étant donné les différences méthodologiques entre l'EQSP 2008 et d'autres enquêtes et les difficultés encourues dans la comparaison des résultats sur la détresse psychologique, il serait intéressant d'approfondir les études afin de déterminer le seuil optimal sur l'échelle de détresse psychologique pour la population québécoise. L'analyse de l'évolution de cet indicateur serait alors possible à travers les volets de l'EQSP.

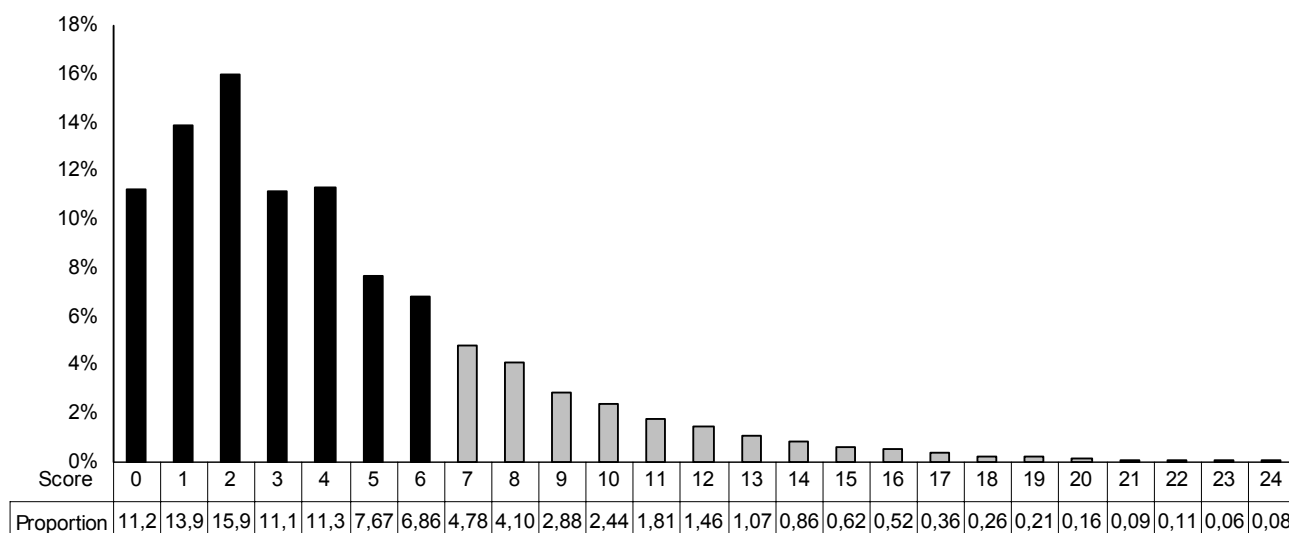
Bien qu'il ne présente pas de portrait exhaustif de l'état de santé mentale des Québécois, ce chapitre dégage quelques pistes d'analyse pour le futur. Le deuxième volet de l'EQSP permettra d'étudier l'évolution dans le temps des phénomènes traités dans le présent chapitre.

Références bibliographiques

- BOYER, R., D. ST-LAURENT, M. PRÉVILLE, G. LÉGARÉ, R. MASSÉ et C. POULIN (2000). « Idées suicidaires et parasuicides », dans : *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 17, p. 355-367.
- CAMIRAND, H., et V. NANHOU (2008). « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 », Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Zoom santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, septembre, 4 p.
- GAGNÉ, M., et D. ST-LAURENT (2009). *La mortalité par suicide au Québec : Tendances et données récentes – 1981 à 2007*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, n° 890, 20 p.
- JULIEN, M., D. JULIEN et P. LAFONTAINE (2000). « Environnement de soutien », dans : *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 25, p. 499-522.
- KAIROUZ, S., R. BOYER, L. NADEAU, M. PERREAU et J. Fiset-Laniel (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.
- KESSLER, R.C., G. ANDREWS, L.J. COLPE et autres (2002). « Short Screening Scales to Monitor Population Prevalence and Trends in Nonspecific Psychological Distress », *Psychological Medicine*, vol. 32, p. 959-976.
- KESSLER, R.C., P.R. BARKER, L.J. COLPE et autres (2003). « Screening for Serious Mental Illness in the General Population », *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, p.184-189.
- LEGARE, G., M. PREVILLE, R. MASSE, C. POULIN, D. ST-LAURENT et R. BOYER (2000). « Santé mentale », dans : *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 16, p. 333-353.
- NANHOU, V., C. FOURNIER et N. AUDET (2010). « Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec : un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social », Série *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, Zoom santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, janvier, 8 p.

Figure A.4.1

Distribution des scores sur l'échelle de détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les personnes se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique sont celles ayant obtenu un score supérieur ou égal à 7, ce qui correspond au quintile supérieur.

Les statistiques descriptives sont les suivantes :

- Score moyen : 4,3
- Médiane : 3
- Mode : 2

Blessures et troubles musculosquelettiques

Hélène Camirand

Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec

Gilles Légaré

Unité Connaissance-surveillance
Direction Systèmes de soins et services et maladies chroniques
Institut national de santé publique du Québec

Faits saillants

- Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP), les blessures non intentionnelles ont affecté 11 % de la population de 15 ans et plus au cours d'une période de référence de douze mois. Les étudiants et les jeunes de 15-24 ans sont nettement plus touchés (17 % et 18 % respectivement).
- Les sports et les exercices physiques sont en cause chez le quart des personnes souffrant d'une blessure non intentionnelle (24%), mais il y a davantage d'hommes que de femmes qui se sont blessés de cette façon (31 % c. 16 %). Le travail rémunéré vient en deuxième place comme activité pratiquée lors d'une blessure chez les hommes (24%). La proportion de femmes ayant subi une blessure non intentionnelle est la plus grande, toutes proportions gardées, chez celles qui s'affairent à des tâches ménagères, à un travail non rémunéré ou à des études (21 %) lors de la blessure, comparativement aux autres activités.
- Les blessures non intentionnelles sont causées par des chutes dans 35 % des cas. La proportion des personnes de 65 à 74 ans dont la blessure résulte d'une chute est d'environ 52 % et elle grimpe à 72 % chez les 75 ans et plus. Ce sont environ 3,9 % de tous les Québécois de 65 ans et plus qui ont fait une chute sur une période de douze mois.
- En 2008, 12 % des Québécois de 15 ans et plus ont subi des blessures dues à des mouvements répétitifs. La plupart de ces blessures se sont produites lors d'un travail rémunéré (45 % des activités mentionnées par les personnes blessées). Parmi les autres activités considérées comme responsables de blessures de ce type, les sports et les exercices physiques ressortent avec 25 % des mentions d'activités.
- Environ 30 % de la population québécoise de 15 ans et plus a ressenti des douleurs musculosquelettiques suffisamment graves pour limiter leurs activités normales. Bien que l'on en parle souvent comme de troubles professionnels, les troubles musculosquelettiques (TMS) n'ont pas tous leur origine dans les activités liées au travail. Une même personne peut avoir des douleurs à une partie du corps qui sont attribuables au travail et d'autres douleurs, touchant une autre région corporelle, qui ne le sont pas. Parmi les personnes souffrant de TMS, 60 % attribuent au moins une de leurs douleurs à l'exercice d'un travail et 48 % d'entre elles, à une autre source. D'ailleurs, ce sont les personnes sans emploi et les retraités qui ont le plus de TMS (38 % et 34 % respectivement). Précisons cependant que ces troubles peuvent être dus à un travail antérieur.

Introduction

Les blessures attribuables à des mouvements répétitifs, les blessures non intentionnelles⁷⁶ et les troubles musculosquelettiques ne sont pas tous également couverts par les enquêtes populationnelles, et certains de ces indicateurs sont plus souvent suivis auprès de groupes de population que dans la population générale. Ce chapitre vise donc à en mesurer l'importance afin de mieux estimer l'état de santé de la population québécoise de 15 ans et plus.

Même si les blessures attribuables à des mouvements répétitifs et les troubles musculosquelettiques concernent principalement les travailleurs – une sous-population qui n'est pas étudiée dans le présent rapport – il est utile de les considérer pour jeter un éclairage sur l'ensemble de la population qui pourrait en être victime. La population générale est notamment peu observée sous l'angle des troubles musculosquelettiques, bien qu'elle soit touchée par ces douleurs aux muscles, tendons, os et articulations au même titre que le segment de population correspondant aux travailleurs. Grâce à cette prise en compte, des problèmes en émergence pourront éventuellement être détectés.

En plus des limitations d'activités qu'ils causent, ces problèmes de santé publique entraînent des coûts et des besoins en prévention. En mettant en évidence les associations entre les indicateurs précédents et les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques des Québécois de 15 ans et plus, les populations plus à risque de blessures et de troubles musculosquelettiques seront mieux connues. De plus, en comprenant mieux les circonstances dans lesquelles les blessures surviennent, il est possible d'en anticiper les conséquences et ainsi prévoir les services à mettre en place.

Après la description des aspects méthodologiques, les résultats de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP) sur les blessures non intentionnelles et leurs circonstances sont présentés. Suit une description plus en détail des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus. La présentation des résultats se poursuit avec l'étude des blessures dues à des mouvements répétitifs et se termine par un survol des troubles musculosquelettiques. La conclusion fait un tour d'horizon des principaux constats avant de proposer des éléments de réflexion et des pistes d'analyse complémentaire.

5.1 Aspects méthodologiques

Ce chapitre rassemble les résultats de l'EQSP 2008 concernant les blessures et les troubles musculosquelettiques ayant comme conséquence une limitation d'activités. Les blessures dont il sera question sont celles qui sont assez graves pour limiter les activités normales des individus et les troubles musculosquelettiques mentionnés sont ceux donnant lieu à des douleurs importantes qui dérangent les activités quotidiennes. Notons que les sources de limitation d'activités ne sont pas toutes documentées par l'EQSP 2008.

Le sujet des blessures non intentionnelles attribuables à des mouvements répétitifs et celles qui ne sont pas dues à ces mouvements était assez bien couvert par l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de Statistique Canada. Cependant, le module optionnel sur les blessures ne sera plus retenu par le Québec dans cette enquête canadienne. Les blessures seront maintenant suivies grâce à l'EQSP.

5.1.1 Blessures non intentionnelles

La définition de « blessures » adoptée dans l'enquête répond aux critères que la Classification internationale des maladies (CIM) établit pour les catégories *Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes* et *Causes externes de morbidité et de mortalité*. La CIM distingue les blessures non intentionnelles (parfois appelées accidentelles) des blessures dites intentionnelles (homicides, suicides, tentatives de suicide et lésions auto-infligées).

76. Il s'agit des blessures non intentionnelles non dues à des mouvements répétitifs.

Une blessure non intentionnelle n'est pas une lésion infligée volontairement par l'individu ou par toute autre personne. Dans le texte qui suit, on parlera de blessures non intentionnelles pour indiquer les blessures non dues à des mouvements répétitifs. On utilisera le terme « blessures attribuables à des mouvements répétitifs » dans la section subséquente.

Cet indicateur est construit à partir d'une seule question (Q27) permettant de savoir si le répondant s'est blessé assez gravement pour limiter ses activités normales (par exemple : fracture, coupure profonde, brûlure sérieuse, entorse ou empoisonnement). Sont considérées comme victimes d'une blessure non intentionnelle les personnes qui ont répondu « Oui » à cette question et qui n'ont pas répondu « Agression physique » à la question sur la cause de la blessure (Q38).

Les blessures non intentionnelles relevées par l'EQSP 2008 sont assez importantes pour limiter les activités normales d'une personne, mais elles n'incluent évidemment pas celles qui seraient assez sévères pour causer la mort. Dans le cas où le répondant avait été blessé plusieurs fois au cours des douze mois précédents, l'intervieweur demandait de ne décrire que la blessure la plus grave. Les questions Q28 à Q38 nous renseignent sur les circonstances de la blessure : genre, saison, lieu, type d'activité et cause, partie du corps touchée.

La section consacrée aux blessures est constituée d'une série de résultats portant sur les causes des blessures survenues au cours des douze mois précédant l'enquête et assez graves pour limiter les activités quotidiennes durant cette période. Précisons que les proportions pourraient être différentes si on avait l'information sur l'ensemble des blessures ciblées et non seulement sur la blessure la plus grave déclarée par les répondants. Il se peut que les proportions présentées sous-estiment la prévalence de ces blessures puisqu'elles tiennent compte d'une blessure au maximum.

- *Chutes chez les 65 ans et plus*

L'indicateur ne concerne ici que la chute constituant l'unique blessure ou vue comme la blessure la plus grave subie par une personne en l'espace de douze mois. Par exemple, si un répondant se rappelle avoir été victime de plusieurs blessures, dont une résultant d'une chute et qu'il ne la considère pas comme la blessure la plus grave, cette blessure ne sera pas comptabilisée au numérateur de la proportion (nombre de victimes de chute rapporté à la population de 65 ans et plus). Par conséquent, cette proportion doit être interprétée avec prudence puisqu'elle représente une sous-estimation de la proportion réelle de blessures par chute dans la population.

Pour l'ensemble des blessures et pour le sous-ensemble des blessures par chute, dont l'issue peut être plus ou moins grave, un indicateur de blessures sévères a été retenu afin d'estimer l'ampleur des traumatismes graves (voir la définition en annexe).

L'EQSP 2008 ne documente pas en détail le recours à des services professionnels ou à des soins pour mesurer la portée des blessures ou du fardeau qu'elles peuvent représenter. Seules les suites d'une blessure non intentionnelle ont fait l'objet d'une question (Q39) visant à savoir si une consultation a été faite dans les 48 heures. L'enquête ne précise pas de quels soins il s'agit (urgence, CLSC, clinique sans rendez-vous, etc.).

5.1.2 Blessures attribuables à des mouvements répétitifs

L'indicateur sur les blessures attribuables à des mouvements répétitifs est construit à partir d'une question (Q24) permettant de savoir si la personne s'est blessée de cette façon assez gravement pour limiter ses activités normales. Le répondant devait mentionner par la suite la partie du corps atteinte (Q25) et le type d'activité exercée (Q26).

Le type d'activité pratiquée fait partie des circonstances entourant la blessure due à des mouvements répétitifs. Le répondant avait jusqu'à quatre choix de réponse pour indiquer l'activité qui, selon lui, était en cause. La prévalence des blessures survenues lors d'activités sportives ou d'exercices physiques, par exemple, indique que ces blessures sont dues au moins en partie à ces activités. Seules les quatre activités les plus souvent mentionnées sont présentées dans ce chapitre.

Les questions sur les blessures dues à des mouvements répétitifs et celles sur les blessures non attribuables à ces mouvements sont inspirées du questionnaire de l'ESCC.

5.1.3 *Troubles musculosquelettiques*

La prévalence des troubles musculosquelettiques se mesure à partir d'une question (Q52 a, b, c, d) sur la fréquence des douleurs affectant au moins une des quatre régions corporelles mentionnées successivement (cou, dos, membres supérieurs, membres inférieurs) et ressenties de telle sorte qu'elles ont dérangé le répondant dans ses activités quotidiennes. Les personnes qui ont répondu « Souvent » ou « Tout le temps » à au moins une des quatre questions sont considérées comme ayant eu des troubles musculosquelettiques.

Par ailleurs, sont considérées comme ayant eu des troubles musculosquelettiques liés au travail les personnes qui ont répondu « Oui, entièrement » ou « Oui, partiellement » à au moins une des questions (Q53 a, b, c, d) sur le lien entre les douleurs ressenties et le travail actuel ou antérieur. Les questions concernaient les parties du corps suivantes : cou, dos, membres supérieurs et membres inférieurs. Pour passer à ces questions, la personne interrogée devait avoir préalablement répondu « Souvent » ou « Tout le temps » à la question Q52 (a, b, c, d) associée à la région corporelle correspondante.

Enfin, sont considérés comme ayant eu au moins un trouble musculosquelettique non lié au travail les individus qui ont répondu « Non relié au travail » ou « N'a jamais travaillé » à au moins une des sous-questions de la question Q53 (a, b, c, d) en suivant le même filtre que les personnes précédentes.

Les questions sur les troubles musculosquelettiques affectant l'une ou l'autre partie du corps au cours des douze mois ayant précédé l'enquête sont similaires à celles utilisées pour l'*Étude québécoise des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail* (EQCOTESST) réalisée par l'ISQ. Elles ont été élaborées à partir du Questionnaire Nordique mis au point et validé par des chercheurs des pays scandinaves et adapté pour l'*Enquête sociale et de santé, 1998* (ESS 1998) (Arcandet autres, 2000), afin de mesurer la prévalence des problèmes musculosquelettiques.

La section sur les troubles musculosquelettiques n'est qu'un survol de cette vaste question. Tous les résultats de l'EQSP 2008 entourant ces troubles sont toutefois présentés.

5.2 Résultats

5.2.1 *Blessures non intentionnelles*

Comme le montre le tableau 5.1, environ 11 % des Québécois de 15 ans et plus ont déclaré avoir été victimes de blessure non intentionnelle assez grave pour limiter leurs activités normales. Rappelons que les blessures dont il est question dans cette section ne sont pas dues à des mouvements répétitifs.

Tableau 5.1

Victimes d'une blessure non intentionnelle¹ au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	11,0
Sexe	
Hommes	12,9
Femmes	9,2
Groupe d'âge	
15-24 ans	17,5
25-44 ans	12,1
45-64 ans	9,3
65 ans et plus	6,5
Composition du ménage	
Personne vivant seule	9,5
Couple sans enfant	9,1
Couple avec enfants	11,8
Famille monoparentale	13,2
Autre	14,9
Occupation principale	
Travailleurs	11,0
Étudiants	17,1
Personnes sans emploi	9,5
Retraités	7,5

1. Blessure non due à des mouvements répétitifs et assez grave pour limiter les activités normales de la personne.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

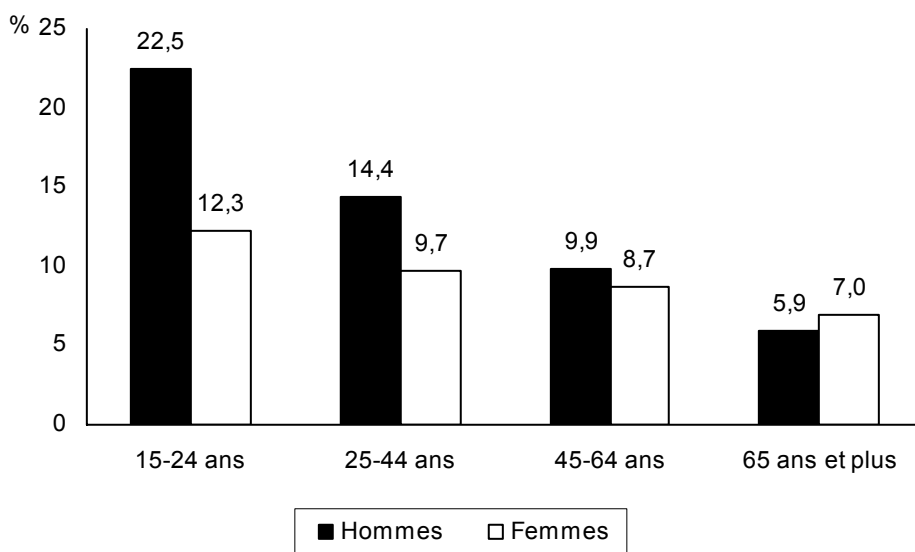
- *Analyse selon certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques*

Les résultats de l'EQSP 2008 montrent que, toutes proportions gardées, les hommes sont plus nombreux à avoir subi des blessures que les femmes (13 % c. 9 %) (tableau 5.1). Cette surreprésentation masculine n'est toutefois significative que dans les deux premiers groupes d'âge, soit les 15-24 ans et les 25-44 ans (figure 5.1).

Les femmes de 25 à 44 ans sont les seules à ne présenter une différence significative qu'avec les femmes de 65 ans et plus (10 % c. 7 %). Les femmes des autres groupes d'âge se distinguent les unes des autres, ce qui laisse voir une tendance à la baisse des blessures non intentionnelles avec l'âge. Cette tendance est encore plus manifeste chez les hommes, parmi lesquels chaque groupe d'âge se différencie des autres, les proportions allant décroissant à mesure que l'âge avance, soit de 22 % chez les 15-24 ans à 6 % chez les hommes de 65 ans et plus. Sexes confondus, le nombre de personnes ayant subi des blessures décline avec l'âge, passant d'environ 18 % chez les 15-24 ans à 7 % chez les 65 ans et plus.

Figure 5.1

Victimes d'une blessure non intentionnelle¹ au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



1. Blessure non due à des mouvements répétitifs et assez grave pour limiter les activités normales de la personne.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les personnes seules et les couples sans enfant subissent des blessures non intentionnelles dans des proportions similaires (9 %). Les couples avec enfants, les familles monoparentales et les autres types de ménage ne se distinguent pas non plus significativement entre eux à ce chapitre (entre 12 % et 15 %). On constate cependant que les proportions de personnes blessées sont plus faibles chez les ménages sans enfant (personnes seules et couples sans enfant) que chez ceux comptant au moins un enfant. Peut-on supposer que la présence d'enfants implique davantage d'activités qui exposent à des risques? Pour expliquer ce résultat, mentionnons aussi qu'il est fort probable que les 15-24 ans, qui sont plus souvent victimes de blessures non intentionnelles que leur aînés, soient en grande partie membres de familles avec enfants⁷⁷.

Selon les données de l'EQSP 2008, la proportion de victimes de blessure ne varie pas selon les niveaux de scolarité ou de revenu (données non présentées). L'enquête fait néanmoins ressortir des différences selon l'occupation principale. En effet, les étudiants sont les plus nombreux, toutes proportions gardées, à être victimes de blessure non intentionnelles (17 %). À l'autre extrémité, les retraités subissent moins de blessures que les autres (7 %). Il faut interpréter cette comparaison avec prudence car elle pourrait traduire en partie un effet d'âge, les étudiants étant beaucoup plus jeunes que les retraités.

Bien qu'elles soient, par définition, « accidentelles », les blessures non intentionnelles touchent davantage les hommes, les jeunes et les étudiants. Des profils types apparaissent également selon les circonstances des blessures.

77. Cela pourrait être vérifié avec des analyses plus approfondies.

- *Circonstances des blessures non intentionnelles*

Sur une période de douze mois, la grande majorité des Québécois (79 %) qui se sont blessés de manière assez grave pour limiter leurs activités normales ne se sont blessés qu'une fois. La blessure décrite selon les circonstances est le plus souvent l'unique blessure dont les personnes ont été victimes dans l'année, mais il peut aussi s'agir de la blessure considérée comme la plus grave si le répondant en a subi plus d'une.

Une blessure à la cheville ou au pied, une blessure à la partie inférieure du dos ou de la colonne vertébrale constituent les lésions les plus fréquentes, touchant respectivement 21 % et 18 % des personnes qui ont eu au moins une blessure non intentionnelle, tous âges confondus. Par ailleurs, environ 14 % des victimes de blessure non intentionnelle ont subi une blessure au genou (données non présentées).

Les blessures varient aussi selon leur sévérité. Des blessures sévères⁷⁸ ont affecté une personne sur cinq (20 %) parmi celles qui ont eu au moins une blessure non intentionnelle (données non présentées). Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes en ce qui a trait à la proportion de personnes ayant subi des blessures sévères. Toutefois, les jeunes hommes de 15-24 ans se blessent plus souvent (27 %) que les hommes de 25-44 ans et de 45-64 ans (17 % dans les deux cas). La différence n'est pas significative avec les hommes de 65 ans et plus (23 %⁷⁹). Par ailleurs, les femmes âgées de 65 ans et plus souffrent davantage de blessures sévères (39 %) que les autres femmes ayant subi des blessures non intentionnelles. Les femmes de 15-24 ans (17 %⁷⁹) ne se distinguent significativement que de celles de 65 ans et plus, mais on note une augmentation de la proportion de victimes de blessures sévères entre les 25-44 ans et les 45-64 ans (15 %⁷⁹ c. 22 %) (données non présentées).

Tous les types de blessure n'entrent pas dans la catégorie des blessures sévères. C'est le cas de près de 45 % d'entre elles, qui sont des entorses et foulures. Parmi les blessures sévères, 18 % sont des fractures (données non présentées). Au nombre des personnes ayant subi une blessure non intentionnelle, 56 % ont reçu des soins dans les 48 heures suivant l'événement traumatique.

Les chutes sont responsables d'environ 35 % de toutes les blessures non intentionnelles chez la population de 15 ans et plus (figure 5.2). Davantage de femmes que d'hommes se sont blessées à la suite d'une chute (40 % c. 31 %). L'EQSP 2008 ne détecte pas de différence significative dans les proportions de blessures de ce type entre le groupe des 15-24 ans et ceux des 25-44 ans et 45-64 ans. Sinon, tous les groupes d'âge sont différents dans la proportion de blessures dues à des chutes, les 65 ans et plus s'étant davantage blessés en chutant que les autres (60 % des personnes de 65 ans et plus blessées). Les circonstances des chutes chez les personnes âgées sont exposées dans la prochaine section.

Le tableau 5.2 regroupe quelques indicateurs décrivant les circonstances des blessures. Il en ressort que les blessures se répartissent sur toute l'année, bien qu'elles tendent à faire plus de victimes l'été et l'hiver.

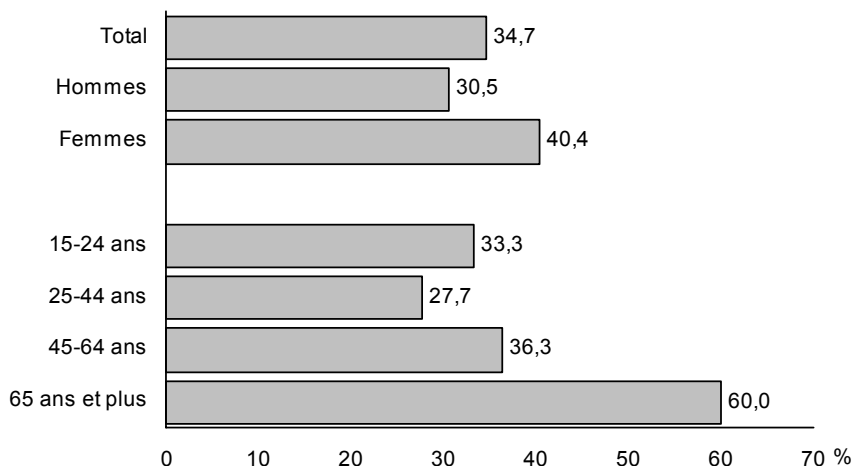
Il y a énormément de circonstances possibles pour une blessure non intentionnelle, et elles sont toutes pertinentes pour qui s'intéresse à la prévention des traumatismes. Mentionnons tout de même que pas moins de 22 % des blessures sont causées par un effort excessif ou un mouvement ardu (tableau 5.2). Les accidents de transport sont, pour leur part, responsables de 8 % des blessures non intentionnelles. Précisons qu'il est possible qu'un certain nombre de ces traumatismes, dont l'issue a été fatale, n'aient pas été comptabilisés dans une enquête populationnelle comme l'EQSP 2008.

78. Voir l'annexe pour la liste des blessures sévères.

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

Figure 5.2

Victimes d'une blessure¹ causée par une chute selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus victime de blessure non intentionnelle, Québec, 2008



1. Blessure non due à des mouvements répétitifs et assez grave pour limiter les activités normales de la personne. Les résultats concernent la seule blessure subie au cours d'une période de 12 mois ou la blessure la plus grave, s'il y en a plus d'une.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Tableau 5.2

Circonstances de la blessure¹, population de 15 ans et plus victime de blessure non intentionnelle, Québec, 2008

	%
Fréquence des blessures	
Une fois	79,1
Deux fois ou plus	20,9
Saison de la blessure	
Hiver	26,0
Printemps	21,2
Été	29,1
Automne	23,7
Cause de la blessure	
Chute	34,7
Effort excessif ou mouvement ardu	22,2
Accident de transport	7,9
Contact avec une machine	7,8
Heurté / écrasé accidentellement	5,7
Frappé / poussé / mordu accidentellement	3,8*
Contact avec quelque chose de chaud	3,6
Fumée / feu / flamme	0,6**
Autres	13,7

1. Blessure non due à des mouvements répétitifs et assez grave pour limiter les activités normales de la personne. Les résultats sur la saison et la cause de la blessure concernent la seule blessure subie sur une période de 12 mois ou la blessure la plus grave, s'il y en a plus d'une.

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

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

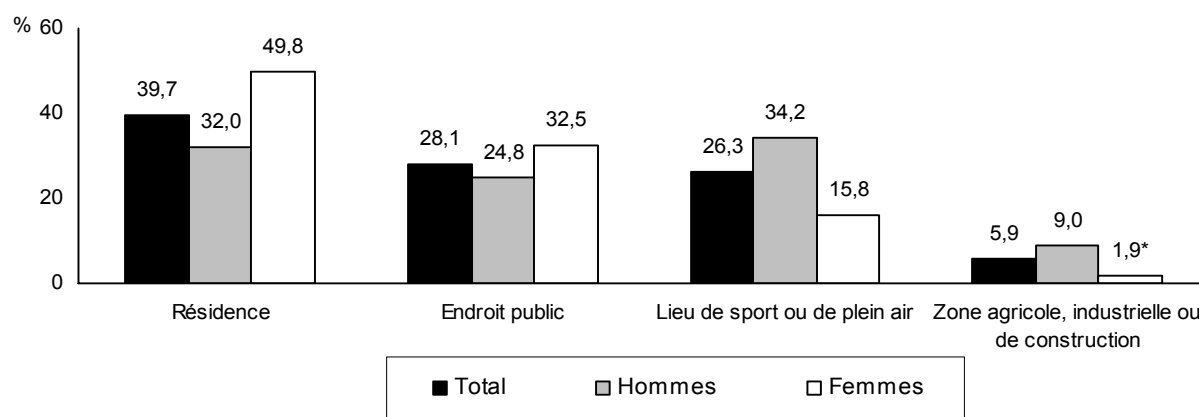
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

- *Lieux des blessures*

En ce qui concerne la répartition des lieux où surviennent les blessures « accidentelles », le domicile (dans et autour de la maison) occupe la première place, puisque 40 % des personnes blessées l'ont été dans une résidence (figure 5.3). Les endroits publics, de même que les lieux de sport, sont mentionnés comme deuxième lieu en importance (28 % et 26 % des victimes). À l'examen, des variations sont observées entre les sexes pour chaque lieu donné: ainsi, les hommes sont sous-représentés dans les lieux résidentiels et les endroits publics, alors que les femmes le sont dans les lieux de sport et les zones agricole, industrielle ou de construction⁸⁰.

Figure 5.3

Lieu de la blessure¹ selon le sexe, population de 15 ans et plus victime de blessure non intentionnelle, Québec, 2008



1. Blessure non due à des mouvements répétitifs et assez grave pour limiter les activités normales de la personne. Les résultats concernent la seule blessure subie au cours d'une période de 12 mois ou la blessure la plus grave, s'il y en a plus d'une.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

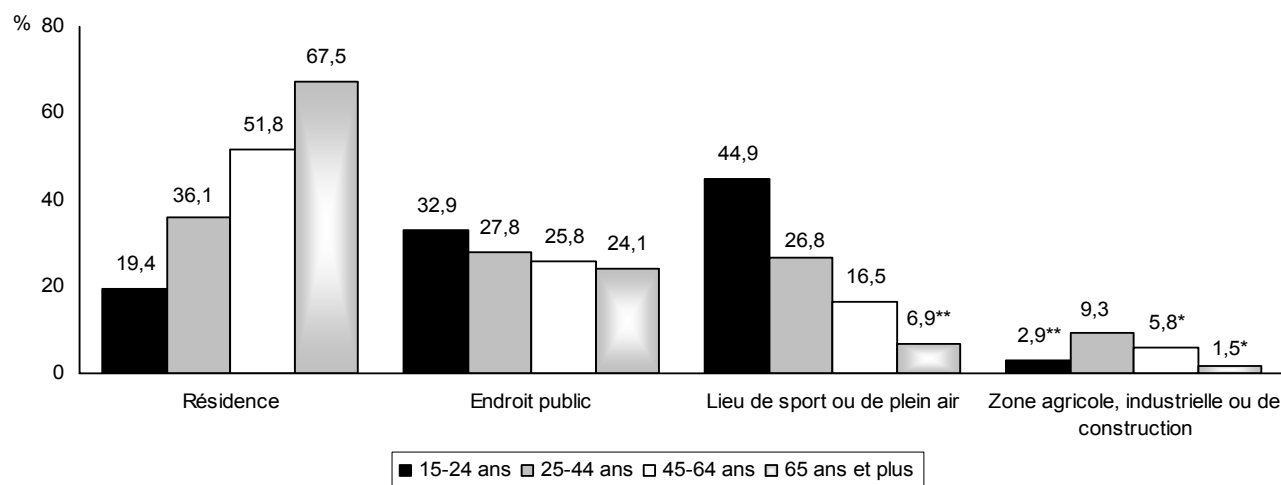
Bien que le domicile soit le plus en cause dans les cas de blessure non intentionnelle, son importance est liée à l'âge de la victime (figure 5.4). Ainsi, plus de deux personnes de 65 ans et plus sur trois (67 %) se sont blessées à domicile, comparativement à moins d'un jeune de 15 à 24 ans sur cinq (19 %). Par ailleurs, aucun groupe d'âge ne se démarque significativement en ce qui concerne les blessures survenues dans les endroits publics. Dans les lieux de sport ou de plein air, les proportions de victimes diminuent avec l'âge, allant d'environ 45 % des jeunes de 15-24 ans à 7 % des personnes de 65 ans et plus.

Les risques de blessure sont plus ou moins grands selon les activités que l'on pratique. La figure 5.5 montre que les activités de sport et les exercices physiques sont en cause dans 24 % des cas de blessure non intentionnelle suffisamment grave pour limiter les occupations normales de la personne. Le travail rémunéré et les tâches ménagères sont mentionnés par environ une personne blessée sur cinq comme activité pratiquée lors de la blessure (respectivement 20 % et 19 %).

80. Les quatre catégories regroupent les lieux suivants : 1) résidence : « dans une maison », « établissement résidentiel »; 2) endroit public : « école/collège/université », « autre établissement », « rue/autoroute/trottoir », « zone commerciale »; 3) lieu de sport ou de plein air : « lieux de sport d'école », « autres lieux de sport », « campagne/forêt, etc. »; 4) zone agricole, industrielle ou de construction : « zone industrielle/construction », « entreprise agricole ».

Figure 5.4

Lieu de la blessure¹ selon l'âge, population de 15 ans et plus victime de blessure non intentionnelle, Québec, 2008



1. Blessure non due à des mouvements répétitifs et assez grave pour limiter les activités normales de la personne. Les résultats concernent la seule blessure subie au cours d'une période de 12 mois ou la blessure la plus grave, s'il y en a plus d'une.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

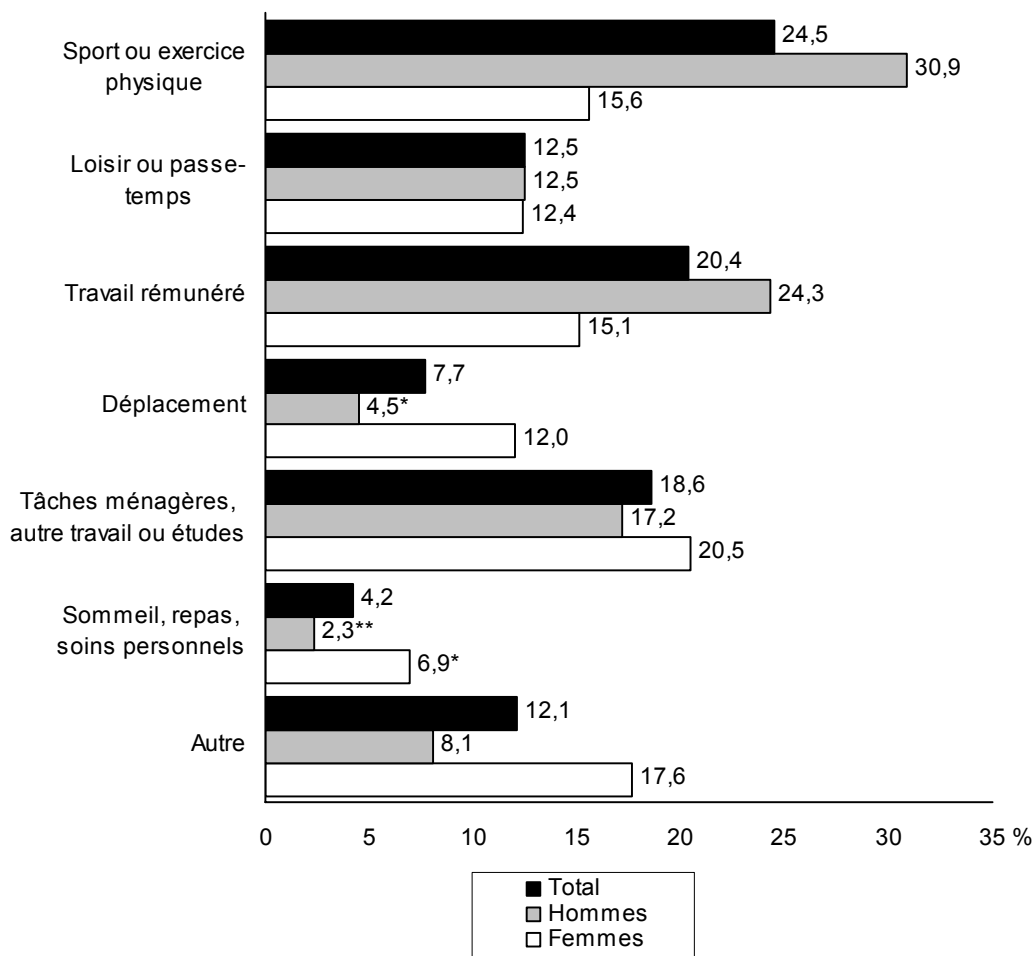
• Types d'activités pratiquées au moment des blessures

Les variations de la morbidité par blessure selon l'âge et le sexe reflètent l'exposition au risque au cours de la vie. Les différences selon le sexe sont significatives, sauf dans les loisirs et les tâches ménagères. Les hommes se blessent davantage en faisant du sport, ce qui est particulièrement vrai chez les jeunes hommes (51 % des 15-24 ans) (données non présentées). Les jeunes femmes de 15 à 24 ans se sont également surtout blessées en faisant du sport ou des exercices physiques (35%). Par ailleurs, plus d'une femme sur quatre (26 %) âgée de 65 ans et plus s'appliquait à des tâches ménagères lorsqu'elle s'est blessée non intentionnellement. En cela, les femmes de ce groupe d'âge ne se distinguent pas significativement de celles de 25-44 ans et de 45-64 ans, blessées de la même façon dans des proportions de 19 % et 28 % respectivement. Fait intéressant, ces femmes ne se différencient pas non plus des hommes du même âge (65 ans et plus), puisque environ 42 % d'entre eux se sont aussi blessés lors de tâches ménagères.

Globalement, il y a une importante disparité entre hommes et femmes pour ce qui est des blessures non intentionnelles survenues dans l'exercice d'un travail rémunéré (24 % c. 15 %). Le travail rémunéré est mentionné comme activité pratiquée lors de la blessure par 21 % des femmes de 25 à 44 ans et par moins de 16 % de celles des autres groupes d'âge. Par contre, de l'âge de 25 ans jusqu'à celui de la retraite, les hommes sont particulièrement susceptibles de se blesser ainsi (plus de 30 % entre 25 et 64 ans) (données non présentées).

Figure 5.5

Type d'activité pratiquée lors de la blessure¹ selon le sexe, population de 15 ans et plus victime de blessure non intentionnelle, Québec, 2008



1. Blessure non due à des mouvements répétitifs et assez grave pour limiter les activités normales de la personne. Les résultats concernent la seule blessure subie au cours d'une période de 12 mois ou la blessure la plus grave, s'il y en a plus d'une.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

5.2.2 Chutes chez les personnes de 65 ans et plus

Les chutes figurent parmi les plus importantes causes de décès par traumatisme non intentionnel (Hamel, 2001). Elles constituent d'ailleurs la principale cause d'hospitalisation pour cette raison (40 % de toutes les hospitalisations), et ce, pour tous les groupes d'âge (INSPQ, 2006). Les facteurs de risque les plus fréquents chez les personnes âgées sont un mauvais équilibre, une faible coordination musculaire, l'utilisation de médicaments psychotropes et les dangers présents dans l'environnement immédiat (par exemple, un mauvais entretien des trottoirs l'hiver); à ces facteurs de risque s'ajoute le fait d'avoir déjà chuté (Trickey, 1999). Rappelons que l'autonomie même des personnes âgées est grandement affectée par les chutes.

Comme on l'a vu précédemment, 35 % des personnes blessées non intentionnellement l'ont été à la suite d'une chute. La chute est l'origine d'une blessure assez grave pour être limitative chez une proportion encore plus grande de personnes parmi les 65 ans et plus : 60 %, comparativement à moins de 37 % dans les groupes plus jeunes. Plus précisément, la proportion des 65-74 ans pour qui la cause de la blessure est une chute est d'environ 52 %; elle grimpe à 72 % chez les 75 ans et plus (données non présentées). Ce constat est préoccupant puisqu'on sait que la proportion des personnes de grand âge gagne rapidement en importance au Québec.

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*, environ 3,9 % des adultes âgés de 65 ans et plus ont subi une blessure causée par une chute au cours des douze derniers mois. La taille de l'échantillon est malheureusement trop petite pour permettre des comparaisons entre les sexes dans des sous-groupes au-dessus de 65 ans. Cependant, parmi l'ensemble des adultes âgés de 65 ans et plus, les femmes chutent davantage que les hommes (4,8 % c. 2,8 %) (tableau 5.3). Les chutes à domicile touchent environ 2,7 % des Québécois de 65 ans et plus; par ailleurs, 1,7 % de la population âgée a subi une blessure sévère⁸¹ à cause d'une chute (données non présentées).

Une personne de 65 ans et plus sur vingt (5 %) vivant seule a chuté au cours d'une période de douze mois, comparativement à 3,3 % des personnes ne vivant pas seules. Le risque de faire une chute est ainsi associé au fait de vivre seul pour une personne âgée.

Il n'y a pas d'association significative entre les chutes et le revenu des adultes âgés. Toutefois, les personnes de 65 ans et plus qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres sont plus touchées, toutes proportions gardées, que les personnes n'ayant pas cette mauvaise perception de leur situation financière (7 %⁸² c. 3,5 %).

Les personnes ne se percevant pas en bonne santé sont en plus grande proportion que les autres à déclarer s'être blessées à la suite d'une chute (8 % c. 2,8 %). D'ailleurs, les personnes vivant déjà avec des troubles musculosquelettiques ont fait davantage de chutes que celles de 65 ans et plus qui ne souffrent pas de ces troubles (6 % c. 2,7 %). Les personnes âgées qui se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique sont également victimes de chute dans une plus grande proportion que celles présentant un niveau de faible à modéré (7 % c. 3,0 %).

L'EQSP 2008 fournit des données permettant de mieux connaître les circonstances des chutes et leur sévérité. Le tableau 5.4 rassemble différents indicateurs pour décrire, parmi les blessures non intentionnelles ayant limité les activités normales des Québécois de 65 ans et plus, la blessure qui a été causée par une chute, que ce soit la seule blessure ou la blessure la plus grave parmi plusieurs. Le premier constat porte sur la fréquence des incidents survenus à domicile : les résultats montrent qu'une proportion aussi grande que 70 % des personnes âgées blessées à la suite d'une chute l'ont été soit à leur domicile, soit à un autre domicile (par exemple, chez des parents ou des amis)⁸³. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe. Par ailleurs, plus du quart (26 %) des victimes de chute se trouvaient dans des endroits publics, par exemple sur le trottoir ou dans une zone commerciale. L'importance des autres lieux de chute est négligeable. Ainsi, on aurait avantage à rendre certains lieux plus sécuritaires.

81. Voir l'annexe pour la liste des blessures sévères.

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

83. Il importe de rappeler que les répondants à l'EQSP 2008 sont des personnes vivant dans un ménage privé. Les clientèles des CHSLD ou d'autres établissements collectifs de ce type ne sont pas considérées dans l'enquête.

Tableau 5.3

Victimes d'une blessure non intentionnelle¹ causée par une chute selon certaines caractéristiques personnelles, population de 65 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	3,9
Sexe	
Hommes	2,8*
Femmes	4,8
Groupe d'âge	
65-74 ans	3,7
75-84 ans	3,9*
85 ans et plus	6,0**
Composition du ménage	
Personne vivant seule	5,4
Personne ne vivant pas seule	3,3*
Perception de sa situation financière	
Pauvre ou très pauvre	6,8*
À l'aise ou revenus suffisants	3,5
Perception de sa santé	
Excellente, très bonne ou bonne	2,8
Passable ou mauvaise	7,9
Présence de troubles musculosquelettiques²	
Oui	5,9
Non	2,7*
Niveau de détresse psychologique	
Élevé	6,8
Faible à modéré	3,0

1. Blessure non due à des mouvements répétitifs et assez grave pour limiter les activités normales de la personne. Les résultats concernent la seule blessure subie au cours d'une période de 12 mois ou la blessure la plus grave, s'il y en a plus d'une.

2. Pendant la période de 12 mois au cours de laquelle la chute est survenue.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Tableau 5.4

Circonstances de la chute¹, population de 65 ans et plus victime d'une blessure non intentionnelle causée par une chute, Québec, 2008

	%
Saison	
Hiver	21,0
Printemps	27,7
Été	29,3
Automne	22,0
Lieu	
Résidence	69,7
Endroit public	26,1 *
Lieu de sport ou de plein air	4,3 **
Façon dont la chute s'est produite	
En glissant sur une surface (sauf glace ou neige)	41,0
En glissant sur de la glace ou de la neige	17,4 *
En montant ou descendant un escalier	16,8 *
En chutant d'un meuble	7,9 **
En tombant d'un endroit élevé	5,6 **
En patinant, skiant, etc.	2,4 **
Autre	8,9 **

1. Les résultats concernent la seule blessure subie au cours d'une période de 12 mois ou la blessure la plus grave s'il y en a plus d'une.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les blessures dues à des chutes surviennent en tout temps mais avec une tendance à la hausse durant l'été et le printemps (29 % et 28 % respectivement). Même si la précision des données sur la façon dont la chute s'est produite est parfois faible, on peut noter qu'environ 41 % des personnes âgées blessées sont tombées à cause d'une surface glissante (autre que de la glace ou de la neige), et que des proportions avoisinantes de personnes sont tombées en glissant sur de la neige ou de la glace (17 %) ou dans les escaliers (17 %).

Les données révèlent aussi que 46 % des personnes âgées blessées à la suite d'une chute ont subi des lésions sévères (donnée non présentée). Enfin, près de 70 % des personnes âgées victimes d'une chute ont bénéficié d'une consultation médicale dans les 48 heures suivant la chute. Il n'y a pas de disparité entre les sexes dans le fait d'avoir eu recours à des soins dans ce laps de temps (données non présentées).

5.2.3 Blessures attribuables à des mouvements répétitifs

Environ 12 % des Québécois âgés de 15 ans et plus souffrent d'une lésion attribuable à des mouvements répétitifs, de façon suffisamment importante pour limiter leurs activités. Les mouvements répétitifs produisent un stress important sur les articulations et peuvent causer une tendinite ou d'autres troubles musculosquelettiques.

- *Analyse selon certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques*

Les données de l'EQSP 2008 ne montrent pas d'association entre les blessures dues à des mouvements répétitifs et la variable sexe (tableau 5.5), ni dans l'ensemble, ni à l'intérieur de certains groupes d'âge. Ces blessures sont toutefois associées à l'âge. La population réputée active (25-64 ans) se blesse ainsi davantage que le reste de la population. Les groupes de 25-44 ans et de 45-64 ans ne se différencient pas significativement l'un de l'autre et représentent environ 14 % des blessés par mouvements répétitifs. Les jeunes de 15 à 24 ans sont moins nombreux, toutes proportions gardées (10 %), à présenter ce type de blessure. Il ressort enfin que les adultes âgés de 65 ans et plus – que l'on peut supposer moins actifs sur le marché du travail – subissent nettement moins de blessures à la suite de mouvements répétitifs, puisqu'il y a à peine une personne sur 20 (4,9 %) dans cette situation.

Tableau 5.5

Victimes d'une blessure attribuable à des mouvements répétitifs¹ au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	11,8
Sexe²	
Hommes	12,0
Femmes	11,6
Groupe d'âge	
15-24 ans	10,1
25-44 ans	13,7
45-64 ans	14,0
65 ans et plus	4,9
Composition du ménage	
Personne vivant seule	10,0
Couple sans enfant	10,4
Couple avec enfants	13,2
Famille monoparentale	14,2
Autre	11,4

1. Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.

2. Le test d'association entre la blessure attribuable à des mouvements répétitifs et la variable sexe n'est pas significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Bien que l'association entre les blessures dues à des mouvements répétitifs et l'exercice d'un travail semble évidente, et que les interventions pour les prévenir soient concentrées dans les milieux professionnels, il est intéressant d'examiner les données relatives à cet indicateur dans l'ensemble de la population. Les résultats de l'EQSP 2008 sur la proportion de personnes blessées de cette façon selon leur occupation principale au cours des douze derniers mois révèlent que l'écart n'est pas statistiquement significatif entre les travailleurs et les personnes sans emploi (tableau 5.6). Ainsi, 14 % des travailleurs ont connu au moins une blessure attribuable à des mouvements répétitifs, comparativement à 12 % de personnes sans emploi. Environ un étudiant sur dix a subi une blessure de ce type. Les étudiants ne se distinguent donc pas des personnes sans emploi. Les retraités, eux, forment le groupe ayant subi le moins de blessures attribuables à des mouvements répétitifs (7 %).

Tableau 5.6

Victimes d'une blessure attribuable à des mouvements répétitifs¹ au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	11,8
Niveau de scolarité	
Inférieur au DES	9,4
Diplôme d'études secondaires (DES)	12,6
Diplôme ou certificat d'études collégiales ²	12,5
Diplôme d'études universitaires	13,1
Indice du niveau de revenu du ménage	
Quintile 1 (faible)	10,2
Quintile 2 et suivants	12,2
Perception de sa situation financière	
Pauvre ou très pauvre	13,7
À l'aise ou revenus suffisants	11,7
Occupation principale	
Travailleurs	13,9
Étudiants	9,9
Personnes sans emploi	12,3
Retraités	6,9

1. Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.

2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les personnes vivant seules se blessent légèrement moins que celles faisant partie d'un ménage composé de deux personnes ou plus (10 % c. 12 %) (données non présentées). Elles subissent toutefois des blessures attribuables à des mouvements répétitifs dans la même proportion que les couples sans enfant (10 %) (tableau 5.5). Les couples avec enfants et les familles monoparentales (respectivement 13 % et 14 %) se blessent davantage que les ménages sans enfant.

Par ailleurs, les personnes n'ayant pas obtenu un diplôme d'études secondaires se distinguent de celles qui ont au moins ce niveau de scolarité (9 % c. 12 % (DES) et 13 % pour les deux autres niveaux) (tableau 5.6). On peut faire l'hypothèse que les personnes moins scolarisées se blessent moins souvent que les autres à la suite de mouvements répétitifs parce qu'elles sont déjà retraitées ou encore étudiantes.

Les personnes se percevant comme pauvres ou très pauvres comptent une proportion légèrement plus forte de personnes blessées à la suite de mouvements répétitifs que les autres (14 % c. 12 %). Par contre, la relation s'inverse si l'on dichotomise l'indice du niveau de revenu du ménage : environ 10 % des personnes les moins favorisées financièrement (quintile 1) ont subi des blessures dues à des mouvements répétitifs, comparativement à 12 % des personnes des quintiles supérieurs.

Les individus percevant leur santé générale comme très bonne ou excellente ont subi moins souvent des blessures attribuables à des mouvements répétitifs que les autres (11 % c. 14 % pour les catégories bonne et passable ou mauvaise) (données non présentées). Ces blessures semblent toutefois affecter une plus grande proportion de personnes chez celles qui se situent au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique (18 %) que parmi celles dont le niveau peut aller de faible à modéré (10 %) (données non présentées). Il y a donc une association entre les blessures dues à des mouvements répétitifs et la santé générale et mentale d'un individu.

- *Circonstances des blessures attribuables à des mouvements répétitifs*

Les données de l'enquête ne permettent pas de dégager un profil type des personnes ayant subi des blessures à la suite de mouvements répétitifs. L'examen des circonstances des blessures permettra néanmoins de cerner davantage les groupes de population pouvant être vulnérables. Comme on le sait déjà, les travailleurs manuels sont particulièrement touchés par ce type de blessure. Les utilisateurs assidus de l'ordinateur et les sportifs sont aussi à risque. Dans ce portrait sur la santé de la population générale, qu'en est-il des activités propices aux blessures attribuables à des mouvements répétitifs et quelles en sont les conséquences?

Le travail demeure l'activité mentionnée le plus souvent par les personnes blessées à la suite de mouvements répétitifs (45 %) (tableau 5.7). Par ailleurs, pas moins du quart (25 %) des mentions d'activités par les répondants se rapportent à la pratique d'un sport ou d'un exercice physique. Les tâches ménagères occupent également une place importante comme cause de ces blessures (18 %), surtout chez les femmes (20 % c. 16 % chez les hommes). À l'exception des tâches ménagères, il n'y a pas de différence entre les sexes selon l'activité pratiquée (données non présentées). Enfin, environ 8 % des mentions d'activités indiquent que la blessure s'est produite lors de loisirs. Notons que les activités ne sont pas mutuellement exclusives et que plusieurs peuvent être la cause d'une même blessure due à des mouvements répétitifs. Seules les quatre activités les plus souvent mentionnées sont présentées dans le tableau ci-dessous. Les catégories suivantes n'y figurent pas car elles représentent moins de 5 % des mentions d'activités impliquées dans les blessures dues à des mouvements répétitifs : « Déplacements », « Sommeil, repas, soins personnels » et « Autres ».

Tableau 5.7

Circonstances de la blessure¹, population de 15 ans et plus victime d'une blessure attribuable à des mouvements répétitifs, Québec, 2008

	%
Activité pratiquée lors de la blessure²	
Travail rémunéré	45,2
Sport ou exercice physique	25,4
Tâche ménagère	17,6
Loisir ou passe-temps	8,1
Partie du corps atteinte par la blessure	
Membres supérieurs	54,8
Membres inférieurs	18,3
Dos inférieur	16,1
Dos supérieur	3,7
Cou	3,1
Autre	4,0*

1. Blessure attribuable à des mouvements répétitifs et assez grave pour limiter les activités normales de la personne. Les circonstances concernent la blessure la plus grave due à des mouvements répétitifs.

2. Plusieurs activités peuvent avoir été mentionnées pour une même blessure. Seules les quatre activités les plus souvent mentionnées sont présentées dans ce tableau.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les traumatismes liés aux sports touchent les jeunes de 15-24 ans de manière plus importante que les autres groupes d'âge (données non présentées). En effet, dans 57 % des cas, la blessure est due, au moins en partie, au sport ou à l'exercice physique. Chez moins du quart des personnes des autres groupes d'âge, ces activités sont responsables de blessures dues à des mouvements répétitifs. Il n'est pas surprenant de constater que les jeunes de 15-24 ans sont sous-représentés comme victimes de blessures subies dans l'exercice d'un travail rémunéré (35 %), comparativement aux 25-44 ans et aux 45-64 ans, qui mentionnent plus fréquemment s'être blessés dans ces circonstances (52 % et 48 % respectivement). Les 65 ans et plus sont les plus nombreux en proportion à déclarer s'être blessés à cause de mouvements répétitifs durant leurs loisirs (24 % contre moins de 9 % dans les autres groupes d'âge). Enfin, l'âge est associé aux blessures dues à des mouvements répétitifs effectués en accomplissant des tâches ménagères, les proportions de victimes décroissant d'un groupe à l'autre : 37 % des 65 ans et plus, 23 % des 45-64 ans, 14 % des 25-44 ans et 3 %⁸⁴ des 15-24 ans (données non présentées).

Les parties du corps⁸⁵ les plus concernées par des lésions attribuables à des mouvements répétitifs sont les suivantes : membres supérieurs (55 %); membres inférieurs (18 %) et partie inférieure du dos (16 %) (données non présentées).

5.2.4 Troubles musculosquelettiques

Les troubles musculosquelettiques (TMS) dont il est question dans cette section incluent, notamment, l'arthrite, l'ostéoporose, la tendinite et d'autres douleurs aux muscles, aux tendons, aux os ou aux articulations assez importantes pour déranger les activités quotidiennes d'un individu. Ces douleurs ont affecté au moins une région corporelle (le cou, le dos, les membres supérieurs ou les membres inférieurs) au cours d'une période de douze mois. Elles sont associées à l'utilisation répétitive des structures musculosquelettiques, à leur inactivité ou à la dégénérescence liée à l'âge.

- *Analyse selon certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques*

Près du tiers (30 %) de la population québécoise de 15 ans et plus souffre de troubles musculosquelettiques (tableau 5.8). Selon les données de l'EQSP 2008, cette affection augmente avec l'âge. Néanmoins, l'enquête ne décèle pas de différence significative entre les groupes des 45-64 ans et des 65 ans et plus. Jusqu'à 35 % des personnes de ces groupes d'âge vivent avec des TMS. Notons que les femmes sont plus nombreuses, toutes proportions gardées, à ressentir ce type de douleur (35 % c. 25 % des hommes). Cette disparité entre les sexes est présente dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 75 ans et plus (données non présentées).

Les personnes vivant seules, les membres de famille monoparentale et les personnes de la catégorie « autre » type de ménage subissent des douleurs liées à des TMS dans une proportion d'environ 34 %. Cela est légèrement supérieur à la proportion observée pour les couples sans enfant (32 %) et encore davantage par rapport aux couples avec enfants (27 %)⁸⁶.

L'EQSP 2008 révèle par ailleurs que les caractéristiques socioéconomiques des individus sont liées aux troubles musculosquelettiques. Les données montrent que les personnes moins favorisées ou se percevant comme telles subissent plus souvent ces douleurs que les autres (tableau 5.9). Ainsi, près de 35 % des individus ayant un indice du niveau de revenu faible (quintile 1) présentent ce type de troubles, comparativement à 30 % des personnes des quintiles supérieurs. Pas moins de 45 % des personnes s'estimant pauvres ou très pauvres souffrent de TMS, tandis que celles qui ont une autre perception de leur situation financière sont environ 28 % à en souffrir.

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

85. Les régions corporelles suivantes regroupent plusieurs parties du corps : 1) membres supérieurs : épaule, bras, coude, avant-bras, poignet, main; 2) membres inférieurs : hanche, cuisse, genou, cheville, pied.

86. L'EQSP 2008 ne détecte toutefois pas d'écart significatif entre les familles monoparentales et les couples sans enfants d'une part, ni entre les couples sans enfant et les types « autre ».

Tableau 5.8

Personnes ayant eu des troubles musculosquelettiques (TMS)¹ selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	30,3
Sexe	
Hommes	25,3
Femmes	35,2
Groupe d'âge	
15-24 ans	22,3
25-44 ans	28,0
45-64 ans	34,9
65 ans et plus	32,9
Composition du ménage	
Personne vivant seule	33,7
Couple sans enfant	31,7
Couple avec enfants	27,3
Famille monoparentale	33,6
Autre	34,0

1. TMS ayant touché au moins une région corporelle et dérangé la personne dans ses activités quotidiennes au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Tableau 5.9

Personnes ayant eu des troubles musculosquelettiques (TMS)¹ selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	30,3
Niveau de scolarité	
Inférieur au DES	32,1
Diplôme d'études secondaires (DES)	32,7
Diplôme ou certificat d'études collégiales ²	31,5
Diplôme d'études universitaires	24,9
Indice du niveau de revenu du ménage	
Quintile 1 (faible)	34,6
Quintile 2 et suivants	29,5
Perception de sa situation financière	
Pauvre ou très pauvre	45,1
À l'aise ou revenus suffisants	28,4
Occupation principale	
Travailleurs	30,3
Étudiants	20,7
Personnes sans emploi	37,9
Retraités	34,2

1. TMS ayant touché au moins une région corporelle et dérangé la personne dans ses activités quotidiennes au cours d'une période de 12 mois.

2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les titulaires d'un diplôme universitaire souffrent de troubles musculosquelettiques dans une moindre proportion que les personnes des autres niveaux (25 % c. 32 % ou 33 %). Ils sont d'ailleurs les seuls à se distinguer significativement des personnes ayant un autre niveau de scolarité. Les TMS sont également associés à l'occupation principale. Les personnes sans emploi en souffrent ainsi davantage que les retraités (38 % c. 34 %), les proportions déclinant ensuite à 30 % chez les travailleurs, puis à 21 % chez les étudiants.

- *Analyse selon quelques indicateurs de santé*

Le fait de vivre avec des douleurs qui limitent les activités normales est lié à la perception de la santé générale et à un aspect négatif de la santé mentale (tableau 5.10). En effet, 58 % des personnes qui estiment avoir une santé passable ou mauvaise souffrent également de troubles musculosquelettiques, comparativement à 23 % des personnes qualifiant leur santé de très bonne ou excellente et à 34 % de celles percevant leur santé comme bonne. Par ailleurs, les individus qui se classent à un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique sont nettement plus nombreux à souffrir de TMS que ceux qui se situent sous ce niveau (49 % c. 25 %).

Tableau 5.10

Personnes ayant eu des troubles musculosquelettiques (TMS)¹ selon certains indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Perception de sa santé	
Excellente ou très bonne	22,8
Bonne	33,9
Passable ou mauvaise	57,8
Niveau de détresse psychologique	
Élevé	48,5
Faible à modéré	24,9
Statut pondéral	
Poids insuffisant	27,9
Poids normal	28,3
Embonpoint	29,8
Obésité	37,9

1. TMS ayant touché au moins une région corporelle et dérangé la personne dans ses activités quotidiennes au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Enfin, les personnes dont le statut pondéral⁸⁷ correspond à une situation d'obésité sont davantage touchées par les TMS (38 %) que les personnes dont le poids est insuffisant (28 %), normal (28 %) ou celles faisant de l'embonpoint (30 %). Cela est vrai pour les hommes⁸⁸, mais les femmes se distinguent plus nettement entre elles sur ce plan. Les proportions de femmes vivant avec des troubles musculosquelettiques augmentent de manière significative avec le statut pondéral, sauf entre les catégories de poids insuffisant et de poids normal. Presque la moitié des femmes obèses souffrent de TMS (46 %), comparativement à moins de 38 % des autres femmes (données non présentées). On constate qu'il y a en proportion toujours plus de femmes atteintes de troubles musculosquelettiques que d'hommes, peu importe le statut pondéral.

87. Le lexique donne la définition de cet indicateur. Pour plus de détails, voir le chapitre 7 « *Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants* ».

88. L'effectif de la catégorie « poids insuffisant » est toutefois trop petit pour assurer une bonne précision des données (coefficient de variation supérieur à 25 %).

- Circonstances des troubles musculosquelettiques

Environ 60 % des personnes vivant avec des TMS associent certaines de leurs douleurs à un travail actuel ou antérieur. Par contre, 48 % assurent que ces douleurs au cou, au dos, aux membres inférieurs ou supérieurs ne sont pas attribuables à un travail actuel ou antérieur (données non présentées). Notons que, chez la même personne, des douleurs situées dans une partie du corps peuvent être liées au travail et d'autres, touchant une autre région corporelle, ne pas l'être. Autrement dit, il y a des chevauchements entre la population ayant des douleurs liées au travail et la population dont les douleurs ne sont pas liées au travail, une même personne pouvant se retrouver dans les deux groupes.

Une certaine proportion des troubles musculosquelettiques n'est donc pas attribuable au travail. On estime à 14 % la proportion de la population québécoise de 15 ans et plus qui présente des TMS touchant au moins une région corporelle qui ne peuvent être attribués à l'exercice d'un travail. Par ailleurs, près du cinquième (18 %) de la population souffre de certains TMS occasionnés par un travail actuel ou antérieur (tableau 5.11).

Tableau 5.11

Personnes ayant eu des troubles musculosquelettiques (TMS)¹ selon la région corporelle et le lien avec le travail, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Région corporelle touchée par le TMS	
Cou	9,5
Dos	14,5
Membres supérieurs	13,5
Membres inférieurs	14,5
TMS lié au travail actuel ou antérieur	
Total	17,8
Cou	5,8
Dos	8,8
Membres supérieurs	8,2
Membres inférieurs	6,4
TMS non lié au travail actuel ou antérieur	
Total	14,2
Cou	3,5
Dos	5,2
Membres supérieurs	4,7
Membres inférieurs	7,4

1. TMS ayant touché au moins une région corporelle et dérangé la personne dans ses activités quotidiennes au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Conclusion

Environ le dixième (11 %) des Québécois de 15 ans et plus ont déclaré avoir été victimes de blessures non intentionnelles assez graves pour limiter leurs activités quotidiennes. Phénomène sexué et générationnel, les blessures non intentionnelles touchent davantage les hommes et les jeunes de 15 à 24 ans. Il va sans dire que le type d'activité pratiquée par ces groupes de population les expose davantage à de telles blessures. Les sports et les exercices physiques sont responsables de blessures chez trois hommes sur dix, tous âges confondus, et chez un jeune de 15-24 ans sur deux. Les jeunes femmes de 15-24 ans se sont blessées en faisant des sports ou exercices physiques dans une proportion de 35%. Chez les femmes en général, ce sont plutôt les tâches ménagères, le travail non rémunéré ou les études qui sont le plus souvent mentionnés comme activités pratiquées au moment de la blessure.

Le nombre de personnes ayant subi des blessures non intentionnelles décline avec l'âge, passant d'environ 18 % chez les 15-24 ans à 7 % chez les 65 ans et plus. Près de la moitié de ces blessures sont des entorses et foulures. Le domicile est le milieu le plus en cause, surtout chez les personnes de 65 ans et plus (67 %). Les jeunes de 15-24 ans se blessent davantage dans les lieux de sport ou de plein air (45 %). Enfin, les chutes sont responsables d'environ 35 % de toutes les blessures non intentionnelles chez la population de 15 ans et plus.

Au total, ce sont environ 3,9 % des Québécois de 65 ans et plus qui ont fait une chute sur une période de douze mois. Ce phénomène est néanmoins plus présent chez les femmes. Les blessures qui surviennent à domicile touchent une proportion importante de la population victime de blessures et victime de chutes. En somme, les blessures non intentionnelles doivent continuer de faire l'objet d'une analyse spécifique, car elles occasionnent une morbidité qui est, selon les circonstances, évitable.

Un peu plus du dixième (12 %) des Québécois de 15 ans et plus ont subi des blessures dues à des mouvements répétitifs. La plupart de ces blessures assez graves pour limiter les activités sont attribuables, au moins en partie, à un travail rémunéré (45 %), mais les sports et les exercices physiques sont aussi en cause une fois sur quatre. Chez les jeunes de 15-24 ans, ce type de blessure est associé le plus souvent aux sports et aux exercices physiques (57 %). Les données sur les blessures dues à des mouvements répétitifs ne permettent pas d'établir de différence statistiquement significative entre les travailleurs et les personnes sans emploi à cet égard.

Environ 30 % des personnes de 15 ans et plus ont ressenti des douleurs musculosquelettiques suffisamment graves pour limiter leurs activités normales sur une période de douze mois. Parmi cette population touchée par au moins un trouble musculosquelettique (TMS), six personnes sur dix attribuent certaines de leurs douleurs à l'exercice d'un travail, ce qui fonde probablement l'appellation de « troubles professionnels ». Néanmoins, 48 % des personnes souffrant de TMS mentionnent que la source de certaines de leurs douleurs n'est pas le travail. En plus de la prévention justifiée en milieu de travail, des actions pourraient éventuellement être entreprises dans les foyers, les centres sportifs, les écoles ou autres milieux de vie pour prévenir de tels troubles.

Aux fins des comparaisons de la population victime de blessure qui a été étudiée dans l'EQSP 2008 avec celle d'autres enquêtes, il est important de rappeler que les phénomènes présentés ont pu être sous-estimés puisque seule la blessure la plus grave était décrite en détail dans les réponses au questionnaire. Cela vaut pour toutes les blessures, incluant les chutes chez les personnes âgées. Cette limite est aussi présente dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de Statistique Canada.

Les données recueillies dans l'EQSP 2008 devraient permettre d'approfondir nos connaissances sur les blessures à l'échelle de la population générale. Elles comportent également un grand potentiel encore inexploité. Les activités les plus en cause dans les blessures non intentionnelles ont été étudiées, mais elles ne l'ont pas été en fonction des parties du corps touchées, du genre de blessure subie ou de la façon dont la blessure s'est produite. Il sera aussi approprié d'étudier l'évolution des circonstances des blessures, étant donné, notamment, la place qu'occupent les sports comme contexte plus ou moins risqué et compte tenu du fait que les sports extrêmes sont de plus en plus populaires. Par ailleurs, les causes de blessures pourraient être examinées selon les circonstances, comme l'ont été les chutes dans le présent chapitre (chutes à domicile par exemple). De même, le phénomène des chutes chez les personnes âgées gagnerait à être analysé davantage avec les données de l'EQSP 2008, notamment à l'échelle des régions sociosanitaires dont la représentativité dans cette enquête est des plus pertinentes.

Références bibliographiques

- ARCAND, R., F. LABRÈCHE, S. STOCK, K. MESSING et F. TISSOT (2000). « Travail et santé », dans : *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 26, p. 525-570.
- HAMEL, D. (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 462 p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 131 p.
- TRICKEY, F., et autres (1999). *Évaluation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.) pour la prévention des chutes chez les aînés*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 141 p.
- ROBITAILLE, Y., et autres (2000). « Accidents avec blessures », dans : *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 15, p. 313-332.

Tableau A.5.1

Blessures entrant dans la catégorie de « blessure sévère »

Types de blessures	Régions du corps
Fracture	Tête, avant-bras, coude, poignet, main, pouce, cou, dos, rachis lombaire, épaule, clavicule, cage thoracique, côte, hanche, bassin, fémur, genou, partie inférieure de la jambe, cheville, pied
Dislocation	Cou, dos, rachis lombaire, hanche, bassin, coude, genou
Lésion des organes internes	Abdomen, cage thoracique, tête
Commotion et autre traumatisme cérébral	Tête
Brûlure	Visage, tête, nez, bouche
Coupure	Œil

Source : Définition de « blessure sévère » adaptée de T.L. LIPSKIE (2000) : *An epidemiologic investigation of snowboarding injuries: Rates and risk factors* [Master thesis in Epidemiology]. Ottawa: University of Ottawa.

Chapitre 6

Santé buccodentaire

Hélène Camirand

Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec

Chantal Galarneau

Unité Habitudes de vie
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Faits saillants

- Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP), 12 % de la population québécoise de 15 ans et plus ne se perçoit pas en bonne santé buccodentaire. Cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (13 % c. 10 %). Les Québécois plus âgés se perçoivent en moins bonne santé buccodentaire que les plus jeunes.
- La proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire est plus importante parmi les moins favorisés économiquement et chez les personnes qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres (respectivement 20 % et 24 %).
- Chez les personnes qui croient que leur état de santé général est passable ou mauvais, 29 % considèrent aussi leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise. Enfin, les fumeurs sont plus nombreux, toutes proportions gardées, à ne pas évaluer favorablement leur santé buccodentaire (19 % c. 9 %).
- En ce qui concerne la proportion de personnes n'ayant aucune dent naturelle, elle est différente chez les hommes et les femmes (9 % c. 13 %). Cette proportion est nettement plus élevée chez les 65 ans et plus (près de 40 %) et continue d'augmenter au-delà de cet âge pour atteindre, par exemple, une proportion de 62 % chez les femmes de 85 ans et plus.
- Au Québec, 79 % des personnes de 15 ans et plus se brossent les dents (ou prothèses) au moins deux fois par jour. Les hommes le font dans une proportion de 69 %, alors que c'est le cas de 88 % des femmes. Cette bonne habitude décroît avec l'âge : la proportion passe de 84 % chez les 15-24 ans à 71 % chez les 65 ans et plus. La proportion de la population qui se brosse les dents au moins deux fois par jour est moindre chez les personnes à faible revenu (74 %), chez les moins scolarisés (70 %) et chez les personnes dont la perception de la santé et de la situation financière est moins bonne (70 % et 72 %). Les fumeurs se brossent les dents selon les recommandations dans une moindre proportion que les non-fumeurs (75 % c. 80 %). Enfin, la présence de dents naturelles est associée au brossage des dents puisque environ 80 % des personnes ayant au moins une dent naturelle suivent les recommandations, tandis que les personnes complètement édentées utilisent la brosse à dents au moins deux fois par jour dans une moindre proportion (70 %).
- Les différences entre hommes et femmes persistent dans les habitudes d'utilisation de la soie dentaire : 25 % des hommes font usage de la soie dentaire tous les jours contre 42 % des femmes. Contrairement au brossage des dents, l'habitude de la soie dentaire au quotidien présente une hausse avec l'âge. Les 45 ans et plus sont plus nombreux (au moins 37 %) à utiliser la soie dentaire tous les jours. Le profil socioéconomique des Québécois semble peu lié à l'usage de la soie dentaire.

Introduction

L'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2008* (EQSP) dispose de quelques indicateurs en matière de santé buccodentaire; ceux-ci ont été établis à l'aide d'un questionnaire administré lors d'entrevues téléphoniques. Bien que l'enquête n'ait pas eu recours à un examen buccodentaire, un portrait de l'état de la santé buccodentaire de la population du Québec de 15 ans et plus peut être dressé.

Le présent chapitre vise à cerner les caractéristiques sociodémographiques associées à une pauvre perception de sa santé buccodentaire afin de déterminer les groupes les plus à risque. Il permet également de voir quels sous-groupes de la population québécoise suivent moins les recommandations en matière d'hygiène dentaire afin de mettre en place des interventions mieux adaptées à leurs besoins.

Ce chapitre présentera d'abord les aspects méthodologiques, soit la définition des indicateurs et la portée et les limites des données. Ensuite, il fera état des résultats portant sur la perception de la santé buccodentaire et sur les Québécois de 15 ans et plus qui n'ont plus leurs dents naturelles. Deux habitudes en matière d'hygiène buccodentaire seront aussi décrites, soit le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire, sous l'angle de quelques caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques. Les différences signalées dans le texte sont statistiquement significatives à moins d'indication contraire. Il sera donc possible d'examiner dans la conclusion si les inégalités sur le plan de la santé buccodentaire persistent entre les différents groupes d'âge, entre les hommes et les femmes et selon la dimension socioéconomique.

6.1 Aspects méthodologiques

6.1.1 Perception de la santé buccodentaire

La perception de la santé buccodentaire est mesurée à partir d'une seule question (Q19); le répondant de l'EQSP 2008 devait évaluer, à partir d'une des catégories suivantes, l'état de santé de ses dents et de sa bouche : excellent, très bon, bon, passable, mauvais. La répartition de la population dans ces catégories sera présentée, mais seulement la population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire fera l'objet d'une analyse, c'est-à-dire les personnes ayant choisi les catégories « passable » ou « mauvais ».

En prenant en compte la perception de l'individu liée à ses caractéristiques personnelles et sociales, il est possible d'observer la santé buccodentaire en dehors du cadre de l'évaluation clinique. Cette mesure offre un portrait plus global de la santé buccodentaire qui tient compte des critères des individus (Benigeri, 2000).

6.1.2 Édentation

Cet indicateur permet de documenter la prévalence de l'édentation complète au Québec afin de s'assurer que les personnes ne possédant aucune dent naturelle puissent bénéficier de conseils et des soins nécessaires au maintien d'une santé buccale optimale.

L'indicateur est construit à partir de deux questions (Q21 et Q22) qui permettent de savoir si le répondant de l'EQSP 2008 a au moins une dent naturelle au maxillaire supérieur et au moins une dent naturelle au maxillaire inférieur. Les personnes ayant répondu « non » aux deux questions n'ont aucune dent naturelle. Par ailleurs, l'EQSP 2008 ne permet pas de distinguer, parmi les personnes complètement édentées, celles qui ont des prothèses. On ne connaît pas non plus l'existence des prothèses chez les personnes qui auraient au moins une dent naturelle. D'un autre côté, on peut émettre l'hypothèse que la grande majorité des personnes complètement édentées portent des prothèses.

Le fait de conserver ses dents naturelles est de plus en plus valorisé dans notre société actuelle. Ainsi, certaines personnes éprouvent peut-être de la gêne en ce qui concerne leur édentation. Cela pourrait entraîner une sous-estimation du nombre de personnes édentées, d'autant plus que la collecte des données a été faite au moyen d'entrevues téléphoniques et non à l'aide d'un examen buccodentaire.

6.1.3 Fréquence du brossage des dents (ou prothèses)

Issues de la question sur la fréquence du brossage des dents (Q20), les catégories « plus de deux fois par jour » et « deux fois par jour » ont été regroupées afin de calculer la proportion de la population se brossant les dents au moins deux fois par jour. Cette dernière fréquence est recommandée pour prévenir les problèmes en matière de santé buccodentaire (Chestnutt et autres, 1998; Davies et autres, 2003).

Les résultats concernant la fréquence du brossage devraient être interprétés avec prudence considérant que d'autres facteurs peuvent aussi influencer l'efficacité du brossage des dents. En effet, la mesure du brossage des dents comporte six dimensions principales qui ont cette influence (Gallagher et autres, 2009; Chestnutt et autres, 1998; Davies et autres, 2003) : la fréquence, la durée, la technique, le moment, le rinçage et l'utilisation de dentifrice fluoré.

Le dentifrice fluoré est reconnu par les autorités de santé publique comme une mesure de choix pour prévenir la carie dentaire; de fait, il est commode, culturellement bien accepté et son utilisation est bien répandue dans la population (Marinho et autres, 2003). L'application d'un tel dentifrice doit se faire à l'aide du brossage des dents : celui-ci devient donc son principal véhicule (Lewis et Ismail, 1995).

6.1.4 Fréquence de l'utilisation de la soie dentaire

La question sur la fréquence de l'utilisation de la soie dentaire (Q23) s'adresse aux répondants ayant au moins une dent naturelle. Les catégories « plus d'une fois par jour » et « une fois par jour », incluses dans cette question, ont été regroupées afin de calculer la proportion de la population utilisant la soie dentaire tous les jours. Cette dernière fréquence d'utilisation est recommandée et fait partie des bonnes habitudes à adopter en matière d'hygiène (Lewis et Ismail, 1995); en effet, elle contribue à l'apparence esthétique des dents et permet de lutter contre la mauvaise haleine (Briesbrock et autres, 2006). Plusieurs organismes professionnels considèrent la soie dentaire comme une mesure d'hygiène buccodentaire essentielle.

L'utilisation quotidienne ou régulière de la soie dentaire favoriserait une meilleure santé dentaire. Toutefois, selon la technique utilisée, l'efficacité de la soie dentaire pourrait varier (Hujoel et autres, 2006). L'EQSP 2008 ne permet pas d'observer la technique utilisée, uniquement la fréquence.

Le passage de la soie dentaire entre les dents est une mesure préventive qui requiert une certaine habileté et de la dextérité. Des recherches ont d'ailleurs démontré que peu de personnes font cet exercice adéquatement. De telles difficultés pourraient avoir une influence sur la motivation à faire cet exercice et sur l'acceptabilité de cette mesure préventive (Berchier et autres, 2008).

Notons que d'autres accessoires peuvent être utilisés pour le nettoyage des espaces interproximaux, mais ceux-ci n'ont pas été pris en compte dans l'enquête.

6.2 Résultats

6.2.1 Perception de la santé buccodentaire

Le concept de la santé buccodentaire a toujours été intimement lié aux mesures cliniques de la carie et des maladies parodontales (Benigeri, 2000). Or, la maladie n'est qu'un des aspects de la mesure de la santé buccodentaire. L'émergence du mouvement de promotion de la santé a redéfini la santé en mettant l'accent, d'une part, sur la perception que les individus ont de leur santé et, d'autre part, sur les aspects environnementaux, socioculturels et économiques liés à la santé (WHO, 1987). Cette nouvelle définition interpelle également le milieu dentaire. Ainsi, pour mieux appréhender la santé buccodentaire dans sa globalité, il est nécessaire d'utiliser des indicateurs qui mesurent la perception que les

individus ont de leur propre santé buccodentaire (Gift, 1997). Ces indicateurs permettent de prendre en compte d'autres facteurs que la maladie, comme les dimensions fonctionnelles et sociales rattachées à la santé buccodentaire (Atchison et autres, 1993). Cela est d'autant plus important que souvent la perception des personnes diffère des évaluations cliniques (Atchison et autres, 1993; Matthias et autres, 1993).

- *Analyse selon certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques*

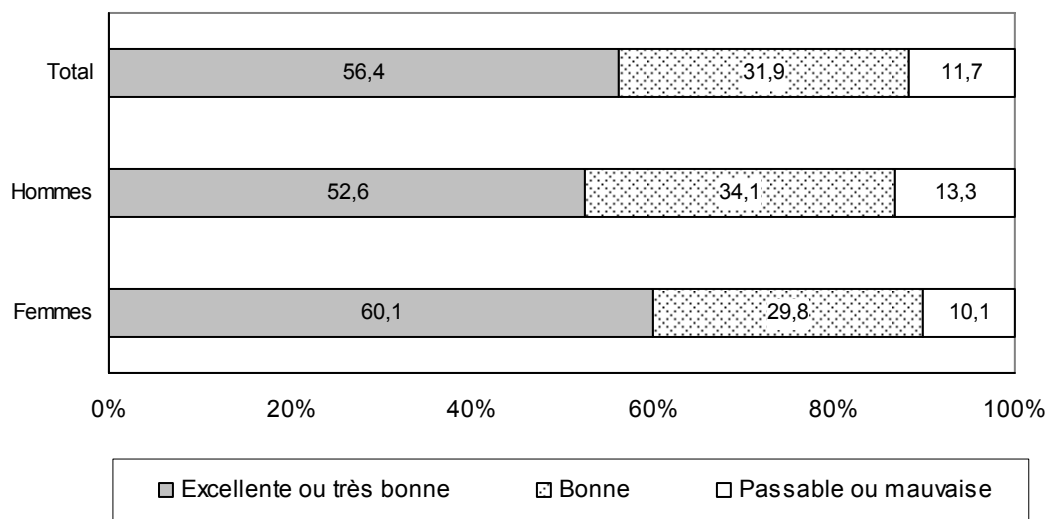
Selon les données de l'EQSP 2008, la majorité des Québécois qualifient leur santé buccodentaire de très bonne ou d'excellente; cela est davantage le cas chez les femmes (60 % c. 53 % chez les hommes) (figure 6.1). Toutes proportions gardées, les hommes sont plus nombreux que les femmes à se percevoir en moins bonne santé buccodentaire (passable ou mauvaise) (13 % c. 10 %). Cet écart est présent dans tous les groupes d'âge bien que cette différence ne soit pas significative dans les groupes des 15-24 ans et des 65 ans et plus (figure 6.2).

L'âge est associé à la mauvaise perception de sa santé buccodentaire puisque les plus âgés sont plus nombreux à admettre que leur santé buccodentaire est passable ou mauvaise (tableau 6.1). L'écart n'est toutefois pas significatif entre les deux groupes d'âge les plus jeunes.⁸⁹

La composition du ménage est associée à la perception négative de sa santé buccodentaire. Chez les personnes vivant seules et les familles monoparentales, environ 13 % ne se perçoivent pas en bonne santé buccodentaire. Les personnes membres d'un couple avec ou sans enfant sont moins nombreuses à qualifier leur santé dentaire de passable ou mauvaise (respectivement 10 % et 11 %)⁹⁰. Enfin, les Québécois vivant dans des ménages « autres » sont plus nombreux à déclarer ne pas avoir une bonne santé buccodentaire (18 %) (voir le chapitre 2 pour la description de ces ménages).

Figure 6.1

Perception de sa santé buccodentaire selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



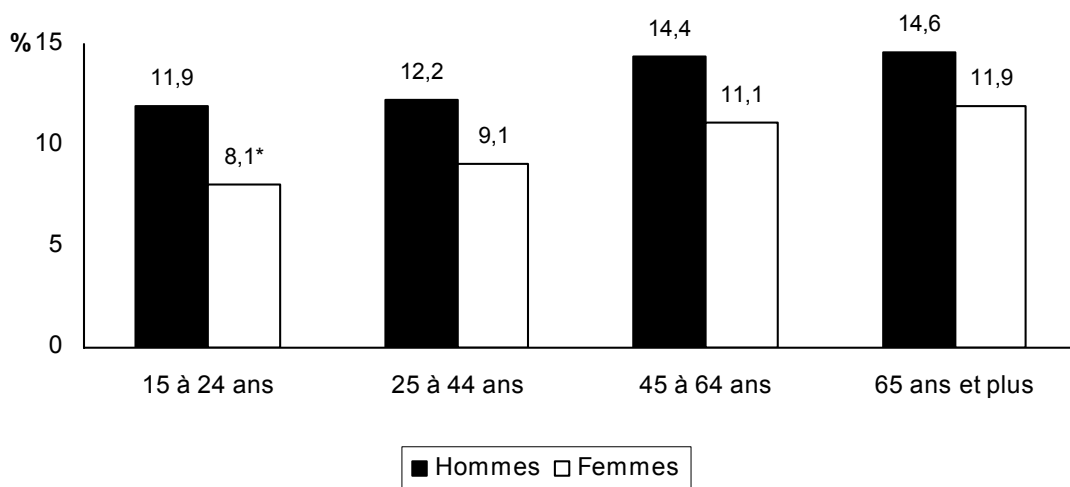
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

89. Si l'on reprend les groupes d'âge utilisés dans des plans de surveillance québécois (tel le Plan ministériel de surveillance multithématique) pour présenter les résultats de l'EQSP 2008, on observe les proportions suivantes quant au sentiment de ne pas avoir une bonne santé buccodentaire : 12 % des 18 ans et plus, 10 % des 18-24 ans et 11 % des 35-44 ans (données non présentées).

90. Il n'y a toutefois pas d'écart significatif entre les familles monoparentales et les couples avec enfants.

Figure 6.2

Perception de sa santé buccodentaire passable ou mauvaise selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008.

La perception de sa santé buccodentaire est liée de manière significative au fait d'être immigrant et à la langue parlée à la maison. En effet, on constate que les immigrants anciens et récents sont plus nombreux (respectivement 20 % et 21 %) à évaluer négativement leur santé buccodentaire que les personnes nées au Canada (10 %). L'état de la santé buccodentaire est perçu différemment selon la langue parlée à la maison. Les personnes ne parlant ni le français ni l'anglais sont plus nombreuses, toutes proportions gardées, à considérer leur santé dentaire comme passable ou mauvaise (23 % c. 11 % des personnes qui parlent au moins le français et 15 %, l'anglais mais pas le français).

La perception de sa santé buccodentaire varie selon le niveau de scolarité (tableau 6.2). Ainsi, le sentiment d'avoir une santé buccodentaire passable ou mauvaise est plus présent chez les personnes dont le niveau de scolarité est inférieur au diplôme d'études secondaires (17 %) et moins présent chez les universitaires (8 %). L'écart n'est toutefois pas significatif entre les personnes possédant un diplôme d'études secondaires et celles détenant un diplôme d'études collégiales. D'autre part, il faut prendre en compte que la scolarité est nettement associée à l'âge, ce qui peut constituer un facteur confondant; de fait, les aînés (65 ans et plus) sont surreprésentés dans le niveau de scolarité le plus faible (53 %).

Tableau 6.1

Perception de sa santé buccodentaire passable ou mauvaise selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	11,7
Sexe	
Hommes	13,3
Femmes	10,1
Groupe d'âge	
15-24 ans	10,0
25-44 ans	10,7
45-64 ans	12,7
65 ans et plus	13,1
Composition du ménage	
Personne vivant seule	13,2
Couple sans enfant	10,3
Couple avec enfants	10,7
Famille monoparentale	13,1
Autre	17,7
Naissance au Canada ou durée de résidence	
Né au Canada	10,4
Au Canada depuis moins de 5 ans	20,9*
Au Canada depuis 5 ans et plus	20,1
Langue parlée à la maison	
Au moins le français	10,8
Au moins l'anglais mais pas le français	15,0
Ni français ni anglais	22,5

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les personnes qui sont économiquement moins favorisées admettent ne pas avoir une bonne santé buccodentaire dans une plus grande proportion que les autres (20 % c. 10 %). D'ailleurs, l'écart est aussi perceptible selon la perception de sa situation financière : près du quart des personnes se considérant pauvres ou très pauvres (24 %) estiment que leur santé buccodentaire est passable ou mauvaise, tandis que c'est le cas d'une personne sur 10 chez celles se considérant à l'aise ou ayant des revenus suffisants. Pour ce qui est de l'occupation principale des personnes de 15 ans et plus, ce sont les personnes sans emploi qui sont les plus nombreuses à croire que leur santé buccodentaire est passable ou mauvaise (20 % c. 9 % chez les étudiants, 11 % chez les travailleurs et 12 % chez les retraités). En raison des coûts élevés des soins buccodentaires et du fait que peu d'entre elles disposent d'une assurance-soins dentaires privée, les personnes provenant de milieux défavorisés sont moins nombreuses à utiliser les services d'un dentiste de façon préventive. Le dentiste est surtout consulté si un problème ou des symptômes se présentent (Bedos, 2004). Les personnes moins favorisées ont, par conséquent, plus de besoins non comblés en matière de traitements et subissent davantage d'extractions, ce qui accentue leur perception négative.

Tableau 6.2

Perception de sa santé buccodentaire passable ou mauvaise selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	11,7
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	17,1
Diplôme d'études secondaires (DES)	11,1
Diplôme ou certificat d'études collégiales ¹	10,1
Diplôme d'études universitaires	8,3
Indice du niveau de revenu du ménage	
Quintile 1 (faible)	19,7
Quintile 2 et suivants	9,7
Perception de sa situation financière	
Pauvre ou très pauvre	23,6
À l'aise ou revenus suffisants	10,1
Occupation principale	
Travailleurs	10,9
Étudiants	9,3
Personnes sans emploi	19,6
Retraités	12,2

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

- *Analyse selon certains indicateurs de santé et certaines habitudes d'hygiène dentaire*

Près d'un fumeur sur cinq (19 %) est d'avis que sa santé buccodentaire est passable ou mauvaise, alors que les non-fumeurs sont moins nombreux à évaluer négativement cet aspect de leur vie (9 %) (tableau 6.3). L'usage du tabac constitue un facteur de risque important de plusieurs affections buccales, notamment les cancers de la bouche et du larynx ainsi que les maladies parodontales (ODQ, 2005). Il est aussi connu pour ses effets néfastes; de fait, l'usage du tabac affecte l'esthétique des dents (la coloration, les obturations ou les prothèses), le goût, l'haleine et l'odorat. Il n'est donc pas surprenant de constater que les fumeurs se perçoivent en moins bonne santé buccodentaire.

La perception de sa santé en général et la perception de sa santé buccodentaire sont liées. Les Québécois qui considèrent leur santé en général comme passable ou mauvaise sont nettement plus nombreux à qualifier de la même façon leur santé buccodentaire (29 % c. 16 % [bonne] et 6 % [excellente ou très bonne]).

La proportion de personnes qui sont d'avis que leur santé buccodentaire est passable ou mauvaise est plus grande chez les personnes se situant à un niveau élevé de détresse psychologique que chez celles dont le niveau de détresse est faible ou modéré (19 % c. 9 %).

Environ 12 % des Québécois qui ont au moins une dent naturelle qualifient leur santé buccodentaire de passable ou mauvaise (tableau 6.4). Ces Québécois sont plus nombreux à la qualifier ainsi que les personnes qui n'ont aucune dent naturelle (9 %), celles-ci se croyant peut-être davantage à l'abri des pathologies touchant la santé buccodentaire et de la douleur qu'elles peuvent entraîner.

Tableau 6.3

Perception de sa santé buccodentaire passable ou mauvaise selon certains comportements ou indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	11,7
Statut de fumeur	
Fumeur actuel	19,0
Non-fumeur	9,4
Perception de sa santé	
Excellente ou très bonne	5,8
Bonne	16,0
Passable ou mauvaise	28,5
Niveau de détresse psychologique	
Faible à modéré	9,4
Élevé	18,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Chez les personnes qui se brossent les dents ou les prothèses au moins deux fois par jour, 9 % ont une mauvaise perception de leur santé buccodentaire. Quant à celles qui ne se plient pas à cette recommandation d'hygiène, elles sont plus nombreuses à avoir une mauvaise perception de leur santé buccodentaire (22 %). C'est donc dire que le cinquième des personnes qui ne se brossent pas les dents au moins deux fois par jour ont une piètre perception de leur santé buccodentaire. Des différences sont également notées à ce chapitre selon la fréquence de l'utilisation de la soie dentaire. Ainsi, les personnes ayant au moins une dent naturelle qui utilisent la soie dentaire moins d'une fois par jour sont plus nombreuses, toutes proportions gardées, à déclarer qu'elles n'ont pas une bonne santé buccodentaire que celles qui l'utilisent au moins une fois par jour (14 % c. 8 %). Le fait d'avoir de saines habitudes en matière d'hygiène buccodentaire permet de prévenir les maladies de la bouche et favoriserait ainsi une meilleure perception de la santé buccodentaire.

Tableau 6.4

Perception de sa santé buccodentaire passable ou mauvaise selon certaines situations ou habitudes d'hygiène dentaire, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	11,7
Nombre de dents naturelles	
Aucune dent	9,3
Au moins une dent	11,9
Fréquence du brossage (dents ou prothèses)	
Moins de deux fois par jour	21,8
Au moins deux fois par jour	8,9
Utilisation de la soie dentaire	
Moins d'une fois par jour	13,6
Au moins une fois par jour	8,4

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

6.2.2 Édentation

L'édentation complète ou le fait de ne plus avoir de dents naturelles peut entraîner des répercussions sur les plans psychologique, social et physique tels des problèmes d'élocution, de mastication, de nutrition, d'esthétique et d'estime de soi en plus de créer un fardeau financier lié à la fabrication et au remplacement des prothèses dentaires (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). C'est pourquoi la réduction du nombre de personnes édentées est l'un des objectifs en matière de santé buccodentaire de l'Organisation mondiale de la Santé d'ici l'an 2020 (Hobdell et autres, 2003). Le Québec a enregistré dans le passé des taux d'édentation complète supérieurs à ceux de la plupart des pays industrialisés : en 1993, 14 % chez les 35-44 ans et 58 % chez les 65 ans et plus (Brodeur et autres, 1995). Les données de l'EQSP montrent qu'en 2008, 40 % des personnes de 65 ans et plus n'ont plus de dents naturelles (tableau 6.5), ce qui permet de supposer que les courbes de tendance des enquêtes québécoises (Brodeur et autres, 1995) sont à la baisse et pourraient éventuellement confirmer l'hypothèse d'une réduction des écarts entre le Québec et les États-Unis.

La proportion de la population de 15 ans et plus n'ayant aucune dent naturelle au maxillaire inférieur est de 21 %. La proportion de la population n'ayant aucune dent naturelle au maxillaire supérieur est de 11 % (données non présentées). On peut supposer que les personnes sont plus réticentes à faire extraire leurs dents supérieures, probablement par souci d'esthétisme. Les données révèlent également que 21 % des personnes sont édentées sur au moins un maxillaire. À titre d'information, ce pourcentage était de 44 % chez les Québécois de 16 ans et plus en 1980 (Duquette et autres, 1981, référence citée dans Brodeur, 1995). Dans le même sondage téléphonique, 26 % admettaient n'avoir aucune dent naturelle alors que la proportion obtenue par l'EQSP en 2008 est de 12 %.

- *Analyse selon certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques*

L'âge de la personne est nettement associé à l'édentation complète⁹¹ (tableau 6.5). Plusieurs associations entre cette variable et d'autres déterminants de la santé ne font que refléter cette différence entre les groupes d'âge. Par exemple, il y a une forte majorité de retraités chez les 65 ans et plus (87 %). Les personnes vivant seules ou en couple sans enfant sont beaucoup plus nombreuses parmi les Québécois de 65 ans et plus (32 % et 54 % respectivement). C'est évidemment dans cette tranche d'âge que l'on retrouve le plus fort pourcentage de personnes complètement édentées (40 % c. 13 % chez les 45-64 ans). Les personnes complètement édentées sont très peu nombreuses chez les moins de 45 ans.

Tableau 6.5

Personnes complètement édentées selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	11,0
Hommes	8,6
Femmes	13,3
15-24 ans	0,6**
25-44 ans	0,6*
45-64 ans	13,1
65 ans et plus	39,6

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

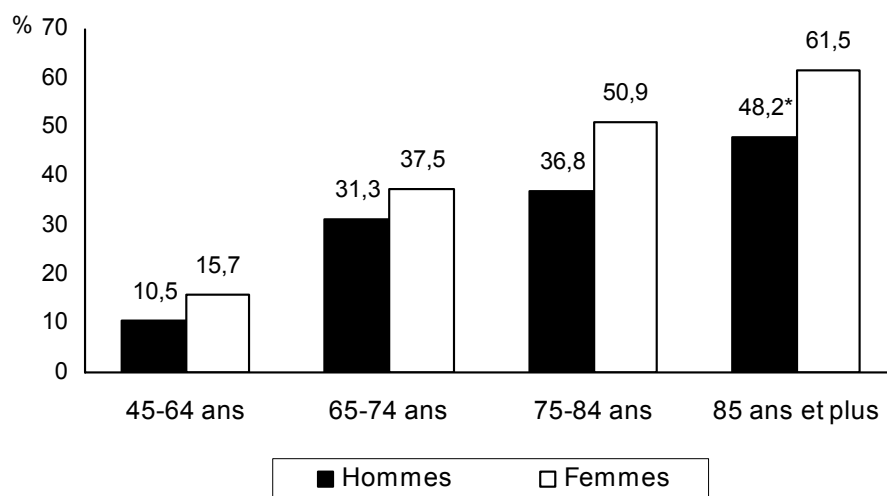
91. Si l'on reprend les groupes d'âge utilisés dans des enquêtes québécoises de santé buccodentaire pour présenter les résultats de l'EQSP 2008, on observe les taux d'édentation suivants (données présentées à titre indicatif seulement) : 18-24 ans, 0,2 %; 25-34 ans, 0 %; 35-44 ans, 1,1 %; 45-54 ans, 7 %; 55-64 ans, 19,5 %; et 65 ans et plus, 39,6 %.

Alors pourquoi ne pas observer les personnes âgées sous l'angle de l'édentation (figure 6.3). Faute de précision des données pour la population de 85 ans et plus, l'écart entre les sexes n'est pas significatif dans ce groupe. Toutefois, il est évident qu'au-delà de 45 ans, les femmes sont toujours nettement plus nombreuses que les hommes, toutes proportions gardées, à n'avoir aucune dent naturelle en bouche.

Sur le plan de la scolarité, bien que plusieurs jeunes n'aient pas terminé leurs études secondaires, bon nombre de personnes de 65 ans et plus n'ont pas fait de telles études. C'est probablement la raison pour laquelle les personnes détenant un diplôme de niveau inférieur au diplôme d'études secondaires présentent la plus grande proportion de personnes complètement édentées (26 %) (tableau 6.6). Par ailleurs, sur le plan du revenu, une personne sur cinq se classant dans le quintile inférieur de revenu n'a plus de dents naturelles. Lorsque cette personne au revenu inférieur a 65 ans ou plus, elle est beaucoup plus susceptible d'être complètement édentée (donnée non présentée). Enfin, les personnes de 15 ans et plus se percevant comme pauvres ou très pauvres se distinguent de celles ne se considérant pas de cette façon puisque 17 % d'entre elles n'ont plus de dents naturelles contre 10 %.

Figure 6.3

Personnes complètement édentées selon le sexe et l'âge, population de 45 ans et plus, Québec, 2008



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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Il a été démontré dans des enquêtes précédentes que le taux d'édentation est inférieur chez les anglophones et que la langue parlée influence les habitudes d'hygiène buccodentaire. Effectivement, selon les résultats de l'EQSP 2008, les personnes parlant au moins le français sont plus nombreuses (12 %) à n'avoir aucune dent naturelle, tandis que seulement 4,3 % des personnes ne parlant pas le français mais l'anglais seraient complètement édentées. Toutefois, ce dernier résultat devrait être interprété avec prudence (niveau de précision passable) (données non présentées). En ce qui concerne le lieu de naissance, les données ne sont pas assez précises pour être examinées.

Tableau 6.6

Personnes complètement édentées selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	11,0
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	26,0
Diplôme d'études secondaires (DES)	10,2
Diplôme ou certificat d'études collégiales ¹	5,4
Diplôme d'études universitaires	2,5
Indice du niveau de revenu du ménage	
Quintile 1 (faible)	20,0
Quintile 2 et suivants	8,4
Perception de sa situation financière	
Pauvre ou très pauvre	16,9
À l'aise ou revenus suffisants	10,0

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les personnes qui n'ont plus de dents naturelles les ont généralement perdues après avoir eu un important nombre de caries ou en raison d'une grave maladie de la gencive. Cependant, comme nous l'avons vu dans la section portant sur la perception de la santé buccodentaire, les personnes complètement édentées sont moins nombreuses à dénigrer leur santé buccodentaire. Par contre, elles représentent plus du quart des personnes qui considèrent leur état de santé général comme passable ou mauvais (26 %) (données non présentées). L'absence de dents naturelles en bouche peut induire chez les personnes édentées un sentiment de fausse sécurité laissant croire qu'elles ne sont plus vulnérables aux pathologies buccales. Cette condition buccale les amène très souvent à consulter les professionnels de la santé buccodentaire à des intervalles très longs ou tout simplement si des symptômes apparaissent. Les personnes édentées qui ne bénéficient pas de soins buccodentaires réguliers sont susceptibles de développer des lésions des tissus mous provoquées par des médicaments, des affections systémiques, l'exposition au tabac ou encore par des appareils prothétiques qui ne sont pas complètement fonctionnels, adaptés ou maintenus correctement en place (Bourgeois et autres, 2005).

6.2.3 Brossage des dents

Le brossage des dents fait partie des bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire et est recommandé pour plusieurs raisons. Il aide à prévenir les maladies des gencives. Les experts s'entendent pour dire que, à cause de son effet sur la plaque dentaire, le fait de brosser les dents au moins deux fois par jour serait suffisant pour prévenir les gingivites (Davies et autres, 2003; Lewis et Ismail, 1995). Le brossage des dents, généralement fait avec un dentifrice fluoré, sert aussi de principal véhicule pour l'application du fluorure, dont on connaît l'effet protecteur pour la carie dentaire. La recherche scientifique a d'ailleurs démontré que le fait de brosser les dents au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré permettrait de réduire significativement l'incidence de la carie dentaire (Davies et autres, 2003; Marinho et autres, 2003; Lewis et Ismail, 1995). Enfin, le brossage des dents contribue à l'apparence esthétique des dents et combat la mauvaise haleine (Davies et autres, 2003; Lewis et Ismail, 1995).

Le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 recommande la promotion et l'enseignement de cette saine habitude d'hygiène buccodentaire et a comme objectif, pour 2012, l'augmentation du nombre de personnes se brossant les dents au moins deux fois par jour (MSSS, 2006).

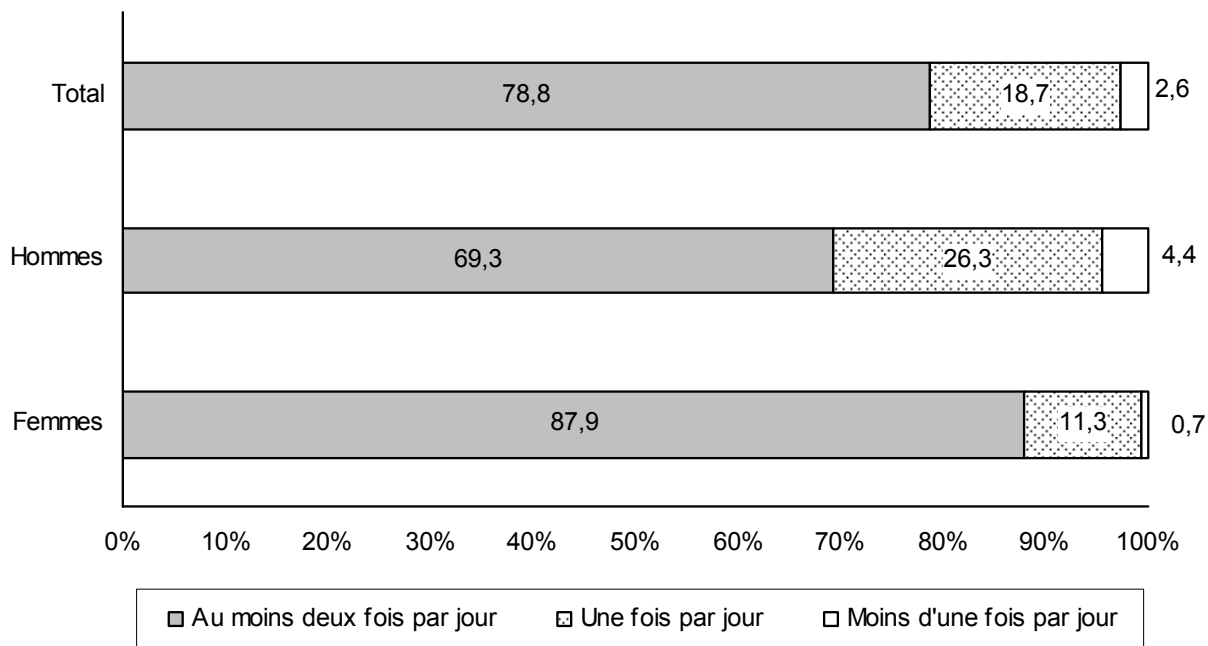
- *Analyse selon certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques*

Le fait de se brosser les dents au moins deux fois par jour montre une différence selon le sexe (figure 6.4). Toutes proportions gardées, les hommes adoptent moins ce comportement que les femmes (69 % c. 88 %). Cette surreprésentation féminine est notée dans tous les groupes d'âge (figure 6.5); les jeunes femmes sont cependant les championnes dans l'épreuve du brossage des dents (91 %).⁹²

Notons que la proportion des femmes de 35 à 44 ans se brossant les dents au moins deux fois par jour atteint 89 % en 2008, alors que l'objectif du plan d'action pour 2012 est fixé à plus de 85 % chez les adultes de 35-44 ans (la valeur de référence pour les femmes étant 67 % en 1994-1995). Chez les hommes du même âge, la proportion est de 75 % (données non présentées). Bien que les hommes n'aient pas atteint le but visé, ils montrent une nette amélioration dans l'adoption de ce comportement préventif (75 % c. 54 % en 1994-1995)⁹³ (Brodeur, 1998).

Figure 6.4

Fréquence du brossage des dents (ou prothèses) selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



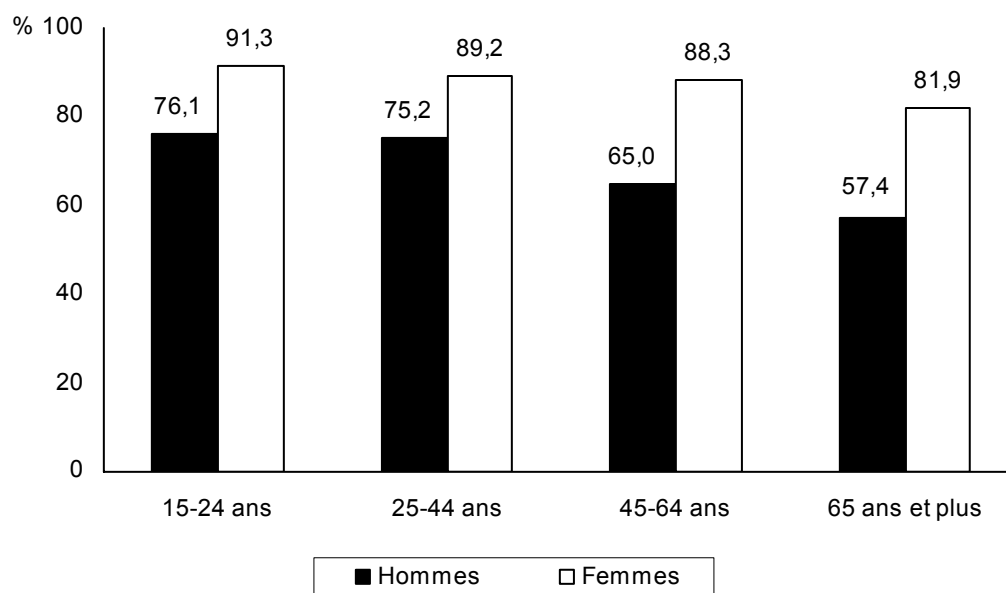
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

92. En complément du tableau 6.7, si l'on reprend les groupes d'âge utilisés dans des enquêtes québécoises de santé buccodentaire pour présenter les résultats de l'EQSP 2008, on observe la répartition suivante des personnes se brossant les dents au moins deux fois par jour : 79 % des 18 ans et plus, 84 % des 18-24 ans, 82 % des 25-34 ans et 82 % des 35-44 ans.

93. L'écart est approximatif et pourrait être en partie attribuable à la méthodologie différente des deux enquêtes.

Figure 6.5

Brossage des dents (ou prothèses) au moins deux fois par jour selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Le fait de se brosser les dents au moins deux fois par jour est associé à la composition du ménage (tableau 6.7). Les membres de familles monoparentales sont aussi nombreux que les couples avec enfants à avoir cette habitude (83 % et 81 % respectivement), alors que les membres de couples sans enfant ou de ménages « autres » affichent une proportion moindre sur ce plan (76 % et 75 %). Les personnes vivant seules ne se distinguent pas non plus significativement des personnes faisant partie d'un ménage « autre » (78 % et 75 %). Bien que la surreprésentation des familles où vivent des enfants soit légère sur le plan du brossage biquotidien, elle permet de constater que cette bonne habitude d'hygiène est répandue dans le milieu familial et que les enfants y sont exposés. D'ailleurs, ce sont les familles où vivent un ou deux enfants de 14 ans et moins qui connaissent la plus grande proportion d'adeptes du brossage de dents au moins deux fois par jour (respectivement 83 % et 84 %). À ce jour, au Québec, les enfants d'âge préscolaire et scolaire ainsi que leur famille ont toujours constitué une cible d'intervention prioritaire quant à la promotion de saines habitudes d'hygiène buccodentaire. Cela peut expliquer en partie les résultats obtenus dans cette enquête. D'autre part, les familles comptant trois jeunes de cet âge ou plus sont comparables à celles qui n'ont pas d'enfant de cet âge (78 % et 77 % respectivement). La dimension culturelle et la surcharge des tâches reliées aux familles plus nombreuses sont peut-être des facteurs qui expliquent la différence dans les comportements.

En ce qui concerne le brossage des dents selon les recommandations, l'EQSP 2008 n'a pas détecté de lien significatif avec le fait d'être né au Canada ou la langue parlée à la maison.

Les Québécois détenant un diplôme universitaire sont plus nombreux à brosser leurs dents au moins deux fois par jour que les autres Québécois (84 %) (tableau 6.8). À l'autre extrémité, les personnes détenant un diplôme de niveau inférieur au diplôme d'études secondaires sont les moins nombreuses, toutes proportions gardées, à agir ainsi (70 %). Les catégories moyennes se distinguent aussi l'une de l'autre, ce qui suppose une tendance à la hausse à mesure que le niveau de scolarité augmente. La scolarisation des individus jouerait un rôle dans la connaissance des saines habitudes d'hygiène buccodentaire recommandées, et contribuerait même à l'adoption de ces comportements préventifs.

Tableau 6.7

Brossage des dents (ou prothèses) au moins deux fois par jour selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	78,8
Sexe	
Hommes	69,3
Femmes	87,9
Groupe d'âge	
15-24 ans	83,5
25-44 ans	82,1
45-64 ans	76,8
65 ans et plus	71,2
Composition du ménage	
Personne vivant seule	78,1
Couple sans enfant	75,7
Couple avec enfants	80,9
Famille monoparentale	82,6
Autre	75,5
Nombre d'enfants de 14 ans et moins¹	
Aucun enfant	77,2
Un enfant	82,9
Deux enfants	83,6
Trois enfants ou plus	78,3

1. Enfants faisant partie du ménage du répondant.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les personnes économiquement moins favorisées ou qui se perçoivent comme telles sont moins enclines à suivre la recommandation du brossage (74 % c. 80 % pour les quintiles plus élevés et 72 % c. 80 % pour les personnes ne se percevant pas pauvres). Si l'on observe l'occupation principale des personnes de 15 ans et plus, les retraités et les personnes sans emploi se comportent de la même façon (respectivement 7 % et 74 %) en étant moins nombreux que les travailleurs (80 %) et encore moins que les étudiants (86 %) à se brosser les dents au moins deux fois par jour.

Tableau 6.8

Brossage des dents (ou prothèses) au moins deux fois par jour selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	78,8
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	70,4
Diplôme d'études secondaires (DES)	78,8
Diplôme ou certificat d'études collégiales ¹	81,3
Diplôme d'études universitaires	84,4
Indice du niveau de revenu du ménage	
Quintile 1 (faible)	73,7
Quintile 2 et suivants	80,1
Perception de sa situation financière	
Pauvre ou très pauvre	72,1
À l'aise ou revenus suffisants	79,7
Occupation principale	
Travailleurs	79,6
Étudiants	85,7
Personnes sans emploi	74,1
Retraités	72,9

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

- *Analyse selon certains indicateurs de santé et certaines habitudes d'hygiène dentaire*

Les fumeurs sont moins enclins à se brosser les dents que les non-fumeurs. Trois sur quatre le font selon les recommandations alors que c'est le cas de huit non-fumeurs sur dix (tableau 6.9).

Le brossage des dents est associé à la perception de sa santé en général. Ainsi, les personnes qualifiant leur santé d'excellente ou de très bonne sont plus nombreuses à se brosser les dents selon les recommandations (83 %), tandis que trois sur quatre estimant que leur santé est « bonne » adoptent ce comportement. Enfin, la proportion de personnes qui se brossent les dents au moins deux fois par jour est moindre (70 %) chez celles considérant comme passable ou mauvaise leur santé.

Par ailleurs, selon l'EQSP 2008, un léger écart est observé en fonction du niveau de détresse psychologique. De fait, les personnes chez qui ce niveau est élevé suivent les recommandations dans une moindre mesure que les autres (77 % c. 80 %).

Tableau 6.9

Brossage des dents (ou prothèses) au moins deux fois par jour selon certains comportements ou indicateurs de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	78,8
Statut de fumeur	
Fumeur actuel	74,9
Non-fumeur	80,0
Perception de sa santé	
Excellente ou très bonne	82,7
Bonne	75,1
Passable ou mauvaise	69,8
Niveau de détresse psychologique	
Faible à modéré	79,6
Élevé	77,2

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Pour 89 % des personnes ayant au moins une dent naturelle, une bonne habitude ne vient jamais seule : si elles utilisent la soie dentaire quotidiennement, elles se brossent aussi les dents au moins deux fois par jour. Ces personnes sont donc plus nombreuses à se brosser les dents selon les recommandations que celles qui n'utilisent pas la soie dentaire tous les jours (tableau 6.10); malgré tout, les trois quarts de ces dernières se brossent les dents au moins deux fois par jour.

Peu importe la présence de dents naturelles, les femmes se brossent toujours les dents au moins deux fois par jour dans une plus grande proportion que les hommes (voir le tableau en annexe du chapitre). Comme l'indique le tableau 6.10, la fréquence du brossage des dents (ou des prothèses) varie selon le fait de posséder ou non au moins une dent naturelle pour les sexes réunis : 80 % des personnes ayant au moins une dent se brossent les dents au moins deux fois par jour, alors que chez celles ne possédant aucune dent naturelle, 70 % utilisent la brosse au moins deux fois par jour. Malheureusement, l'EQSP 2008 ne permet pas de distinguer parmi les personnes n'ayant aucune dent naturelle, celles qui portent des prothèses. On ne connaît pas non plus l'existence des prothèses chez celles qui auraient au moins une dent naturelle. Il est par contre raisonnable de penser que la plupart des personnes complètement édentées portent des prothèses.

Tableau 6.10

Brossage des dents (ou prothèses) au moins deux fois par jour selon certaines situations ou habitudes d'hygiène dentaire, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	%
Total	78,8
Nombre de dents naturelles	
Aucune dent	69,8
Au moins une dent	79,9
Utilisation de la soie dentaire tous les jours	
Oui	89,3
Non	75,2

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

6.2.4 Utilisation de la soie dentaire

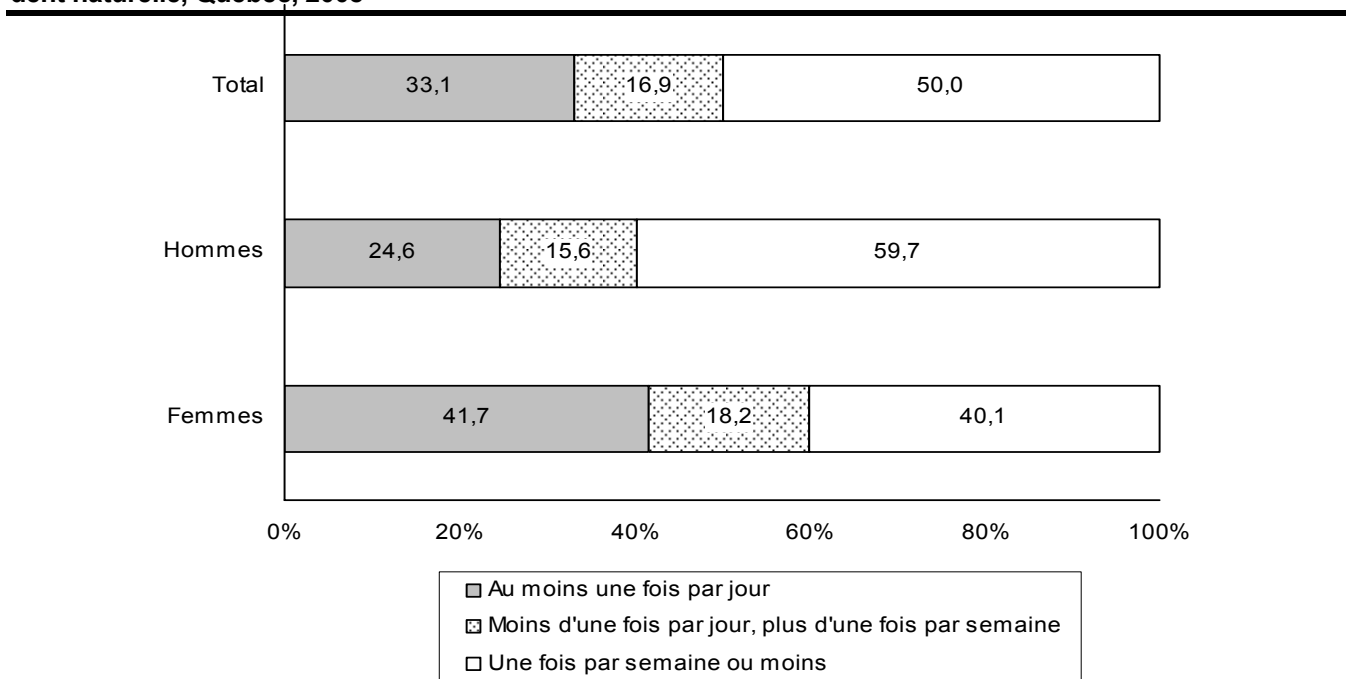
Depuis le début du 19^e siècle, l'utilisation de la soie dentaire fait partie des recommandations en matière d'hygiène buccodentaire. Cette recommandation repose sur une déduction logique voulant que la soie puisse réduire les risques de maladies buccodentaires par le fait qu'elle peut déloger la plaque pathogénique située sur les faces interproximales, peu accessibles pour la brosse à dents (Hujoel et autres, 2006). Les faces interproximales sont d'ailleurs reconnues pour amasser plus de plaque dentaire que les autres faces des dents (Lang et autres, 1977; Salvi et autres, 2009).

- *Analyse selon certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques*

Environ 33 % des Québécois de 15 ans et plus utilisent la soie dentaire tous les jours. La moitié de la population ne l'utilise qu'une fois par semaine ou moins (figure 6.6). Les femmes sont plus nombreuses à l'utiliser quotidiennement puisqu'elles sont environ 42 % contre 25 % des hommes, tous âges confondus. Cette grande différence est présente dans tous les groupes d'âge (figure 6.7), mais elle semble encore plus marquée chez les aînés (65 ans et plus).

Figure 6.6

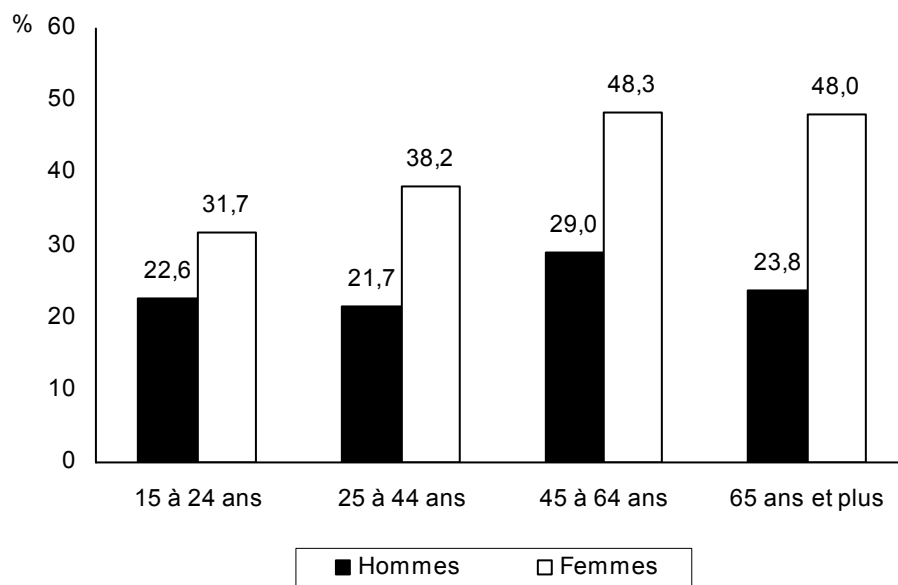
Fréquence d'utilisation de la soie dentaire selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle, Québec, 2008



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Figure 6.7

Utilisation de la soie dentaire au moins une fois par jour selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle, Québec, 2008



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Contrairement au brossage des dents qui décroît avec l'âge, l'utilisation quotidienne de la soie dentaire est davantage observée chez les personnes âgées de 45 ans et plus (tableau 6.11). Ce résultat pourrait être attribuable aux maladies parodontales qui deviennent plus présentes avec l'âge et pour lesquelles l'utilisation de la soie dentaire est recommandée. En effet, les 45-64 ans et les 65 ans et plus se distinguent des autres groupes d'âge (39 % et 37 % contre 27 % et 30 % pour les 15-24 et les 25-44 respectivement). Les données ne démontrent pas de différence à l'intérieur de ces deux grands groupes d'âge⁹⁴.

Le Plan d'action de santé dentaire publique a comme objectif pour 2012 d'augmenter à plus de 32 % (la valeur de référence étant 24 % en 1994-1995 [femmes – 32 % c. hommes – 16 %]) la proportion de personnes de 35 à 44 ans utilisant la soie dentaire au moins une fois par jour (Laporte et autres, 2006). Or, selon l'EQSP 2008, 34 % (femmes – 43 % c. hommes – 25 %) des personnes de 35-44 ans ont utilisé la soie dentaire au moins une fois par jour en 2008.

Notons qu'il n'y a pas d'associations évidentes entre la fréquence d'utilisation de la soie dentaire et la composition du ménage ou la présence de jeunes enfants dans le foyer.

Sur le plan de la scolarité, toutes proportions gardées, les personnes possédant un diplôme universitaire utilisent la soie dentaire quotidiennement en plus grande proportion (36 %) que les autres groupes (tableau 6.12).

Les caractéristiques socioéconomiques sont très peu liées à l'utilisation quotidienne de la soie dentaire. Les données ne montrent pas de lien significatif avec le revenu ou la perception de sa situation financière. Toutefois, pour ce qui est de l'occupation principale, ce sont les personnes sans emploi et retraitées qui utilisent la soie dentaire quotidiennement dans une plus grande proportion (37 % et 38 % c. 33 % et 29 % pour les travailleurs et les étudiants). Il est possible que l'âge soit ici une variable confondante.

94. En adoptant les groupes d'âge utilisés dans des enquêtes québécoises de santé buccodentaire pour présenter les résultats de l'EQSP 2008, on observe que la soie dentaire est utilisée quotidiennement par 33 % des 18 ans et plus, 27 % des 18-24 ans, 26 % des 25-44 ans et 34 % des 45-64 ans (données non présentées).

Tableau 6.11

Utilisation de la soie dentaire tous les jours selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle, Québec, 2008

	%
Total	33,1
Hommes	24,6
Femmes	41,7
15-24 ans	27,1
25-44 ans	29,8
45-64 ans	38,6
65 ans et plus	36,6

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Tableau 6.12

Utilisation de la soie dentaire tous les jours selon le niveau de scolarité et l'occupation principale, population de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle, Québec, 2008

	%
Total	33,1
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	30,4
Diplôme d'études secondaires (DES)	32,8
Diplôme ou certificat d'études collégiales ¹	32,1
Diplôme d'études universitaires	36,3
Occupation principale	
Travailleurs	32,6
Étudiants	28,8
Personnes sans emploi	37,3
Retraités	38,0

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Aucune différence n'est observée lorsqu'il est question de la perception de sa santé en général ou du niveau de détresse psychologique. D'autre part, les non-fumeurs utilisent la soie dentaire dans une proportion légèrement supérieure (34 % c. 31 % chez les fumeurs) (données non présentées). Également, les personnes qui se brossent les dents au moins deux fois par jour sont nettement plus nombreuses à utiliser la soie dentaire quotidiennement que celles qui ne suivent pas ces recommandations en matière de brossage (37 % c. 18 %) (données non présentées).

Conclusion

Les résultats de l'EQSP 2008, enquête représentative de la population québécoise de 15 ans et plus, ont une grande portée concernant la santé buccodentaire. Plusieurs facteurs personnels sont associés à la perception de sa santé buccodentaire, au fait d'être édenté ou d'adopter de bons comportements d'hygiène dentaire. À la lumière de ces résultats, on constate que des disparités existent encore au sein de la population québécoise, notamment selon l'âge, le sexe et la situation socioéconomique.

Les personnes qui ne suivent pas les recommandations d'hygiène dentaire ont une piètre perception de leur santé buccodentaire. En contrepartie, ceux qui ont de bonnes habitudes ont un meilleur sentiment par rapport à la santé de leurs dents et de leur bouche. Dans l'ensemble, près de neuf Québécois sur dix se perçoivent en bonne santé buccodentaire. Il y a toutefois disparité selon le sexe (60 % c. 53 % pour les hommes) et selon l'âge. Les individus plus âgés se perçoivent en moins bonne santé buccodentaire que les plus jeunes, 13 % des 65 ans et plus la jugeant passable ou mauvaise.

La proportion de personnes complètement édentées est nettement plus élevée chez les personnes de 65 ans et plus (près de 40 %). Globalement, toutefois, cette proportion est en nette régression au Québec. Le fait que les personnes complètement édentées soient moins nombreuses, toutes proportions gardées, à considérer leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise peut constituer une avenue pour des interventions ciblées. Effectivement, ces personnes qui n'ont plus de dents naturelles n'en sont pas pour autant à l'abri de maladies de la bouche.

La grande majorité des gens se brossent les dents (ou les prothèses) au moins deux fois par jour. Les hommes le font dans une moindre proportion que les femmes. La proportion de la population qui se brosse les dents au moins deux fois par jour est moindre chez les personnes disposant des plus faibles revenus, chez les moins scolarisées et chez celles qui ont une moins bonne perception de leur état de santé et de leur situation financière.

Contrairement au brossage des dents, qui décroît avec l'âge, l'utilisation quotidienne de la soie dentaire est davantage observée chez les personnes âgées de 45 ans et plus. Ce résultat pourrait être attribuable au fait que les gens de ces groupes d'âge souffrent plus souvent de maladies parodontales, pour lesquelles l'utilisation de la soie dentaire est recommandée.

Bien que la proportion des individus qui respectent les recommandations de brossage des dents diminue avec l'âge, les messages de promotion des saines habitudes de santé buccodentaire ont été généralement bien intégrés par les différents groupes d'âge. Les habitudes de vie sont des déterminants individuels de l'état de santé, mais il ressort que ces choix sont en lien avec les conditions socioéconomiques et probablement les milieux de vie.

L'EQSP 2008 aura permis d'identifier une population plus vulnérable sur le plan de la santé buccodentaire à travers ses caractéristiques personnelles et socioéconomiques : moins scolarisée, moins favorisée économiquement, plus âgée et plus souvent masculine. Des analyses plus poussées tenant compte de l'âge aideraient à clarifier les relations entre la santé buccodentaire et les différentes variables de croisement étudiées.

Somme toute, la pauvreté est encore en cause dans les inégalités de santé. Dans une plus grande proportion, les personnes qui montrent une insatisfaction à l'égard de leur santé buccodentaire, de moins bonnes habitudes de brossage des dents ou qui sont complètement édentées sont les personnes les moins favorisées économiquement et celles qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres et moins scolarisées. Cela confirme une fois de plus l'importance de spécifier des pistes d'action pour réduire les inégalités sur le plan de la santé buccodentaire.

Références bibliographiques

- ATCHISON, K.A., R.E. MATTHIAS, T.A. DOLAN et autres (1993). « Comparison of oral health ratings by dentists and dentate elders », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 53, p. 223-230.
- BEDOS, C. (2004). « Inégalités sociales dans le recours aux soins dentaires ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 52, n° 3, p. 261-70.
- BENIGERI, M. (2000). *La mesure de la santé dentaire : des indicateurs cliniques à l'auto-évaluation*, Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive, 139 p.
- BERCHIER, C.E., D.E. SLOT, S. HAPS et G.A. VAN DER WEIJDEN (2008). « The efficacy of dental floss in addition to a toothbrush on plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review », *International Journal of Dental Hygiene*, vol. 6, n° 4, p. 265-79.
- BOURGEOIS, D.M., J.C. LLODRA, A. NORBLAD et N.B. PITTS (dir.) (2005). *A Selection of Essential Oral Health Indicators recommended by Global Oral Health Indicators Development Project*, European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General, Community Action Programme on Health Monitoring, 100 p.
- BRODEUR, J.M., M. PAYETTE, M. OLIVIER, D. CHABOT, M. BENIGERI et S. WILLIAMSON (1998). *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Coll. « Analyses et surveillance », n° 8, 159 p.
- BRODEUR, J.M., M. PAYETTE, M. BENIGERI et autres (1995). *Étude sur la santé buccodentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 73 p.
- CHESTNUTT, I.G., F. SCHAFER, A.P.M. JACOBSON et K.W. STEPHEN (1998). « The influence of toothbrushing frequency and post-brushing rinsing on caries experience in a caries clinical trial », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 26, n° 6, p. 406-11.
- DAVIES, R. M., G.M. DAVIES et R.P. EILWOOD (2003). « Prevention. Part 4: Toothbrushing: what advice should be given to patients? », *British Dental Journal*, vol. 195, n° 3, p. 135-41.
- GALLAGHER, A., J. SOWINSKI, J. BOWMAN, K. BARRETT, S. LOWE, K. PATEL, M. L. BOSMA et J. E. CREETH (2009). « The effect of brushing time and dentifrice on dental plaque removal in vivo », *Journal of Dental Hygiene*, vol. 83, n° 3, P. 111-116.
- GIFT, H.C. (1997). *Oral health outcomes research: Challenges and opportunities*. In Slade GD, ed., *Measuring Oral Health and Quality of Life*, Chapel Hill, University of North Carolina, Department of Dental Ecology, p. 25-46.
- HOBDELL, M., P.E. PETERSEN, J. CLARKSON et N. JOHNSON (2003). « Global goals for oral health 2020 », *International Dental Journal*, vol. 53, n° 5, p. 285-288.
- HUJOEL, P.P., J. CUNHA, D.W. BANTING et W.J. LOESCHE (2006). « Dental flossing and interproximal caries: a systematic review », *Journal of Dental Research*, vol. 85, n° 4, p. 298-305.
- LANG, N.P., B.R. GUMMING et H.A. LÖE (1977). « Oral hygiene and gingival health in Danish dental students and faculty », *Community dentistry and oral epidemiology*, vol. 5, p. 237-242.
- LEWIS, D.W., et A.I. ISMAIL (1995). « Periodic health examination, 1995 update: 2. Prevention of dental caries », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 152, p. 836-846.
- MARINHO, V.C.C., J.P.T. HIGGINS, S. LOGAN et A. SHEIHAM (2003). « Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescent », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, Art. n° CD002278.

- MATTHIAS, R.E., K.A. ATCHISON, S.O. SCHWEITZER et autres (1993). « Comparisons between dentist ratings and self-ratings of dental appearance in an elderly population », *Special Care Dentist*, n° 13, p. 53-60.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2006). *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, Programme national de santé publique 2003-2012, Document complémentaire, Rédaction et coordination : B. Laporte, Québec, Gouvernement du Québec, 66 p. [En ligne] : www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf
- ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (2005). *Intervenir auprès des patients fumeurs. Un guide à l'intention des dentistes du Québec*, 29 p. [En ligne] : http://ordredesdentistesduquebec.qc.ca/publications/images/pdf/intervenir_fr.pdf
- SALVI, G.E., A. DELLA CHIESA, P. KIANPUR et autres (2009). « Clinical Effects of Interdental Cleansing on Supragingival Biofilm Formation and Development of Experimental Gingivitis », *Oral Health & Preventive Dentistry*, vol. 7, p. 383-391.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2000). *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*, Rockville (MD), Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 308 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1987). « Ottawa Charter for Health Promotion », *Health Promotion*, vol. 1, n° 4, p. iii-v.

Tableau A.6.1

Fréquence du brossage des dents (ou prothèses) selon la présence de dents naturelles et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Total	Hommes	Femmes
	%		
Population totale			
Au moins deux fois par jour	78,8	69,3	87,9
Une fois par jour	18,7	26,3	11,3
Moins d'une fois par jour	2,6	4,4	0,7
Population complètement édentée			
Au moins deux fois par jour	69,8	55,1	78,9
Une fois par jour	25,0	35,6	18,3
Moins d'une fois par jour	5,3	9,3	2,8*
Population ayant au moins une dent naturelle			
Au moins deux fois par jour	79,9	70,6	89,3
Une fois par jour	17,9	25,4	10,3
Moins d'une fois par jour	2,2	4,0	0,4*

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants

Linda Cazale

Renée Dufour

Direction des statistiques de santé

Institut de la statistique du Québec

Lyne Mongeau

Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Direction générale de la santé publique

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Nadon

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Faits saillants

- Au Québec, en 2008, la population de 15 ans et plus (en excluant les femmes enceintes) se divise en deux grands groupes : près de la moitié (47 %) a un poids normal et l'autre, un surplus de poids (50 %). Par ailleurs, 2,4 % de la population a un poids insuffisant. Plus précisément, environ 35 % des Québécois font de l'embonpoint et 16 % sont obèses. Les prévalences sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes (44 % c. 26 % pour l'embonpoint; 16 % c. 15 % pour l'obésité).
- Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008*, près de 59 % des Québécois de 15 ans et plus considèrent leur poids comme normal, 39 % estiment avoir un excès de poids et 2,9 % se jugent trop maigres. Alors que les hommes sont plus nombreux que les femmes à se considérer comme « normaux » (60 % c. 57 %) ou trop maigres (3,6 % c. 2,3 %), les femmes sont plus nombreuses à penser avoir un excès de poids (41 % c. 37 %).
- Parmi les personnes ayant un poids insuffisant, le tiers (33 %) se croit trop maigre alors que les deux tiers (66 %) estiment avoir un poids normal, ce qui est le cas d'une proportion plus élevée de femmes que d'hommes (74 % c. 39 %). À l'inverse, la proportion de personnes qui estiment être en excès de poids alors qu'elles font de l'embonpoint est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (70 % c. 47 %).
- Même si près de trois personnes sur cinq (61 %) de 15 ans et plus ont indiqué n'avoir rien fait concernant leur poids au cours d'une période de six mois, une proportion non négligeable de Québécois a essayé de perdre du poids (19 %) ou de le maintenir (17 %) et une faible minorité (3,0 %), de gagner du poids. Les femmes sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à avoir tenté de perdre du poids (22 % c. 15 %) ou de le maintenir (19 % c. 16 %).
- Parmi les personnes de 15 ans et plus ayant essayé de perdre du poids, environ 30 % ont fait une seule tentative, près de 16 %, deux ou trois tentatives et 7 %, au moins quatre tentatives, alors que 46 % des personnes déclarent avoir fait pratiquement toujours attention au cours d'une période de six mois.

- Parmi les personnes de 15 ans et plus ayant tenté, sur une période de six mois, de perdre du poids ou de le maintenir : 1) près du quart ont essayé une diète ou un programme amaigrissant de type commercial (13 %, une fois et 10 %, deux fois ou plus), les femmes davantage que les hommes (25 % c. 20 %); 2) environ 13 % ont consulté au moins un professionnel de la santé (7 %, une fois et 6 %, deux fois ou plus), les hommes étant plus nombreux que les femmes à ne pas avoir consulté (89 % c. 86 %); 3) près du dixième (8 %) ont eu souvent recours à au moins une des 11 méthodes comportant un risque pour la santé (ex. : sauter des repas, ne pas manger durant toute une journée), les femmes davantage que les hommes (9 % c. 7 %); 4) 96 % ont essayé presque à tous les jours au moins une des 12 méthodes saines proposées (ex. : manger plus de fruits et de légumes, faire de l'activité physique 30 minutes dans la journée); 35 % en ont adopté entre une et quatre, 45 %, entre cinq et huit et 16 %, neuf et plus; les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir employé cinq méthodes et plus (65 % c. 56 %).

Introduction

Le poids est une préoccupation majeure dans notre société, surtout pour des raisons de santé mais aussi pour des considérations sur le plan esthétique. Du côté de la santé, l'obésité constitue un facteur de risque de plusieurs maladies chroniques telles que le diabète de type 2, certains types de cancer et les maladies cardiovasculaires (Santé Canada, 2003). À l'autre extrémité du spectre, l'insuffisance de poids est associée à des problèmes de santé dont la malnutrition, divers troubles alimentaires, l'ostéoporose et la diminution de la fonction immunitaire (Lamontagne et Hamel, 2009; Santé Canada, 2003). La préoccupation excessive à l'égard du poids, c'est-à-dire le désir omniprésent de minceur et les comportements qui en découlent (par exemple, fumer ou recommencer à fumer, être anxieux au sujet de la nourriture), constitue également une problématique en matière de santé à ne pas négliger (MSSS, 2006).

Alors que les éditions 1992-1993 et 1998 de l'*Enquête sociale et de santé* comportaient des analyses sur le désir de changer de poids et l'importance du changement désiré (Ledoux et Rivard, 2000; Therrien, 1995), l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP) permet, pour sa part, de documenter les actions entreprises concernant le poids à une échelle populationnelle. Certaines de ces actions présentent un potentiel de dangerosité pour la santé. D'ailleurs, dans un avis scientifique sur les bénéfices et les risques associés à l'utilisation des produits, services et moyens amaigrissants, l'Institut national de santé publique du Québec recommande de surveiller l'évolution de leur utilisation au Québec (Venne et autres, 2008).

Ce chapitre comprend trois sections. Les aspects méthodologiques constituent la première section; celle-ci décrit principalement les indicateurs retenus, soit le statut pondéral, la perception à l'égard de son poids et les actions entreprises pour perdre du poids ou le maintenir. La deuxième section est consacrée à la présentation des résultats. Les résultats sont généralement ventilés selon le sexe, ce qui permet une analyse différenciée à cet égard. D'autres variables sont prises en compte dans l'analyse, lorsque cela est pertinent (par exemple, l'âge et la scolarité). Les différences signalées dans le texte sont statistiquement significatives à moins d'une indication contraire. Enfin, une synthèse des analyses présentées est faite et quelques pistes d'analyses additionnelles à partir des données de l'EQSP 2008 sont proposées.

7.1 Aspects méthodologiques

7.1.1 Statut pondéral (indice de masse corporelle)

Dans l'EQSP 2008, le statut pondéral fait référence à l'indice de masse corporelle (IMC), mesure couramment utilisée qui permet d'estimer l'adiposité corporelle totale (OMS, 2003). L'IMC ne mesure pas directement la masse grasse ni la répartition du tissu adipeux, laquelle joue un rôle prépondérant dans l'évaluation du risque pour la santé chez les personnes ayant un excès de poids. Toutefois, puisque l'IMC est suffisamment corrélé avec des mesures directes de la composition corporelle (tour de taille, etc.), son utilisation à des fins de surveillance dans une population est appropriée (Hall et Cole, 2006 dans Lamontagne et Hamel, 2009).

Le calcul de l'IMC se fait en divisant le poids d'un individu par sa taille au carré (kg/m^2). C'est à partir de questions⁹⁵ sur la taille (Q13a) et sur le poids (Q13b), en excluant les femmes enceintes⁹⁶, qu'a été calculé l'IMC. Les catégories de l'IMC, définies par le système de classification internationale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2003), sont : insuffisance de poids ($\text{IMC} < 18,5$), poids normal ($18,5 \leq \text{IMC} < 25$), embonpoint ($25 \leq \text{IMC} < 30$) et obésité ($\text{IMC} \geq 30$). Ces catégories s'appliquent aux personnes de 15 ans et plus⁹⁷ des deux sexes et sont associées à des risques d'intensité différente pour la santé : risque accru de développer des problèmes de santé pour l'insuffisance de poids, risque moindre pour le poids normal, risque accru pour l'embonpoint et risque élevé pour l'obésité. L'excès de poids ou le surplus de poids représente un regroupement des catégories embonpoint et obésité. Ce regroupement est utilisé pour présenter le statut pondéral chez les jeunes de 15 à 17 ans, entre autres (par exemple, dans Lamontagne et Hamel, 2009).

Parmi les limites associées aux données, il convient de mentionner que les estimations de la taille et du poids servant au calcul de l'IMC reposent sur l'autodéclaration. Même si, dans le cadre d'une enquête anonyme, l'autodéclaration peut sembler le meilleur moyen de recueillir des données afin d'établir le statut pondéral, une mise en garde quant à la validité des données collectées doit être faite. En effet, l'autodéclaration du poids et de la taille occasionne, tant chez les adultes que chez les jeunes de 15 à 17 ans, des prévalences d'insuffisance de poids, d'embonpoint et d'obésité plus faibles que celles calculées à partir de données mesurées (Audet, 2007; Baraldi et autres, 2007; Lamontagne et Hamel, 2008; Shields et autres, 2008; Tjepkema, 2005). Par exemple, Lamontagne et Hamel (2008) ont établi, à partir de la comparaison de données autodéclarées et de données mesurées portant sur la taille et le poids issues de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), 2005, que ce sont les personnes ayant un poids normal qui sont les plus nombreuses à rapporter correctement leur poids et leur taille; ainsi, l'autodéclaration occasionnerait une surestimation de la taille et une sous-estimation du poids chez les personnes faisant de l'embonpoint ou de l'obésité.

7.1.2 Perception à l'égard de son poids

La perception qu'une personne a de son poids reflète sa satisfaction à l'égard de son image corporelle. Cette perception peut avoir des répercussions sur certains facteurs personnels tels que l'estime de soi et la détresse psychologique; elle agit également sur la décision de poser des gestes concrets concernant son poids, dont le fait d'essayer d'en perdre (Al Sabbagh et autres, 2010; Goldschmidt et autres, 2008; Ledoux et autres, 2002; Timperio et autres, 2000). L'EQSP 2008 évalue la perception qu'a une personne de son poids à l'aide de cette question : « Considérez-vous que vous ... 1) avez un excès de poids; 2) êtes trop maigre; 3) êtes à peu près normal(e)? » (Q14)⁹⁸.

7.1.3 Actions entreprises concernant son poids

- *Principale action entreprise concernant son poids*⁹⁹

Dans l'EQSP 2008, une question porte sur la principale action entreprise concernant son poids au cours d'une période de référence de six mois (Q15). Celle-ci s'inspire de l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois* (ESSEA) 1999 (Aubin et autres, 2002)¹⁰⁰. Cette question demande à la personne répondante si elle a « fait quelque chose » à l'égard de son poids au cours des six derniers mois (Q15). Voici les choix de réponse possibles : 1) a essayé de perdre du poids; 2) a essayé de contrôler (maintenir) son poids; 3) a essayé de gagner du poids; et 4) n'a rien fait concernant son poids.

95. Pour plus de détails sur les questions, voir le questionnaire de l'EQSP 2008 sur le site Web de l'Institut de la statistique du Québec.

96. Il n'y a pas de question dans l'EQSP 2008 qui permet de savoir si une femme allaite; il n'a donc pas été possible d'exclure des analyses les femmes allaitantes comme le préconise Santé Canada (Santé Canada, 2003).

97. Les seuils utilisés pour les catégories de l'IMC chez les jeunes de 15 à 17 ans sont ceux élaborés par Cole et autres (2007, 2000). Ces seuils diffèrent légèrement de ceux des adultes et tiennent compte de l'âge et du sexe des jeunes.

98. Statistique Canada utilise une question similaire dans l'ESCC; le premier choix de réponse est cependant différent (« faites-vous de l'embonpoint? »).

99. Bien qu'une même personne ait pu avoir entrepris plus d'une action au cours de la période de référence (par exemple, « avoir essayé de perdre du poids » et « avoir essayé de contrôler (maintenir) son poids »), elle devait faire le choix de l'action la plus significative pour elle.

100. Cette enquête interrogeait les jeunes québécois de 9, 13 et 16 ans sur ce qu'ils faisaient concernant leur poids au moment de l'enquête (Q90) et non au cours d'une période de référence (pour plus de détails, consulter Ledoux, Mongeau et Rivard, 2002).

- *Nombre de tentatives faites pour perdre du poids*

Le nombre de tentatives faites au cours d'une période de six mois pour perdre du poids est demandé (Q16) seulement auprès des personnes de 15 ans et plus ayant essayé d'en perdre (19 % de la population). Cette question s'inspire également de l'ESSEA (Aubin et autres, 2002 [Q92]). L'indicateur comprend quatre catégories : une tentative, deux ou trois tentatives, quatre tentatives ou plus, je fais pratiquement toujours attention¹⁰¹.

Concernant le nombre de tentatives pour perdre du poids, une limite vient de l'absence d'information sur la durée de chacune de celles-ci : ainsi, pour un même nombre de tentatives, certaines personnes peuvent avoir persisté plus longtemps que d'autres dans leurs efforts pour perdre du poids. De même, un nombre moins élevé de tentatives ne signifie pas que moins d'efforts ont été consacrés à la perte de poids. Une autre limite concerne l'interprétation que les personnes ont pu donner à la notion de « tentative ». Par exemple, une personne pourrait avoir répondu qu'elle a suivi une diète pendant trois mois – et se voir attribuer une tentative – alors qu'une autre pourrait dire qu'elle a fait six tentatives alors qu'en fait elle aurait assisté, dans le cadre d'un seul programme amaigrissant de type commercial, à six rencontres. Également, le choix de réponse « je fais pratiquement toujours attention » (en anglais, « I am always dieting ») ne correspond pas à un nombre défini de tentatives mais plutôt à un comportement de restriction cognitive se traduisant par des efforts continus afin de perdre du poids¹⁰² (Goldschmidt et autres, 2008; Herman et Polivy, 1984).

- *Recours aux méthodes pour perdre du poids ou le maintenir*

Perdre du poids ou le maintenir constitue un objectif difficile à atteindre pour plusieurs personnes. Les raisons sous-jacentes à l'atteinte de cet objectif sont multiples; elles touchent non seulement la santé mais aussi l'esthétique (motifs liés aux normes sociales qui définissent ce qui est beau) (Ledoux et Rivard, 2000; Mongeau, 2007; Venne et autres, 2008). Ainsi, dans une culture orientée vers la beauté et la jeunesse, l'idéal de minceur est valorisé, en particulier chez les femmes (Venne et autres, 2008). Une diversité de méthodes sont accessibles pour les personnes désirant perdre du poids ou le maintenir : certaines touchent la restriction alimentaire (par exemple, les diètes et programmes d'amaigrissement commerciaux), d'autres, la pratique de l'activité physique; certaines peuvent être dommageables pour la santé (par exemple, sauter des repas, se faire vomir) et d'autres sont liées à l'adoption de saines habitudes de vie (par exemple, faire 30 minutes d'activités physiques par jour, diminuer la consommation de *fast-food*).

L'EQSP 2008 permet d'examiner, pour une première fois au Québec, le recours aux méthodes pour perdre du poids ou le maintenir chez les personnes de 15 ans et plus au cours de la période de référence de six mois (36 % de la population). Afin de recueillir une information pertinente pour l'élaboration d'interventions en santé publique, une distinction est faite entre les méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé et celles qui sont dites saines ou favorables pour la santé (Al Sabbagh et autres, 2010; Goldschmidt et autres, 2008). En effet, les moyens utilisés peuvent comporter des risques pour la santé d'où l'importance de documenter ces phénomènes à travers des enquêtes de santé. Quatre indicateurs ont été construits pour l'analyse des méthodes retenues dans l'EQSP 2008.

Tout d'abord, un indicateur portant sur la fréquence du recours à une diète ou à un programme d'amaigrissement commercial¹⁰³ a été créé à partir de deux questions : le recours à une diète très faible en calories ou à une diète qui élimine une ou des catégories d'aliments (Q17.1a) et le recours à un programme d'amaigrissement commercial (Q17.1b) (par exemple, Weight Watchers, Minçavi)¹⁰⁴. L'indicateur comporte trois catégories : aucun recours, un recours et deux recours ou plus.

101. Le choix de réponse « je fais toujours attention » n'était pas proposé dans l'ESSEA.

102. Une personne adopte un tel comportement lorsqu'elle contrôle son apport alimentaire et tente de le faire le plus souvent possible (Goldschmidt et autres, 2008; Herman et Polivy, 1984).

103. Ces deux méthodes ont un potentiel de dangerosité pour la santé.

104. La question s'inspire de l'ESSEA 1999 (Aubin et autres, 2002 [Q93]) dans laquelle on documentait le recours aux diètes chez les jeunes. Cette question ne distinguait cependant pas, comme on le fait dans des recherches plus récentes (Kruger et autres, 2004; National Institute of Nutrition and the Canadian Food Information Council, 2004), le recours à une diète très faible en calories du recours à un programme d'amaigrissement commercial.

Les professionnels de la santé sont à la fois considérés comme la source d'information la plus crédible pour les personnes cherchant à contrôler ou à perdre du poids (National Institute of Nutrition and the Canadian Food Information Council, 2004) et comme des partenaires significatifs dans l'atteinte de ces objectifs (Venne et autres, 2008)¹⁰⁵. C'est pourquoi une question (Q17.1c) permettant d'évaluer s'il y a eu consultation auprès de professionnels a été introduite dans l'EQSP 2008. Ainsi, un deuxième indicateur concernant la fréquence de consultation auprès de professionnels de la santé (par exemple, une nutritionniste, un médecin), au cours d'une période de six mois, a été créé. Les catégories de cet indicateur sont les suivantes : aucune consultation, une consultation et deux consultations ou plus.

En troisième lieu, un indicateur portant sur le recours à des méthodes qui présentent un potentiel de dangerosité pour la santé a été créé. La personne devait indiquer pour chacune des 11 méthodes soumises à son attention – par exemple, ne pas manger pendant toute une journée, commencer ou recommencer à fumer (Q17.2a à Q17.2k) – la fréquence du recours ou le non-recours, au cours de la période de référence (six mois), à l'aide des choix suivants : souvent, à l'occasion, rarement, jamais. La liste des méthodes provient de l'ESSEA (Aubin et autres, 2002 [Q93]) et d'études plus récentes (par exemple, Kruger et autres, 2004; Weiss et autres, 2006)¹⁰⁶. Le critère qui détermine si une personne a eu recours à une méthode est le choix de réponse « souvent ». L'indicateur comprend deux catégories : aucun recours et recours à au moins une méthode. Enfin, un quatrième indicateur concerne le nombre de méthodes saines utilisées au cours d'une période de six mois. La personne devait indiquer pour chacune des 12 méthodes proposées¹⁰⁷ (Q18.a à Q18.l) le recours (incluant la fréquence de ce recours) ou le non-recours à l'aide des choix suivants : « oui, presque tous les jours », « oui, à l'occasion », « non ».

Ces méthodes touchent deux dimensions de l'alimentation – la quantité (par exemple, diminuer les portions et le grignotage) et la qualité (par exemple, manger des aliments moins gras) –, les pratiques alimentaires (par exemple, cuisiner davantage), l'activité physique, la consommation d'alcool et l'écoute des signaux de faim et de satiété. La liste des méthodes provient d'études (Goldschmidt et autres, 2008; Timperio et autres, 2000) et d'enquêtes récentes dont la National Health and Nutrition Examination Survey et le Health Behavior in School-Aged Children Study (Al Sabbagh et autres, 2010; Weiss et autres, 2006). L'indicateur « nombre de méthodes saines utilisées au cours des six derniers mois » est calculé en comptant le nombre de fois où la personne a répondu « oui, presque tous les jours » à l'une ou l'autre des méthodes. Cet indicateur comporte quatre catégories : aucune méthode, une à quatre méthodes, cinq à huit méthodes, neuf méthodes et plus. Ces catégories correspondent à différents niveaux (intensités) de mise en pratique de ces méthodes dans le but de perdre du poids ou de le contrôler.

La liste des méthodes saines proposées n'est pas nécessairement exhaustive¹⁰⁸. Des considérations, dont le fardeau de réponse, expliquent le choix d'un nombre « restreint » de méthodes. Notons aussi que bien que les catégories de cet indicateur (une à quatre méthodes, etc.) illustrent différentes intensités de mise en pratique de méthodes saines, elles ne permettent pas de statuer sur la diversité de celles-ci chez une même personne.

Enfin, aux limites déjà mentionnées s'ajoute la possibilité que des personnes interrogées aient pu être influencées par le phénomène de désirabilité sociale, par la difficulté de se souvenir de choses passées ou encore par le temps écoulé depuis un événement. Il est aussi possible que, malgré l'engagement à la confidentialité des réponses fournies, des personnes aient négligé de déclarer leur recours à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé telles que le fait de se faire vomir, ou, à l'inverse, aient déclaré un recours inexistant à certaines méthodes dites saines. Il importe de souligner que le recours aux méthodes saines afin de perdre du poids ou le maintenir s'inscrit dans un contexte plus large où l'adoption d'habitudes de vie favorables est valorisée. Les motifs sous-jacents à l'adoption des méthodes ne sont pas documentés dans l'enquête.

105. L'avis de l'INSPQ à l'égard des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA) comprend des critères de saines pratiques de contrôle du poids. Parmi ceux-ci, on retrouve le service personnalisé et l'encadrement d'un professionnel de la santé (et idéalement d'une équipe multidisciplinaire) (Venne et autres, 2008).

106. La liste des méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé figure à l'annexe A.7.1.

107. La liste des méthodes saines figure à l'annexe A.7.2.

108. Par exemple, des distinctions additionnelles concernant la quantité et le type d'activités physiques auraient pu être incluses.

Les données de l'EQSP 2008 portant sur le statut pondéral, la perception à l'égard de son poids et l'utilisation de produits ou moyens amaigrissants visent à combler un besoin de connaissances et de surveillance à partir d'indicateurs liés au poids corporel chez les personnes de 15 ans et plus¹⁰⁹. Malgré les limites décrites, les résultats présentés dans ce chapitre font de cette enquête une source d'information particulièrement riche, sur laquelle les intervenants et chercheurs intéressés par la problématique du poids corporel peuvent s'appuyer.

7.2 Résultats

7.2.1 Statut pondéral

- *Variations selon le sexe et l'âge*

Au Québec en 2008, la population de 15 ans et plus (en excluant les femmes enceintes) se divise pour ainsi dire en deux groupes : près de la moitié (47 %) a un poids normal et l'autre, un surplus de poids (50 %). Plus précisément, environ 35 % des personnes font de l'embonpoint et 16 % sont obèses. De plus, 2,4 % des personnes ont un poids insuffisant (tableau 7.1). Chez les 15 à 17 ans, un peu plus de 7 jeunes sur 10 (73 %) ont un poids normal, un sur 5 (20 %) présente un surplus de poids (embonpoint : 15 % et obésité : 5 %¹¹⁰), alors que l'insuffisance de poids touche environ 7 %¹¹⁰ des personnes de ce groupe d'âge (données non présentées).

Le statut pondéral varie selon le sexe. Les prévalences de l'embonpoint et de l'obésité sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes (44 % c. 26 % pour l'embonpoint, 16 % c. 15 % pour l'obésité). En contrepartie, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à se retrouver dans les catégories « poids normal » (55 % c. 39 % des hommes) et « poids insuffisant » (3,8 % c. 1,0 %) (tableau 7.1)¹¹¹.

Tableau 7.1

Statut pondéral selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Poids insuffisant	Poids normal	Embonpoint	Obésité
	%			
Total	2,4	47,1	34,9	15,6
15-24 ans	6,1	69,6	17,5	6,8
25-44 ans	2,2	47,8	35,2	14,7
45-64 ans	1,2	39,4	39,7	19,6
65 ans et plus	1,9	41,0	40,1	17,0
Hommes	1,0*	39,0	43,6	16,5
15-24 ans	3,6**	66,4	21,7	8,3
25-44 ans	0,5**	37,0	46,3	16,2
45-64 ans	0,5**	30,0	49,1	20,5
65 ans et plus	0,7**	35,4	47,8	16,1
Femmes	3,8	55,3	26,1	14,8
15-24 ans	8,8	73,1	13,0	5,1*
25-44 ans	4,2	59,8	22,9	13,1
45-64 ans	2,0	48,8	30,6	18,7
65 ans et plus	2,8	45,4	34,1	17,8

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

109. Voir le chapitre 1, « Aspects méthodologiques », pour plus de détails concernant la population visée par l'enquête.

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

111. Notons l'absence de lien significatif entre le statut pondéral et la variable sexe chez les jeunes de 15 à 17 ans.

La proportion de personnes obèses s'accroît avec l'âge (7 % des 15-24 ans c. 15 % des 25-44 ans), le maximum étant atteint chez les personnes de 45-64 ans (20 %); elle diminue ensuite à 17 % chez les 65 ans et plus (tableau 7.1). Cette situation est observée chez les hommes et les femmes. La prévalence de l'embonpoint augmente également avec l'âge (18 % des 15-24 ans c. 35 % des 25-44 ans c. 40 % des 45-64 ans et des 65 ans et plus). Quel que soit l'âge, l'embonpoint touche plus d'hommes que de femmes. Par exemple, chez les 15 à 24 ans, c'est un peu plus d'un homme sur cinq (22 %) qui fait de l'embonpoint alors qu'environ une femme sur huit (13 %) est dans cette situation. Chez les 45 à 64 ans, l'embonpoint caractérise environ un homme sur 2 (49 %) et 3 femmes sur 10 (31 %).

À l'inverse, la proportion de personnes ayant un poids normal décroît avec l'âge chez les personnes des deux sexes; on note toutefois une légère remontée chez les hommes de 65 ans et plus. Quel que soit l'âge, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à afficher un poids normal (tableau 7.1). L'insuffisance de poids, quant à elle, est associée à l'âge chez les femmes seulement. Alors qu'elle touche environ 9 % des femmes de 15 à 24 ans, l'insuffisance de poids connaît une baisse significative et atteint 4,2 % chez celles de 25 à 44 ans; par la suite, cette proportion se stabilise. L'insuffisance de poids est un état peu fréquent chez les hommes (de l'ordre de 1 % pour les différents groupes d'âge).

- *Variations selon la scolarité et le revenu*

Le statut pondéral est associé à la scolarité. La prévalence de l'obésité la plus élevée est notée chez les personnes les moins scolarisées : près d'une personne sur cinq (19 %) dont le niveau de scolarité est inférieur au diplôme d'études secondaires (DES)¹¹² est obèse (tableau 7.2). Plus le niveau de scolarité augmente, plus la prévalence de l'obésité diminue : elle passe à 17 % chez les personnes ayant un DES et à 16 % chez celles ayant un diplôme ou certificat d'études collégiales, puis à 12 % chez les titulaires d'un diplôme universitaire. Tant chez les hommes que chez les femmes, l'obésité est plus répandue parmi les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur au DES (18 % des hommes, 19 % des femmes) que parmi celles détenant un diplôme universitaire (14 % des hommes, 10 % des femmes).

Le lien entre l'embonpoint et la scolarité diffère selon le sexe. La proportion de femmes souffrant d'embonpoint est plus élevée chez celles dont le niveau de scolarité est inférieur au DES (29 %) par rapport aux femmes détenant un diplôme d'études collégiales (26 %) ou universitaires (24 %). Chez les hommes, l'embonpoint est plus répandu chez ceux détenant un diplôme d'études collégiales (46 %) ou universitaires (47 %) que chez ceux ayant un DES (42 %) ou un niveau inférieur au DES (40 %) (tableau 7.2).

Concernant le poids normal, il ne varie pas de façon significative selon la scolarité chez les hommes. Chez les femmes, la plus forte proportion est observée chez celles qui sont les plus scolarisées. En effet, un peu plus de 6 femmes sur 10 (63 %) parmi les diplômées universitaires ont un poids normal, tandis que la proportion est de 55 % chez celles détenant un diplôme d'études collégiales ou un diplôme d'études secondaires et de 48 % chez les femmes dont le niveau de scolarité est inférieur au DES.

112. Les personnes les moins scolarisées (niveau inférieur au DES) se composent en bonne partie de personnes âgées de 65 ans et plus (53 %) et de jeunes de 15 à 24 ans (39 %) qui se retrouvent dans une situation particulière puisque bon nombre d'entre eux n'ont pas encore complété leurs études. Voir le chapitre 2, « Caractéristiques de la population », pour plus d'information.

Tableau 7.2

Statut pondéral selon le niveau de scolarité et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Poids insuffisant	Poids normal	Embonpoint	Obésité
	%			
Total				
Niveau inférieur au DES	3,1	44,2	34,2	18,5
Diplôme d'études secondaires (DES)	2,0	47,3	34,2	16,6
Diplôme ou certificat d'études collégiales ¹	2,5*	46,2	35,7	15,7
Diplôme d'études universitaires	2,2	50,6	35,6	11,6
Hommes				
Niveau inférieur au DES	1,6*	40,6	39,6	18,2
Diplôme d'études secondaires (DES)	0,8**	39,5	41,9	17,8
Diplôme ou certificat d'études collégiales ¹	1,1**	37,2	45,7	16,1
Diplôme d'études universitaires	0,5**	38,6	47,3	13,6
Femmes				
Niveau inférieur au DES	4,6	47,9	28,7	18,8
Diplôme d'études secondaires (DES)	3,2	55,2	26,3	15,4
Diplôme ou certificat d'études collégiales ¹	3,9*	55,2	25,6	15,3
Diplôme d'études universitaires	3,8*	62,7	23,9	9,6

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Notons aussi que le statut pondéral est lié significativement à l'indice du niveau de revenu du ménage, de façon variable selon le sexe (tableau 7.3). La proportion de femmes obèses décroît à mesure que le revenu du ménage augmente : le cinquième des femmes dont le revenu est le plus faible sont obèses (20 %, quintile 1), tandis que c'est le cas d'une proportion de femmes allant de 16 % (quintile 2) à 10 % (quintile 5) chez celles ayant des revenus plus élevés. Chez les hommes cependant, l'obésité ne présente pas d'écarts significatifs selon l'indice du niveau de revenu du ménage.

La situation contraire est observée pour l'embonpoint. Chez les femmes, on note une seule différence significative selon l'indice du niveau de revenu du ménage¹¹³, alors que chez les hommes, la prévalence de l'embonpoint est plus élevée chez ceux dont les revenus sont supérieurs (46 %, quintile 4 et 49 %, quintile 5).

Quant au poids normal, ce sont les hommes dont les revenus sont faibles ou moyens (quintiles 1 à 3) qui sont proportionnellement les plus nombreux à présenter ce statut pondéral (42 %). À l'opposé, le poids normal est plus répandu chez les femmes dont les revenus sont plus élevés (60 %, quintile 4 et 61 %, quintile 5).

113. Les femmes du quintile 2 sont plus nombreuses, en proportion, à faire de l'embonpoint que celles du quintile 4 (27 % c. 24 %).

Tableau 7.3

Statut pondéral selon l'indice du niveau de revenu du ménage et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Poids insuffisant	Poids normal	Embonpoint	Obésité
	%			
Total				
Quintile 1 (faible)	2,6	46,4	32,4	18,6
Quintile 2	3,7	47,4	32,7	16,2
Quintile 3	2,3*	48,4	34,5	14,7
Quintile 4	1,9*	48,1	35,3	14,7
Quintile 5 (élevé)	1,7*	45,3	39,2	13,8
Hommes				
Quintile 1 (faible)	0,7*	41,9	40,3	17,1
Quintile 2	1,9**	42,0	39,2	16,9
Quintile 3	1,3**	41,9	41,5	15,4
Quintile 4	0,9**	36,5	46,3	16,3
Quintile 5 (élevé)	0,4**	34,1	49,1	16,4
Femmes				
Quintile 1 (faible)	3,9	49,7	26,8	19,6
Quintile 2	5,2	52,1	27,1	15,5
Quintile 3	3,3*	55,5	27,1	14,1
Quintile 4	2,9*	60,4	23,6	13,1
Quintile 5 (élevé)	3,7*	61,3	25,1	10,0

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

7.2.2 Perception à l'égard de son poids

- *Variations selon le sexe et l'âge*

Quel regard les Québécois de 15 ans et plus portent-ils sur leur poids? Selon l'EQSP 2008, près de 59 % d'entre eux considèrent leur poids comme à peu près normal, 39 % estiment avoir un excès de poids et 2,9 % se jugent trop maigres (tableau 7.4). Les hommes et les femmes se distinguent à cet égard : si les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à se considérer « normaux » (60 % c. 57 %) ou trop maigres (3,6 % c. 2,3 %), les femmes, elles, sont plus nombreuses à penser avoir un excès de poids (41 % c. 37 %).

La perception à l'égard de son poids varie selon l'âge. Le fait de penser avoir un excès de poids augmente avec l'âge (tableau 7.4). La proportion de personnes ayant cette perception, qui est de 17 % chez les 15 à 24 ans, croît de façon significative chez les 25 à 44 ans (38 %) et chez les 45 à 64 ans (49 %) pour décliner ensuite chez les 65 ans et plus (39 %). Cette différence selon l'âge s'observe chez les hommes et chez les femmes (données non présentées).

À l'opposé, la proportion de personnes considérant leur poids comme normal diminue à mesure que l'âge augmente chez les personnes des deux sexes âgées de 15 à 64 ans. Pour ce qui est de celles se croyant trop maigres, leur proportion ne dépasse pas 5 % quel que soit l'âge (tableau 7.4). Ce sont les 15-24 ans qui affichent la plus grande proportion à cet égard, en particulier les hommes (7 %¹¹⁴ des hommes c. 2,2 %¹¹⁴ des femmes) (données non présentées).

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

Tableau 7.4

Perception à l'égard de son poids¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Excès de poids	Trop maigre	À peu près normal(e)
	%		
Total	38,6	2,9	58,5
Hommes	36,6	3,6	59,9
Femmes	40,5	2,3	57,1
15-24 ans	16,6	4,9	78,5
25-44 ans	37,6	3,3	59,1
45-64 ans	48,9	1,8	49,3
65 ans et plus	38,7	2,7	58,6

1. Indicateur construit à partir de la question suivante (Q14) : « Considérez-vous que vous... 1) avez un excès de poids; 2) êtes trop maigre; 3) êtes à peu près normal(e)? »

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

- *Variations selon la scolarité et le revenu*

Selon les données de l'EQSP 2008, la perception à l'égard de son poids est associée à la scolarité, mais de façon différente selon le sexe. Les hommes ayant un niveau de scolarité inférieur au DES sont moins nombreux à penser avoir un excès de poids (32 %) que ceux qui sont titulaires d'un diplôme d'études secondaires (37 %), collégiales (37 %) ou universitaires (40 %) (données non présentées). Chez les femmes, ce sont les titulaires d'un diplôme d'études collégiales qui estiment, en plus grande proportion, avoir un excès de poids (44 %). Chez les autres femmes, la proportion se situe autour de 40 % (39 %, niveau inférieur au DES, 41 %, DES et 38 %, diplôme universitaire).

L'enquête ne permet pas de déceler d'écart significatif selon le niveau de scolarité chez les femmes ayant l'impression d'être trop maigres. Par contre, 5 % des hommes les moins scolarisés font cette autoévaluation comparativement à environ 3 % des hommes possédant un diplôme d'études collégiales ou universitaires.

Par ailleurs, la perception à l'égard de son poids est associée à l'indice du niveau de revenu du ménage seulement chez les hommes (données non présentées). Les hommes avec les revenus les plus élevés (quintile 5) sont plus nombreux à penser avoir un excès de poids (40 % c. 35 %, quintile 3, 36 %, quintile 2 et 33 %, quintile 1). Quant à la perception d'être trop maigre, elle est moins répandue chez les hommes ayant les revenus les plus élevés (2,1 %¹¹⁵, quintile 5) que chez ceux dont les revenus sont plus faibles (4,5 %¹¹⁵, quintile 1 et 5 %¹¹⁵, quintile 2).

- *Variations selon le statut pondéral*

Le tiers (33 %) des personnes ayant un poids insuffisant se considèrent effectivement comme trop maigres, alors que 66 % d'entre elles pensent avoir un poids normal, les femmes davantage que les hommes (74 % c. 39 % des hommes) (tableau 7.5). D'autre part, près de 85 % des personnes dont le statut pondéral est « normal » estiment avoir un poids normal et 11 % croient présenter un excès de poids. Si 15 % des femmes se considèrent en excès de poids alors que leur poids est normal, c'est le cas de 4,7 % des hommes.

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

Tableau 7.5

Perception à l'égard de son poids¹ selon le statut pondéral et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Excès de poids	Trop maigre	À peu près normal(e)
	%		
Total			
Poids insuffisant	0,2**	33,3	66,4
Poids normal	10,6	4,0	85,3
Embonpoint	55,3	0,3**	44,4
Obésité	90,7	—	9,1
Hommes			
Poids insuffisant	—	60,5	39,3*
Poids normal	4,7	6,8	88,5
Embonpoint	46,8	0,5**	52,8
Obésité	87,5	—	12,1
Femmes			
Poids insuffisant	—	26,2	73,5
Poids normal	14,8	2,1	83,1
Embonpoint	69,6	—	30,4
Obésité	94,2	—	5,8

1. Indicateur construit à partir de la question suivante (Q14) : « Considérez-vous que vous... 1) avez un excès de poids; 2) êtes trop maigre; 3) êtes à peu près normal(e)? »

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

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

— Donnée infime.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les personnes qui font de l'embonpoint se répartissent en deux groupes : environ 55 % pensent être en excès de poids et 44 % perçoivent leur poids comme normal (tableau 7.5). La proportion de femmes qui estiment avoir un excès de poids et qui font effectivement de l'embonpoint est plus élevée que celle notée chez les hommes (70 % c. 47 %). En contrepartie, les hommes sont plus nombreux que les femmes à croire que leur poids est normal alors qu'ils font de l'embonpoint (53 % c. 30 % des femmes).

Enfin, près de 91 % des personnes obèses se considèrent en excès de poids (tableau 7.5). La proportion des femmes qui ont cette perception est plus élevée que celle des hommes (94 % c. 88 %). Parmi les personnes obèses, c'est plus d'un homme sur 10 (12 %) et 6 % des femmes qui estiment leur poids normal.

7.2.3 Actions entreprises concernant son poids

- *Principale action entreprise concernant son poids*

- Variations selon le sexe et l'âge

Même si près de trois personnes sur cinq (61 %) âgées de 15 ans et plus ont indiqué n'avoir rien fait¹¹⁶ concernant leur poids au cours de la période de référence de six mois, une proportion non négligeable de Québécois a essayé de perdre

116. La catégorie de réponse « ne rien faire » est analysée comme une autre catégorie, c'est-à-dire que les résultats jugés importants sont présentés, comme cela a été fait dans le rapport de l'ESSEA réalisée auprès des jeunes en 1999 (Aubin et autres, 2002).

du poids (19 %) ou de le maintenir (contrôler) (17 %) et une faible minorité (3,0 %) a tenté de gagner du poids (tableau 7.6). Les données de l'EQSP 2008 montrent que les femmes et les hommes se distinguent quant à ces actions. Si les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir essayé de perdre du poids (22 % c. 15 %) ou de le maintenir (19 % c. 16 %), à l'inverse elles sont moins nombreuses qu'eux à avoir tenté de gagner du poids (1,9 % c. 4,1 %) ou à « ne rien faire » (57 % c. 65 %).

Tableau 7.6

Principale action entreprise concernant son poids¹ selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Perdre du poids	Maintenir son poids	Gagner du poids	N'avoir rien fait
	%			
Total	18,7	17,2	3,0	61,1
15-24 ans	14,6	12,7	8,4	64,3
25-44 ans	20,3	17,7	3,1	58,9
45-64 ans	21,0	19,6	1,2	58,1
65 ans et plus	13,8	14,9	1,4	69,9
Hommes	15,2	15,5	4,1	65,2
15-24 ans	10,8	9,5	13,6	66,1
25-44 ans	15,8	16,9	4,0	63,3
45-64 ans	17,6	17,3	1,0*	64,2
65 ans et plus	12,7	14,5	1,2*	71,6
Femmes	22,1	18,8	1,9	57,2
15-24 ans	18,5	16,0	3,0*	62,5
25-44 ans	25,0	18,5	2,3*	54,3
45-64 ans	24,4	21,9	1,4*	52,3
65 ans et plus	14,7	15,2	1,5*	68,6

1. Au cours d'une période de six mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les actions entreprises concernant son poids varient selon l'âge des personnes (tableau 7.6). Près de 14 % des hommes de 15 à 24 ans ont essayé de gagner du poids, tandis que cette proportion est de 4,0 % chez ceux de 25 à 44 ans et d'environ 1 % chez les hommes plus âgés. Chez les femmes, quel que soit l'âge, c'est une faible proportion (de l'ordre de 1 % à 3 %) qui a essayé de gagner du poids au cours d'une période de six mois.

Environ une femme sur cinq (19 %) de 15 à 24 ans a essayé de perdre du poids, alors que près d'une sur quatre a fait de même chez les 25-44 ans (25 %) et les 45-64 ans (24 %) (tableau 7.6). Cette option est moins populaire chez les femmes de 65 ans et plus (15 %). Chez les hommes, une situation similaire est observée, à savoir que le fait de tenter de perdre du poids est davantage noté chez ceux de 25 à 64 ans (16 % des 25-44 ans et 18 % des 45-64 ans) et moins fréquent chez les plus jeunes (11 % des 15-24 ans) et les plus âgés (13 % des 65 ans et plus).

Ce sont les femmes de 45 à 64 ans qui sont les plus nombreuses à avoir essayé de maintenir leur poids (22 %); celles des autres groupes ne se distinguent pas entre elles à cet égard (tableau 7.6). Chez les hommes, les plus jeunes (15-24 ans) sont moins nombreux à vouloir maintenir leur poids (9 %), alors qu'aucune différence significative n'est observée dans les autres groupes d'âge.

Le fait de « ne rien faire » à l'égard de son poids au cours de la période de référence de six mois touche indistinctement les hommes de moins de 65 ans, dont près des deux tiers se trouvent dans cette situation (tableau 7.6). Les hommes plus âgés sont cependant plus nombreux à n'avoir rien fait concernant leur poids (72 %). C'est également le cas des femmes les plus âgées (69 %) par rapport aux plus jeunes, soit les femmes de 15 à 24 ans (62 %), puis celles de 25 à 64 ans (54 % des 25-44 ans et 52 % des 45-64 ans).

– Variations selon la scolarité et le revenu

Les actions entreprises concernant son poids varient selon la scolarité (données non présentées). « Essayer de perdre du poids » est une action plus fréquente chez les personnes davantage scolarisées. Environ 19 % des hommes possédant un diplôme universitaire ont essayé de perdre du poids au cours de la période de référence de six mois. Une proportion plus faible est notée chez ceux détenant un diplôme d'études collégiales ou secondaires (15 %) et chez les hommes dont le niveau de scolarité est inférieur au DES (12 %). Chez les femmes, cette action est plus répandue chez les titulaires d'un diplôme d'études collégiales ou universitaires (24 %) que chez les personnes ne possédant pas de DES (19 %).

Près d'un diplômé universitaire sur cinq (19 %) a essayé de maintenir son poids au cours d'une période de six mois (données non présentées). Ces hommes se distinguent de ceux qui détiennent un DES (15 %) ou un niveau de scolarité inférieur (11 %). Quant aux femmes, celles possédant un diplôme, quel qu'il soit, ne se distinguent pas entre elles à ce chapitre (19 %, diplôme d'études collégiales et 20 %, DES et diplôme universitaire). Ces femmes sont cependant plus nombreuses que celles n'ayant pas de diplôme (16 %) à avoir essayé de maintenir leur poids.

Quel que soit le niveau de scolarité, c'est une faible proportion des femmes qui a essayé de gagner du poids (de l'ordre de 1 % à 2 %). Chez les hommes cependant, le fait de tenter de gagner du poids est plus répandu parmi ceux ayant un diplôme d'études collégiales (4,1 %), un DES (4,7 %) ou un niveau de scolarité inférieur au DES (6 %) que parmi les diplômés universitaires (1,7 %¹¹⁷) (données non présentées).

Les actions entreprises concernant son poids sont également liées à l'indice du niveau de revenu du ménage (données non présentées). Les hommes dont les revenus sont plus élevés sont plus nombreux à avoir essayé de perdre du poids au cours de la période de référence de six mois (18 %, quintile 4 et 17 %, quintile 5) par rapport à ceux des autres quintiles (12 %, quintile 1, 13 %, quintile 2 et 14 %, quintile 3). Le profil est légèrement différent chez les femmes : environ 25 % des femmes les plus avantagées sur le plan économique (quintile 5) ont tenté de perdre du poids comparativement au cinquième des femmes dont les revenus sont les plus faibles (21 %, quintiles 1 et 2).

Le fait d'avoir essayé de maintenir (ou contrôler) son poids est également plus courant chez les personnes plus favorisées. Les données de l'EQSP 2008 montrent que les hommes dont les revenus sont les plus élevés sont plus nombreux à avoir essayé de maintenir leur poids (20 %). Sur le plan statistique, ces hommes se distinguent de ceux dont les revenus sont faibles ou moyens (12 %, quintiles 1 et 2 et 15 %, quintile 3). Il en est de même chez les femmes plus favorisées (21 %, quintile 5), mais celles-ci se différencient seulement des femmes dont les revenus sont plus faibles (16 %, quintile 1 et 18 %, quintile 2).

– Variations selon le statut pondéral et la perception à l'égard de son poids

Les actions entreprises concernant son poids sont associées au statut pondéral et à la perception que les individus ont de leur poids. Alors qu'une faible proportion de la population de 15 ans et plus a essayé de gagner du poids (3,0 %), cette action a été privilégiée par environ 16 % des personnes de poids insuffisant et par un peu plus du tiers (34 %) des personnes qui se considèrent comme trop maigres (tableau 7.7). L'enquête ne détecte pas de différence significative selon le sexe à cet égard.

Le fait d'avoir essayé de perdre du poids touche une proportion croissante de personnes à mesure que l'IMC augmente : si 2,0 % des personnes de poids insuffisant rapportent cette action, c'est le cas de 9 % des personnes de poids normal, de près du quart (24 %) des personnes faisant de l'embonpoint et enfin de 41 % des personnes obèses (tableau 7.7). À l'exception de la catégorie poids insuffisant, ce profil s'observe chez les personnes des deux sexes bien que les hommes soient moins nombreux que les femmes à avoir choisi de perdre du poids¹¹⁸ (données non présentées). Cette action est également plus répandue chez les personnes considérant avoir un excès de poids que chez celles croyant avoir un poids normal (38 % c. 7 %). Là aussi, les hommes sont moins nombreux à avoir essayé de perdre du poids que les femmes, qu'ils estiment avoir un excès de poids (32 % c. 42 %) ou un poids normal (6 % c. 9 %).

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

118. Les personnes de poids normal ayant essayé de perdre du poids représentent 4,2 % des hommes c. 12 % des femmes, les proportions sont de 17 % c. 34 % pour les personnes faisant de l'embonpoint et de 37 % c. 47 % pour les personnes obèses; les estimations sont fournies à titre indicatif seulement (coefficients de variation supérieurs à 25 %) pour les personnes de poids insuffisant : 1,4 % des hommes et 2,1 % des femmes.

Tableau 7.7

Principale action entreprise concernant son poids¹ selon le statut pondéral et la perception à l'égard de son poids, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Perdre du poids	Maintenir son poids	Gagner du poids	N'avoir rien fait
	%			
Statut pondéral				
Poids insuffisant	2,0**	4,9**	16,4*	76,7
Poids normal	8,6	15,1	4,7	71,7
Embonpoint	23,5	20,3	1,1*	55,1
Obésité	41,5	19,0	0,2**	39,3
Perception à l'égard de son poids				
Excès de poids	37,6	20,6	0,2**	41,6
Trop maigre	1,9**	1,3**	33,7	63,1
À peu près normal(e)	7,2	15,8	3,3	73,8

1. Au cours d'une période de six mois.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Avoir essayé de maintenir (ou contrôler) son poids est un fait davantage observé chez les personnes ayant un surplus de poids. Environ une personne sur cinq a fait ce choix parmi les personnes ayant un surplus de poids (embonpoint : 20 % et obésité : 19 %) ou considérant avoir un surplus de poids (21 %) (tableau 7.7). En ce qui concerne les hommes et les femmes, qu'ils aient un surplus de poids ou qu'ils estiment en avoir un, leur comportement est semblable (données non présentées). Notons également qu'environ 15 % des personnes de poids normal et 16 % de celles se croyant dans cet état rapportent avoir essayé de maintenir leur poids.

La proportion de personnes n'ayant rien fait à l'égard de leur poids décroît de façon significative à mesure que le statut pondéral augmente : alors que 77 % des personnes de poids insuffisant et 72 % des personnes de poids normal n'ont rien fait au cours d'une période de six mois, cette proportion baisse à 55 % chez celles qui font de l'embonpoint et à 39 % chez les personnes obèses (tableau 7.7). Malgré cette tendance, force est de constater qu'une proportion appréciable de personnes ayant un surplus de poids n'ont rien fait pour modifier leur situation. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à n'avoir rien fait (61 % c. 45 % chez les personnes faisant de l'embonpoint, 44 % c. 34 % chez les personnes obèses) (données non présentées). Ce comportement varie également selon la perception à l'égard de son poids : 74 % des individus considérant leur poids comme normal, 63 % des personnes se jugeant trop maigres et 42 % de celles qui estiment avoir un excès de poids n'ont rien fait à l'égard de leur poids.

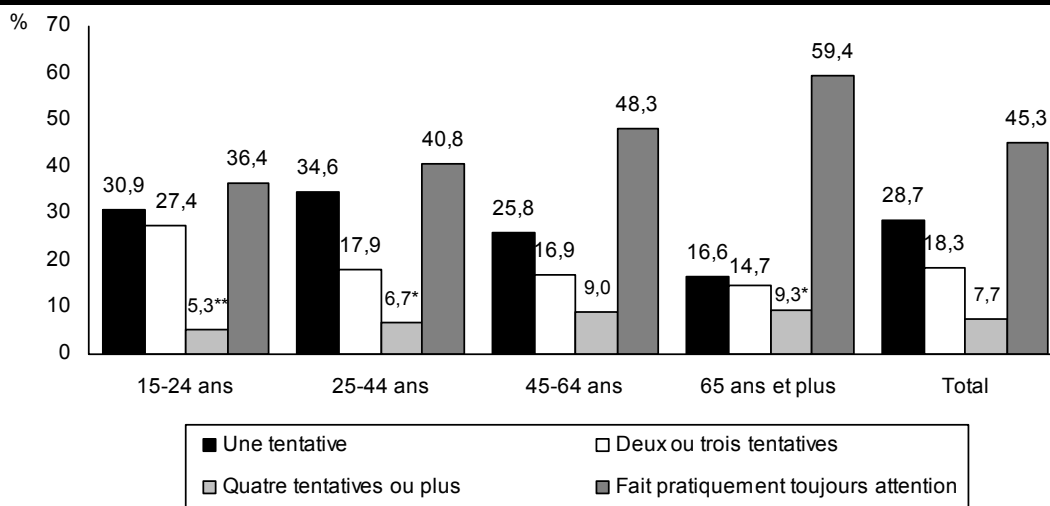
- **Nombre de tentatives faites pour perdre du poids**

- Variations selon le sexe et l'âge

Les analyses présentées dans cette section concernent seulement les personnes de 15 ans et plus ayant essayé de perdre du poids au cours d'une période de référence de six mois, soit près d'une personne sur cinq (19 % de la population). Environ 30 % de ces personnes ont fait « une tentative » pour perdre du poids, 16 % en ont fait « deux ou trois », 7 %, « au moins quatre tentatives », alors que 46 % d'entre elles disent « faire pratiquement toujours attention » (données non présentées). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir fait deux ou trois tentatives pour perdre du poids (18 % c. 13 %).

Figure 7.1

Nombre de tentatives faites pour perdre du poids¹ selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids, Québec, 2008



1. Au cours d'une période de six mois.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Le nombre de tentatives pour perdre du poids varie selon l'âge chez les femmes uniquement (figure 7.1). Environ le tiers des femmes de 15 à 44 ans (31 %, 15-24 ans et 35 %, 25-44 ans) ont fait une seule tentative; des proportions moindres sont observées chez les 45 à 64 ans (26 %) et les 65 ans et plus (17 %). Parmi les 15 à 24 ans, un peu plus d'une femme sur quatre (27 %) a fait deux ou trois tentatives pour perdre du poids, tandis que des proportions plus faibles sont notées chez les femmes plus âgées. L'EQSP 2008 ne permet pas de déceler d'écarts significatifs selon l'âge chez les femmes ayant fait quatre tentatives ou plus.

Enfin, ce sont les femmes de 65 ans et plus qui sont les plus nombreuses à faire pratiquement toujours attention, soit près de 6 femmes sur 10 (59 %). La popularité de cette option diminue chez les femmes de 45 à 64 ans alors qu'un peu moins d'une sur deux (48 %) rapporte ce comportement. Enfin, les femmes âgées de 15 à 44 ans ne se distinguent pas entre elles à cet égard (36 %, 15-24 ans et 41 %, 25-44 ans).

– Variations selon la scolarité et le revenu

Le nombre de tentatives pour perdre du poids n'est pas associé à l'indice du niveau de revenu du ménage. Cet indicateur est toutefois lié à la scolarité uniquement chez les femmes (données non présentées). Ainsi, les femmes titulaires d'un diplôme d'études sont plus nombreuses (28 %, DES et 33 %, diplôme d'études collégiales et 30 %, diplôme universitaire) à avoir fait une seule tentative pour perdre du poids que celles dont le niveau de scolarité est inférieur au DES (22 %). Les femmes les plus scolarisées sont, par ailleurs, moins nombreuses que les autres à rapporter « deux ou trois tentatives » pour perdre du poids (13 % c. 20 %, et diplôme d'études collégiales 19 %, DES et 21 %, niveau inférieur au DES).

Notons que le nombre le plus élevé de tentatives pour perdre du poids (au moins quatre) est plus répandu chez les femmes ne détenant pas de DES (12 %) que chez celles des autres niveaux de scolarité (entre 6 % et 7 %). D'autre part, « faire pratiquement toujours attention » est un comportement courant parmi les femmes de tous les niveaux de scolarité. Sur le plan statistique cependant, seules les femmes possédant un diplôme universitaire se distinguent à cet égard de celles détenant un diplôme d'études collégiales (50 % c. 40 %) (données non présentées).

- Variations selon le statut pondéral et la perception à l'égard de son poids

Le nombre de tentatives pour perdre du poids n'est pas lié au statut pondéral mais il varie selon la perception que les personnes ont de leur poids¹¹⁹ (données non présentées). Les hommes croyant avoir un excès de poids sont plus nombreux que ceux estimant avoir un poids normal à avoir fait « deux ou trois tentatives » pour perdre du poids (15 % c. 4,5 %¹²⁰). Du côté des femmes, celles qui pensent avoir un excès de poids ont été moins nombreuses que leurs vis-à-vis qui considèrent comme normal leur poids à avoir fait « une tentative » (26 % c. 36 %) et plus nombreuses à avoir fait « quatre tentatives ou plus » pour perdre du poids (9 % c. 4,7 %¹²¹).

- *Recours aux méthodes pour perdre du poids ou le maintenir*

Le recours aux différentes méthodes, certaines ayant un potentiel de dangerosité pour la santé, concerne les personnes de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le contrôler (maintenir) au cours d'une période de référence de six mois (environ 36 % de la population)¹²².

- Recours à une diète ou à un programme amaigrissant de type commercial

Au Québec en 2008, au cours de la période de référence de six mois, environ 13 % des personnes ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir ont essayé une fois une diète ou un programme amaigrissant de type commercial, 10 % ont essayé ce type de méthode deux fois ou plus et 77 % n'y ont pas eu recours¹²³ (données non présentées). Les femmes utilisent davantage ce type de méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé que les hommes (une fois : 14 % c. 11 %; deux fois ou plus : 11 % c. 8 %) (données non présentées).

La fréquence du recours à ce type de méthode varie selon l'âge mais seulement chez les femmes (figure 7.2). Les femmes de 25 à 44 ans sont plus nombreuses, en proportion, à avoir suivi une fois une diète ou un programme d'amaigrissement de type commercial que celles de 65 ans et plus (16 % c. 10 %). Le fait d'avoir suivi deux fois ou plus une diète ou un programme est plus répandu chez les femmes de 45 à 64 ans comparativement aux femmes de 65 ans et plus (13 % c. 8 %). Notons également que l'absence de recours à ce type de méthode est plus élevée chez les femmes de 65 ans et plus et chez celles de 15 à 24 ans (82 % et 79 %).

Enfin, le recours à une diète ou à un programme amaigrissant de type commercial n'est pas associé à la scolarité, à l'indice du niveau de revenu du ménage, au statut pondéral ou à la perception que les personnes ont de leur poids.

- Consultation auprès de professionnels de la santé

Près de 7 % des personnes de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir au cours d'une période de référence de six mois ont consulté une fois un professionnel de la santé, environ 6 % ont consulté à au moins deux reprises¹²⁴, alors que près de 87 % n'ont pas du tout consulté. Si les hommes sont plus nombreux que les femmes à n'avoir pas eu recours aux services de professionnels de la santé (89 % c. 86 %), les femmes sont, pour leur part, plus nombreuses à avoir consulté à au moins deux reprises (7 % c. 4,2 %) (données non présentées).

119. Pour cause d'imprécision (coefficients de variation supérieurs à 25 %), les résultats présentés excluent ceux concernant les personnes qui se croient trop maigres.

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

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

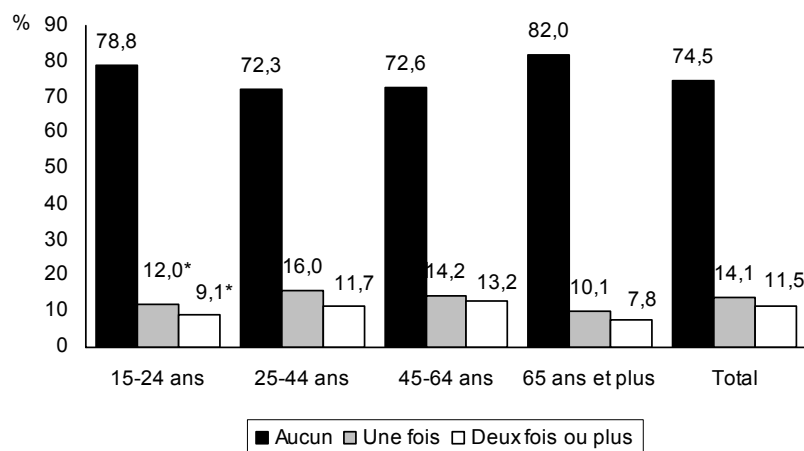
122. Cette population est composée d'environ 58 % de femmes et 42 % d'hommes. Parmi les personnes ayant essayé de perdre du poids, 60 % sont des femmes et 40 %, des hommes, alors que parmi les personnes ayant tenté de contrôler leur poids, 56 % sont des femmes et 44 %, des hommes).

123. Lorsqu'on considère l'ensemble de la population de 15 ans et plus, environ 92 % des personnes n'ont pas eu recours à ce type de méthode et près de 8 % y ont eu recours.

124. Lorsqu'on considère l'ensemble de la population de 15 ans et plus, environ 95 % des personnes n'ont pas consulté un professionnel de la santé afin de perdre du poids ou de le maintenir.

Figure 7.2

Fréquence du recours à une diète ou à un programme d'amaigrissement commercial¹ selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir, Québec, 2008



1. Au cours d'une période de six mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

La fréquence de consultation est associée à l'âge seulement chez les femmes. Ce sont les femmes de 15 à 24 ans qui sont les plus nombreuses à avoir consulté une fois un professionnel de la santé (12 %¹²⁵); à cet égard, elles se distinguent des femmes âgées de 45 ans et plus (c. 7 %, 45-64 ans c. 4,3 %¹²⁵, 65 ans et plus). Le non-recours à un professionnel de la santé est plus répandu chez les femmes de 65 ans et plus (90 %) par rapport à leurs cadettes (c. 86 %, 45-64 ans et 86 % 25-44 ans c. 79 %, 15-24 ans) (données non présentées).

La fréquence de consultation auprès de professionnels de la santé ne varie pas selon le niveau de scolarité, l'indice du niveau de revenu du ménage ou la perception à l'égard de son poids. Cet indicateur est cependant lié au statut pondéral comme en fait foi le tableau 7.8. Ainsi, la proportion de personnes n'ayant pas consulté un professionnel de la santé, au cours de la période de référence de six mois, diminue à mesure que le poids augmente : environ 94 % des personnes de poids insuffisant et près de 92 % des personnes ayant un poids normal n'ont pas consulté, tandis que cette proportion baisse à 87 % chez celles faisant de l'embonpoint et à 82 % chez les personnes obèses. Ce profil est similaire chez les personnes des deux sexes bien que les femmes ayant un surplus de poids soient moins nombreuses à ne pas avoir consulté que les hommes dans la même situation (obésité : 79 % c. 85 %; embonpoint : 85 % c. 90 %) (données non présentées selon le sexe).

Le fait d'avoir consulté au moins à deux reprises est plus courant chez les personnes obèses que chez celles qui font de l'embonpoint ou qui ont un poids normal (9 % c. 4,8 % et 3,5 %). Parmi les personnes obèses, les femmes sont plus nombreuses à avoir consulté à cette fréquence que les hommes (12 % c. 7 %) (données non présentées selon le sexe). De même, la proportion des femmes présentant un surplus de poids qui ont consulté une fois (9 % tant pour l'obésité que pour l'embonpoint) est supérieure à celle notée chez les femmes de poids normal (4,8 %).

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

Tableau 7.8

Consultation¹ auprès de professionnels de la santé selon le sexe et le statut pondéral, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir, Québec, 2008

	Aucune	Une	Deux ou plus
	%		
Total	87,1	7,2	5,7
Sexe			
Hommes	88,9	6,9	4,2
Femmes	85,7	7,5	6,8
Statut pondéral			
Poids insuffisant	94,0	—	—
Poids normal	91,8	4,8	3,5*
Embonpoint	87,4	7,9	4,8
Obésité	82,0	8,7	9,2

1. Au cours d'une période de six mois.

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

— Donnée infime.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

— Méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé

Au cours de la période de référence de six mois, le recours à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé a touché près du dixième (8 %) des personnes de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir (données non présentées). C'est dire qu'environ 92 % de ces personnes¹²⁶ n'ont pas utilisé « souvent » l'une ou l'autre des 11 méthodes retenues dans l'EQSP 2008. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir eu recours à ce type de méthode (9 % c. 7 %) (données non présentées). « Sauter des repas » est la méthode la plus populaire alors que 4,6 % des personnes y ont eu recours « souvent » au cours de la période de référence (consulter l'annexe 7.1 pour des renseignements détaillés sur chaque méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé).

Le recours à ce type de méthode varie selon l'âge chez les femmes seulement¹²⁷. Bien qu'elles semblent utiliser ces méthodes en plus forte proportion que les autres, les femmes de 15 à 24 ans ne se distinguent à cet égard que des femmes les plus âgées : 12 % des 15-24 ans, 10 % des 25-44 ans et 8 % des 45-64 ans ont souvent adopté au moins une méthode comportant un risque pour la santé comparativement à 3,8 % des 65 ans et plus.

Le recours à des méthodes potentiellement dangereuses pour la santé est associé à la scolarité¹²⁸. Les femmes ne détenant pas de DES se démarquent de celles possédant un diplôme d'études secondaires ou universitaires par une plus forte proportion d'utilisatrices de ce type de méthode (12 % c. 8 % et 6 %). Chez les hommes, le recours à ces méthodes est également plus courant chez ceux ne détenant pas de DES (11 % c. 4,3 %, diplôme d'études collégiales et 5 %, diplôme universitaire).

Selon l'EQSP 2008, le recours à ces méthodes est associé à l'indice du niveau de revenu du ménage chez les femmes seulement¹²⁹. Ce recours est plus répandu chez les femmes dont les revenus sont les plus faibles (13 %, quintile 1). À cet égard, ces femmes se distinguent de celles dont les revenus sont moyens ou plus élevés (7 %, quintile 3 et 6 %, quintile 4 et 8 %, quintile 5).

126. Lorsqu'on considère l'ensemble de la population de 15 ans et plus, environ 97 % des personnes n'ont pas eu « souvent » recours à l'une ou l'autre de ces méthodes, alors que 2,8 % y ont eu souvent recours.

127. Les résultats sont présentés à l'annexe A.7.3.

128. Les résultats sont présentés à l'annexe A.7.4.

129. Les résultats sont présentés à l'annexe A.7.3.

L'enquête permet de déceler une relation entre le recours à ce type de méthode et deux variables liées au poids, soit le statut pondéral et la perception à l'égard de son poids (chez les hommes seulement)¹³⁰. Le recours à ces méthodes est plus répandu chez les hommes et les femmes obèses que chez les personnes de poids normal (hommes : 12 % c. 3,0 %; femmes : 11 % c. 7 %) (tableau 7.9). Enfin, les hommes considérant avoir un excès de poids ont eu davantage recours à ces méthodes que les hommes croyant être de poids normal (9 % c. 2,5 %¹³¹) (données non présentées).

Tableau 7.9

Nombre de recours à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité¹ selon le statut pondéral et le sexe, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir, Québec, 2008

	Aucun	Une fois et plus
	%	
Total		
Poids insuffisant	84,4	15,6**
Poids normal	93,9	6,1
Embonpoint	93,4	6,6
Obésité	88,7	11,3
Hommes		
Poids insuffisant	91,4*	—
Poids normal	97,0	3,0*
Embonpoint	94,9	5,1*
Obésité	88,5	11,5
Femmes		
Poids insuffisant	83,1	16,9**
Poids normal	93,0	7,0
Embonpoint	91,6	8,4
Obésité	88,9	11,1

1. Au cours d'une période de six mois.

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

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

— Donnée infime

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

— Méthodes saines

Parmi les personnes de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir au cours d'une période de référence de six mois, environ 96 % ont utilisé « presque à tous les jours » au moins une des 12 méthodes saines proposées dans l'enquête. Par exemple, 64 % des personnes ont mangé « presque à tous les jours » plus de fruits et de légumes, une même proportion (64 %), des aliments moins gras et un peu plus de la moitié (51 %), des aliments moins sucrés (consulter l'annexe 7.2 pour des renseignements détaillés sur chaque méthode saine). Le recours à ces méthodes est un phénomène courant : un peu plus du tiers des personnes (35 %) ont adopté entre une et quatre méthodes, un peu moins de la moitié (45 %), entre cinq et huit méthodes et environ une personne sur six (16 %), neuf méthodes et plus (figure 7.3)¹³². Ainsi, c'est moins de 5 % des personnes (4,3 %) qui, dans leurs efforts pour perdre du poids ou le maintenir, ne rapportent aucune méthode saine au cours d'une période de six mois.

130. Les résultats présentés ne comprennent pas les données relatives à l'insuffisance de poids et à la perception d'être trop maigre à cause de l'imprécision des estimations (coefficients de variation supérieurs à 25 %).

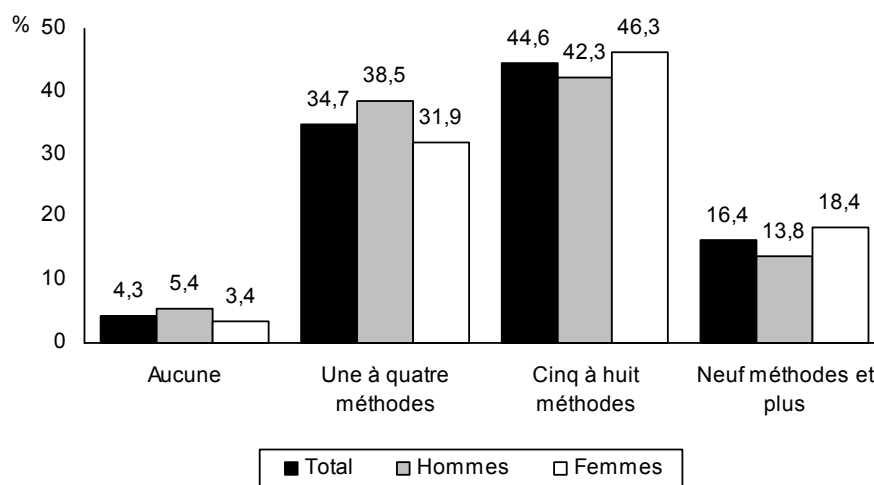
131. Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

132. Lorsqu'on considère l'ensemble de la population de 15 ans et plus, environ 66 % des personnes n'ont pas eu recours « presque à tous les jours » à l'une ou l'autre des méthodes saines.

Les femmes et les hommes se distinguent quant à la fréquence du recours à ces méthodes : les premières sont plus nombreuses que les seconds à utiliser entre neuf méthodes et plus (18 % c. 14 %) ou cinq et huit méthodes (46 % c. 42 %) et, à l'inverse, moins nombreuses à n'en suivre aucune (3,4 % c. 5 %) ou d'une à quatre méthodes (32 % c. 38 %) (figure 7.3).

Figure 7.3

Nombre de méthodes saines¹ selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir, Québec, 2008



1. Au cours d'une période de six mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

La fréquence du recours à ces méthodes varie selon l'âge seulement chez les femmes (données non présentées). Environ une femme sur cinq âgée de 15 à 44 ans (19 %, 15-24 ans et 23 %, 25-44 ans) a mis en pratique neuf méthodes et plus « presque à tous les jours » tandis que les femmes plus âgées ont fait de même en moindre proportion (17 %, 45-64 ans c. 9 %, 65 ans et plus). Il n'y a pas de différence significative selon l'âge pour l'utilisation de cinq à huit méthodes saines; ainsi, c'est un peu moins de la moitié (46 %) des femmes de tous les âges qui ont eu recours à autant de méthodes saines.

Dans leurs efforts pour perdre du poids ou le maintenir, les femmes âgées de 65 ans et plus sont les plus nombreuses (43 %) à avoir adopté d'une à quatre méthodes saines. Les femmes plus jeunes ont eu recours à ce nombre de méthodes dans une proportion avoisinant les 30 % (31 %, 15-24 ans et 27 %, 25-44 ans c. 33 %, 45-64 ans). Enfin, le non-recours aux méthodes saines est faible chez les femmes (de l'ordre de 3 %), quel que soit l'âge.

La fréquence du recours à des méthodes saines n'est pas associée au statut pondéral ni à la perception à l'égard de son poids. Cependant, cet indicateur varie selon le niveau de scolarité et, chez les femmes seulement, selon l'indice du niveau de revenu du ménage (données non présentées). Les personnes dont le niveau de scolarité est le plus faible (niveau inférieur au DES) se démarquent puisqu'elles sont plus nombreuses à avoir mis en pratique entre une et quatre méthodes saines; cela s'observe tant chez les hommes (45 %) que chez les femmes (40 %)¹³³ (données non présentées). En contrepartie, le niveau le plus élevé de méthodes saines (neuf et plus) est moins répandu chez ces personnes (8 % des hommes et 11 % des femmes ayant un niveau inférieur au DES)¹³⁴. Les personnes détenant un diplôme d'études secondaires (DES) ou plus, pour leur part, ne se différencient pas entre elles à l'égard du nombre de méthodes saines¹³⁵ (données non présentées).

133. Les proportions d'hommes et de femmes des autres niveaux de scolarité ayant utilisé entre une et quatre méthodes saines sont les suivantes : 38 % et 31 % pour le DES; 35 % et 29 % pour le diplôme d'études collégiales; 38 % et 30 % pour le diplôme universitaire.

134. Les proportions d'hommes et de femmes des autres niveaux de scolarité ayant utilisé neuf méthodes saines et plus sont les suivantes : 13 % et 18 % pour le DES; 18 % et 22 % pour le diplôme d'études collégiales; 14 % et 20 % pour le diplôme universitaire.

135. Une seule exception : l'utilisation de neuf méthodes saines et plus, plus fréquente chez les femmes possédant un diplôme d'études collégiales (22 %) que chez celles ayant un DES (18 %).

Pour ce qui est de l'indice du niveau de revenu du ménage, les femmes dont les revenus sont les plus élevés (quintile 5) se distinguent des autres femmes (données non présentées). D'une part, environ 24 % d'entre elles utilisent peu de méthodes comparativement à des proportions allant de 31 % (quintile 1) à 36 % (quintile 4) chez les autres femmes. D'autre part, un peu plus du quart (26 %) des femmes aux revenus les plus élevés ont adopté au moins neuf méthodes, alors que de 14 % (quintile 1) à 19 % (quintile 2) des autres femmes ont fait de même.

Conclusion

Les données de l'EQSP 2008 indiquent que l'obésité touche 16 % des personnes de 15 ans et plus et l'embonpoint, 35 %. C'est dire qu'environ la moitié de la population québécoise affiche un surplus de poids. Chez les jeunes de 15 à 17 ans, ces proportions sont respectivement de 5 % et 15 %. La mise en parallèle de ces résultats avec ceux du cycle 3.1 de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* – 47,1 % des adultes québécois et 14,3 % des jeunes de 15 à 17 ans présentant un surplus de poids en 2005 (Lamontagne et Hamel, 2008, 2009) – laisse supposer que la problématique du surplus de poids au Québec n'est pas en voie de s'estomper. D'un point de vue de santé publique, ces données sont préoccupantes, que l'on pense aux coûts sociaux et de santé occasionnés par le surplus de poids, un facteur de risque de plusieurs maladies chroniques. Agir pour freiner la hausse du surplus de poids est complexe et nécessite, outre le soutien au développement d'interventions favorisant l'adoption de saines habitudes alimentaires au sein de la population, la promotion de normes sociales favorables et l'amélioration des services aux personnes aux prises avec un problème de poids (MSSS, 2006).

Les résultats de l'enquête permettent de brosser un portrait du statut pondéral selon certaines caractéristiques. Le statut pondéral varie selon le sexe et l'âge. Par exemple, l'embonpoint et l'obésité sont plus répandus chez les hommes ainsi que chez les personnes de 45 à 64 ans (et de 65 ans et plus pour l'embonpoint). Le statut pondéral varie également selon la scolarité et l'indice du niveau de revenu du ménage, et les associations trouvées diffèrent à l'occasion selon le sexe. La prévalence de l'obésité est moindre chez les personnes des deux sexes qui détiennent un diplôme d'études universitaires, tandis que l'embonpoint affecte davantage les femmes dont le niveau de scolarité est inférieur au diplôme d'études secondaires par rapport aux femmes ayant terminé des études collégiales ou universitaires. Alors que l'obésité est plus répandue chez les femmes dont les revenus du ménage sont les plus faibles, la prévalence de l'embonpoint est plus élevée chez les hommes disposant de revenus supérieurs. Ces résultats sont semblables à ceux obtenus dans des travaux récents (Mongeau et autres, 2005; Lamontagne et Hamel, 2008). Il serait intéressant de compléter ce portrait en exploitant les données de l'enquête à partir de variables sociodémographiques non explorées dans le chapitre (indice de défavorisation, localisation géographique) et de caractéristiques de santé, comme la perception de l'état de santé et la détresse psychologique.

Le regard que les personnes posent sur leur poids diffère selon le sexe : si les hommes sont plus enclins que les femmes à percevoir leur poids comme normal, ce sont les femmes qui présentent en fait la plus forte proportion de personnes de poids normal. Les données de l'EQSP 2008 suggèrent également que les femmes sont portées à surestimer leur poids et les hommes, à le sous-estimer : par exemple, 74 % des femmes ayant un poids insuffisant considèrent que leur poids est normal. Par ailleurs, la proportion des hommes estimant être en excès de poids alors qu'ils font de l'embonpoint (47 %) est plus faible que celle des femmes (70 %). Comment expliquer ces différences entre le poids déclaré et la perception du poids selon le sexe? Pourquoi la perception qu'ont les femmes de leur poids semble-t-elle plus sévère? Est-ce que les femmes perçoivent différemment les signes précurseurs de l'embonpoint et de l'obésité? Les réponses à ces questions sont d'ordre sociologique et renvoient, entre autres choses, à la valorisation de l'idéal de minceur, chez les femmes en particulier (Venne et autres, 2008).

Pour une première fois dans une enquête menée au Québec, l'EQSP 2008 permet d'estimer la proportion des personnes de 15 ans et plus ayant mené des actions concrètes concernant leur poids au cours d'une période de six mois. L'enquête estime à un peu plus du tiers (36 %) la proportion des personnes ayant essayé de perdre du poids ou de le maintenir (ou contrôler). Environ quatre femmes sur dix ont opté pour l'une ou l'autre de ces actions, comparativement à trois hommes sur dix. Ces résultats se rapprochent de ceux présentés dans l'avis scientifique de l'Institut national de santé publique du Québec sur les produits, services et moyens amaigrissants (Venne et autres, 2008). Selon cet avis, le contrôle et la perte du poids sont des pratiques fréquentes dans la population, touchant entre le tiers et la moitié des femmes et jusqu'au quart des hommes.

Les actions concernant le poids varient selon différents facteurs, dont le statut pondéral. Ainsi, comme on s'y attendrait, les personnes ayant un surplus de poids sont plus susceptibles que les autres d'avoir essayé de perdre du poids ou de le maintenir. Il ressort également des données de l'enquête qu'une proportion appréciable d'entre elles n'ont rien fait au cours d'une période de six mois : c'est le cas de plus de la moitié (55 %) des personnes faisant de l'embonpoint et de près de deux personnes obèses sur cinq (39 %). Comme l'obésité est un facteur de risque pour plusieurs maladies, les individus qui en souffrent constituent un groupe cible pour le réseau de la santé publique. Mais pourquoi ne tentent-ils pas d'en perdre? Entre autres hypothèses, on peut penser qu'une partie d'entre eux ont déjà fait des tentatives pour perdre du poids dans le passé ou comptent en faire plus tard; certains ont peut-être abdicqué devant la faible efficacité des efforts antérieurs. Il s'agit là de pistes de recherche qui pourraient permettre de mieux comprendre les attitudes des personnes au regard de leur poids.

Les tentatives pour perdre du poids semblent être un phénomène courant, chez les femmes principalement. Bien qu'il soit plus fréquent que les personnes cherchant à perdre du poids aient fait une seule tentative au cours d'une période de six mois, une proportion non négligeable d'entre elles en ont fait plus d'une, en particulier les femmes plus jeunes et les personnes moins scolarisées. Soulignons que près de la moitié de ces personnes disent « faire pratiquement toujours attention », particulièrement les femmes de 45 ans et plus. Ce constat demande d'explorer davantage un comportement relativement répandu. Entre autres questionnements, est-ce que les personnes qui « font toujours pratiquement attention » ont une alimentation équilibrée? À quoi font-elles « attention » au juste? Se priveraient-elles de consommer certains aliments nutritifs qu'elles perçoivent comme trop caloriques? À contrôler le nombre de calories ou à ne pas consommer trop de gras? Autrement dit, est-ce que ces personnes adoptent ce comportement uniquement pour perdre du poids pour des raisons esthétiques ou le font-elles aussi pour prévenir certaines maladies? L'EQSP 2008 ne permet pas de répondre à ces questions.

Pour une première fois à l'échelle du Québec, une enquête permet d'estimer le recours à des méthodes visant la perte ou le contrôle du poids. Selon l'EQSP 2008, environ le quart des personnes ayant cherché à perdre ou contrôler leur poids ont eu recours à une diète amaigrissante ou à un programme d'amaigrissement commercial au cours d'une période de six mois. Ce constat peut être préoccupant, compte tenu de la faible efficacité d'une bonne partie de ces diètes et programmes, qui entraînent une perte de poids, suivie d'une reprise du poids perdu. Notons également qu'environ une personne sur dix a eu souvent recours à au moins une méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé, principalement « sauter des repas », « prendre des substituts de repas » et « ne pas manger pendant toute une journée ». Ces méthodes sont les plus populaires, parmi celles proposées dans l'enquête, chez les femmes de tout âge, à l'exception des femmes de 65 ans et plus. Outre l'âge, la scolarité peu élevée, le faible niveau de revenu du ménage et l'obésité sont aussi associés à l'utilisation de telles méthodes.

Le recours à des méthodes saines est un phénomène courant, puisque 96 % des personnes ayant essayé de perdre du poids ou de le maintenir ont mis en pratique « presque tous les jours » au moins l'une des 12 méthodes énoncées dans l'EQSP 2008. Environ le tiers d'entre elles ont utilisé entre une et quatre méthodes, un peu moins de la moitié, entre cinq et huit et une personne sur six, neuf méthodes et plus. Ce sont surtout les femmes qui ont eu recours à cinq méthodes et plus, en particulier celles de moins de 45 ans et celles dont les revenus du ménage sont les plus élevés. Par ailleurs, ces méthodes sont moins répandues chez les personnes dont le niveau de scolarité est inférieur au diplôme d'études secondaires. Ces résultats sont intéressants et suggèrent des pistes d'analyse additionnelles. Par exemple, après avoir étudié le nombre de méthodes saines, il serait pertinent d'examiner plus en profondeur ces changements de comportement et la diversité des méthodes utilisées.

Enfin, la consultation d'un professionnel de la santé est peu fréquente chez les personnes ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir. Environ 13 % d'entre elles seulement l'ont fait au cours d'une période de six mois. Les femmes consultent plus que les hommes, de même que les personnes obèses et celles qui font de l'embonpoint par rapport aux personnes de poids insuffisant ou de poids normal. Le recours à une aide professionnelle semble donc être secondaire parmi l'ensemble des méthodes accessibles aux personnes souhaitant perdre du poids ou le maintenir. Pourtant, une telle aide pourrait leur être bénéfique (Venne et autres, 2008). L'enquête ne permet cependant pas de savoir si les personnes désireuses d'obtenir une telle aide ont pu le faire. Cette aide professionnelle est-elle accessible? Enfin, le large éventail de méthodes possibles et l'utilisation d'un grand nombre d'entre elles permettent de s'interroger sur les meilleures façons de lutter efficacement et sainement contre le surplus de poids.

Références bibliographiques

- AL SABBAH, H., C. VEREECKEN, Z. ABDEEN, C. KELLY, K. OJALA, Ā. NEMETH, N. AHLUWALIA et L. MAES (2010). « Weight Control Behaviors among Overweight, Normal Weight and Underweight Adolescents in Palestine : Findings from the National Study of Palestinian Schoolchildren (HBSC-WBG2004) », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 43, n° 4, may, p. 326-336.
- AUBIN, J., C. LAVALLEE, J. CAMIRAND, N. AUDET et autres (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 520 p.
- AUDET, N. (2007). « L'évolution de l'excès de poids chez les adultes québécois de 1990 à 2004 : mesures directes », *Zoom Santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Juin, p. 1-5.
- BARALDI, R., J.-F. CARDIN, V. DUMITRU et L. MONGEAU (2007). « L'embonpoint et l'obésité chez les jeunes Québécois de 12 à 17 ans. Que révèlent les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », *Zoom Santé*, Québec, Institut de la statistique du Québec, juin, p. 6-9.
- COLE, T. J., K.M. FLEGAL, D. NICHOLLS et A.A. JACKSON (2007). « Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey », *British Medical Journal*, vol. 335, n° 7612, June 25, p. 194, [En ligne] : www.bmj.com/cgi/reprint/bmj.39238.399444.55v1. (page consultée le 29 mai 2010).
- COLE, T.J., M.C. BELLIZI, K.M. FLEGAL, et W.H. DIETZ (2000). « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey », *British Medical Journal*, vol. 320, May 6, p. 1240-1243. [En ligne] : www.bmj.com/cgi/reprint/320/7244/1240. (page consultée le 29 mai 2010).
- CONNOR GORBER, S., M. SHIELDS, M.S. TREMBLAY et I. McDowell (2008). « La possibilité d'établir des facteurs de correction applicables aux estimations autodéclarées de l'obésité », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 19, n° 3, septembre, p. 74-87.
- GOLDSCHMIDT, A.B., V. PASSI ASPEN, M.M. SINTON, M. TANOFKY-KRAFF et D.E. WILFLEY (2008). « Disordered Eating Attitudes and Behaviors in Overweight Youth », *Obesity*, vol. 16, n° 2, p. 257-264.
- HALL, D.M.B., et T.J. COLE (2006). « What use is the BMI? », *Archives of disease in childhood*, vol. 91, n° 3, p. 283-286.
- HERMAN, C.P., et J. POLIVY (1984). « A boundary model for the regulation of eating », dans: A.J. STUNKARD et E. STELLAR (eds.), *Eating and its disorders*. New York, Raven Press, p. 141-156.
- KRUGER, J., D.A. GALUSKA, M.K. SERDULA et D.A. JONES (2004). « Attempting to Lose Weight – Specific practices Among U.S. Adults », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 26, n° 5, p. 402-406.
- LAMONTAGNE, P., et D. HAMEL (2009). *Le poids corporel chez les enfants et adolescents du Québec de 1978 à 2005*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 69 p.
- LAMONTAGNE, P., et D. HAMEL (2008). *Poids corporel de la population adulte québécoise : Mise à jour 2005/Exploitation des données de l'ESSC 3.1*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 25 p.
- LEDoux, M., L. MONGEAU et M. RIVARD (2002). « Poids et image corporelle », dans : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 14, p. 311-344.
- LEDoux, M., et M. RIVARD (2000). « Poids corporel », dans : *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 8, p. 186-199.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2006). *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2010, Investir pour l'avenir*, Québec, Gouvernement du Québec, 50 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 133 p.
- MONGEAU, L. (2007). « Les problèmes reliés au poids comme épidémie de la modernité », dans : H. DORVAL et R. MAYER (dir), *Problèmes sociaux; Théories et méthodologies de la recherche (tome III)*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, chapitre 2, p. 49-84.
- MONGEAU, L., N. AUDET, J. AUBIN et R. BARALDI (2005). *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Québec, Institut national de santé publique et Institut de la Statistique du Québec, 24 p.
- NATIONAL INSTITUTE OF NUTRITION AND THE CANADIAN FOOD INFORMATION COUNCIL (2004). *Tracking Nutrition Trends V*, Ottawa, Conseil canadien des aliments et de la nutrition, 105 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Rapport d'une consultation de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Série de Rapports techniques : n° 894, 284 p.
- SANTÉ CANADA (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, Santé Canada, 43 p.
- SHIELDS, M., S. CONNOR GORBER et M. S. TREMBLAY (2008). « Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 19, n° 2, juin, 17 p.
- THERRIEN, L. (1995). « Poids corporel », dans : *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, vol. 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, chapitre 7, p. 109-123.
- TIMPERIO, A., D. CAMERON-SMITH, C. BURNS et D. CRAWFORD (2000). « The public's response to the obesity epidemic in Australia : Weight concerns and weight control practices of men and women », *Public Health Nutrition*, vol. 3, n° 4, p. 417-424.
- TJEPKEMA, M. (2005). « Obésité mesurée : Obésité chez les adultes au Canada : poids et grandeur mesurés », dans : *Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, numéro 1*, Ottawa, Statistique Canada, 36 p.
- VENNE, M., L. MONGEAU, J. STRECKO, M.-C. PAQUETTE et J. LAGUÉ (2008). *Bénéfices, risques et encadrement associés à l'utilisation des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 88 p.
- WEISS, E.C., D.A. GALUSKA, L. KETTEL KHAN et M.K. SERDULA (2006). « Weight-Control Practices Among U.S. Adults, 2001-2002 », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 31, n° 1, p. 18-24.

Tableau A.7.1

Recours aux méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé^{1,2}, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir, Québec, 2008

	Total ³
	%
Ne pas manger pendant toute une journée	0,8*
Sauter des repas	4,6
Prendre des substituts de repas	1,9
Prendre des laxatifs	0,3**
Prendre des pilules qui font uriner (diurétiques)	0,6*
Prendre des pilules qui enlèvent l'appétit (coupe-faim)	0,4**
Prendre des médicaments pour maigrir prescrits par un médecin	0,5**
Prendre des produits amaigrissants	0,3**
Commencer ou recommencer à fumer	0,7*
Utiliser des crèmes, des timbres ou des machines	0,2**
Se faire vomir	0,1**

1. Une personne peut avoir eu recours à plus d'une méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé.

2. Ces méthodes sont celles auxquelles les personnes ont « souvent » eu recours au cours d'une période de six mois.

3. Comme il n'y a pas de lien statistique entre cette variable et la variable sexe, les données relatives aux hommes et aux femmes ne sont pas présentées.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Tableau A.7.2

Recours aux méthodes saines^{1,2} selon le sexe³, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir, Québec, 2008

	Total	Hommes	Femmes
	%		
Faire de l'activité physique 30 minutes dans la journée (loisirs, déplacements)	48,2	49,6	47,3
Diminuer les portions	42,6	37,3	46,5
Porter attention à la sensation d'avoir faim et à celle d'avoir assez mangé	43,3	36,4	48,3
Réduire le grignotage entre les repas	44,1	41,6	46,0
Manger plus de fruits et de légumes	64,1	57,4	69,1
Manger des aliments moins gras	64,4	56,8	70,0
Manger des aliments moins sucrés	51,0	47,0	53,8
Réduire la consommation d'alcool	12,6	13,9	11,6
Diminuer la consommation de boissons sucrées	35,4	39,3	32,5
Remplacer les breuvages et boissons sucrés par de l'eau	54,1	50,5	56,7
Cuisiner davantage	37,4	31,6	41,6
Diminuer la consommation de <i>fast-food</i> et de repas livrés	37,5	38,2	37,0

1. Une personne peut avoir eu recours à plus d'une méthode saine.

2. Ces méthodes sont celles auxquelles les personnes ont eu recours « presque à tous les jours » au cours d'une période de six mois.

3. À l'exception des méthodes « faire de l'activité physique » et « diminuer la consommation de *fast-food* et de repas livrés », le recours est différent chez les hommes et chez les femmes (test d'association significatif au seuil de 5 %).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Tableau A.7.3

Nombre de recours à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé¹ selon l'âge et l'indice du niveau de revenu du ménage, population féminine de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir, Québec, 2008

	Aucun	Un ou plus
	%	
Groupe d'âge	91,4	8,6
15-24 ans	87,7	12,3*
25-44 ans	90,1	9,9
45-64 ans	92,2	7,8
65 ans et plus	96,2	3,8*
Indice du niveau de revenu du ménage	91,3	8,7
Quintile 1 (faible)	87,3	12,7
Quintile 2	90,3	9,7*
Quintile 3	93,2	6,8*
Quintile 4	93,9	6,1*
Quintile 5 (élevé)	91,9	8,1*

1. Au cours d'une période de six mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Tableau A.7.4

Nombre de recours à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité pour la santé¹ selon le niveau de scolarité et le sexe, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir, Québec, 2008

	Aucun	Un ou plus
	%	
Total	92,3	7,7
Niveau inférieur à DES	88,3	11,7
Diplôme d'études secondaires (DES)	92,3	7,7
Diplôme ou certificat d'études collégiales ²	92,7	7,3
Diplôme d'études universitaires	94,5	5,5
Hommes	93,5	6,5
Niveau inférieur à DES	88,9	11,1*
Diplôme d'études secondaires (DES)	93,0	7,0*
Diplôme ou certificat d'études collégiales ²	95,7	4,3*
Diplôme d'études universitaires	94,7	5,3*
Femmes	91,4	8,6
Niveau inférieur à DES	87,9	12,1
Diplôme d'études secondaires (DES)	91,9	8,1
Diplôme ou certificat d'études collégiales ²	90,6	9,4
Diplôme d'études universitaires	94,3	5,7*

1. Au cours d'une période de six mois.

2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Chapitre 8

Consommation de drogues

Linda Cazale

Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec

Pascale Leclerc

Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Faits saillants

- Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP), un peu plus de la moitié (54 %) des personnes de 15 ans et plus n'ont jamais consommé de drogues au cours de leur vie, environ le tiers (33 %) en ont déjà fait usage (anciens consommateurs) et un peu plus d'une personne sur dix (13 %) en a consommé durant la période de référence de douze mois (consommateurs actuels).
- Les hommes sont, toutes proportions gardées, plus nombreux que les femmes à être des consommateurs actuels (17 % c. 9 %) et des anciens consommateurs (35 % c. 31 %). En contrepartie, les femmes sont plus nombreuses à n'avoir jamais consommé de drogues (60 % c. 48 %).
- La proportion de personnes n'ayant jamais consommé de drogues croît avec l'âge, tandis que celle des consommateurs actuels diminue. Les 15-24 ans et les 25-44 ans présentent une proportion similaire (42 %) de personnes s'étant abstenue de tout usage de drogues à vie, mais cette proportion s'élève à environ 57 % chez les 45-64 ans, puis à 92 % chez les 65 ans et plus. Les consommateurs actuels se retrouvent en plus forte proportion chez les 15-24 ans (34 %), la proportion décroît à 16 % chez les 25-44 ans, puis à moins de 7 % chez les personnes de 45 ans et plus. Les anciens consommateurs représentent près d'un jeune adulte sur quatre (23 %) de 15 à 24 ans. Chez les 25-44 ans, ils sont plus nombreux que les consommateurs actuels (42 % c. 16 %). Cette situation prévaut tant chez les hommes que chez les femmes et se maintient dans les deux derniers groupes d'âge.
- Un peu plus du quart (27 %) des personnes de 15 ans et plus ont fait usage d'un seul type de drogues au cours de leur vie et près du cinquième en ont expérimenté deux (8 %) ou trois ou plus (11 %). Toutes proportions gardées, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir consommé deux drogues (9 % c. 7 %) et trois drogues ou plus (14 % c. 7 %). La consommation de trois drogues ou plus est davantage répandue chez les 15-24 ans (16 %) et les 25-44 ans (16 %) que chez les personnes plus âgées (7 % chez les 45-64 ans, 0,4 % chez les 65 ans et plus).
- Parmi les drogues examinées dans l'enquête, le cannabis est la plus populaire. Environ 44 % des personnes de 15 ans et plus ont fait usage de cette drogue au moins une fois durant leur vie et 12 % en ont consommé à au moins une occasion au cours d'une période de douze mois. La majorité des consommateurs de drogues (71 %) n'ont utilisé que du cannabis sur douze mois, alors qu'environ trois sur dix (29 %) ont fait usage d'autres drogues, avec ou sans cannabis.

- Les personnes vivant en situation de couple sans enfant sont les moins nombreuses, en proportion, à avoir consommé de la drogue (8 %) au cours d'une période de douze mois, suivies des personnes seules (10 %) puis des membres de ménages composés d'un couple avec enfants (14 %). La proportion de consommateurs est plus élevée chez les personnes vivant au sein d'une famille monoparentale (21 %) et encore plus (29 %) parmi les personnes d'un « autre » type de ménage (personnes apparentées sans lien conjugal ou filial, colocataires non apparentés, etc.).
- La proportion de personnes de 15 ans et plus ayant consommé de la drogue sur douze mois est moins élevée chez les diplômés universitaires (9 %) comparativement aux personnes moins scolarisées dont les proportions varient entre 14 % et 16 %.
- Les étudiants sont plus nombreux à avoir fait usage de drogues (29 %) sur douze mois que les travailleurs (13 %), les personnes sans emploi (12 %) et les retraités (1,1 %).
- Les personnes se situant au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique comptent une plus forte proportion de consommateurs de drogues sur une période de douze mois que celles du niveau faible à modéré (20 % c. 10 %).

Introduction

La consommation de drogues est associée à des problèmes de nature diverse en matière de santé et sur le plan psychosocial (délinquance, violence, décrochage scolaire, etc.). Les effets ressentis varient selon la substance psycho-active¹³⁶ consommée (type de drogues, quantité, qualité), les caractéristiques individuelles (sexe, âge, taille, état de santé, etc.) et le contexte dans lequel cette substance est consommée (seul, en groupe, etc.) (Gagnon et Rochefort, 2010; Santé Canada, 2000).

Des études ont ainsi démontré que l'usage du cannabis, l'une des substances psycho-actives les plus consommées après l'alcool¹³⁷, est associé à plusieurs problèmes sur le plan de la santé physique et mentale et des fonctions cognitives (Gagnon et Rochefort, 2010). Chez les adolescents, par exemple, la consommation de cette drogue peut entraîner des problèmes pulmonaires et cardiovasculaires, des difficultés d'ordre cognitif (mémoire, attention, organisation et intégration de l'information), des problèmes de santé mentale (dépression, psychose et schizophrénie) et de comportement (délinquance) ainsi qu'un plus grand risque de rapports sexuels non désirés et non protégés ou de conduite avec des facultés affaiblies (Gagnon et Rochefort, 2010).

Bien que les adolescents constituent un groupe important à étudier, en raison de la proportion non négligeable de jeunes expérimentant la drogue au cours de cette phase de développement (Hotton et Haans, 2004; Dubé et autres, 2009), des personnes de tous les âges sont concernées par ce phénomène (MSSS et autres, 2006). Ainsi, outre les hommes adultes qui demeurent le groupe cible en matière de toxicomanie¹³⁸, des groupes aux besoins particuliers ont été identifiés dans le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* (MSSS et autres, 2006) dont les jeunes en difficulté, les femmes enceintes, les personnes âgées et les communautés autochtones.

136. Une substance psycho-active (ou psychotrope) – terme souvent utilisé comme synonyme de « drogue » – est une substance qui agit sur le système nerveux central, modifiant les perceptions sensorielles, l'état de conscience, le fonctionnement intellectuel ou le comportement dans son ensemble, quel que soit le type d'effet induit (dépresseur, stimulant ou perturbateur) (MSSS et autres, 2006, p. 66).

137. L'alcool est une substance psycho-active qui n'est pas étudiée dans l'EQSP 2008.

138. Par toxicomanie, on entend toute dépendance à une substance psychotrope, soit l'alcool, les médicaments psychotropes ou les drogues illicites (MSSS et autres, 2006, p. 66).

Ce chapitre comprend trois sections. La première aborde les aspects méthodologiques de l'enquête, soit la définition des indicateurs ainsi que la portée et les limites des données. Ces indicateurs portent sur la consommation de drogues à vie et pour une période de référence de douze mois. La deuxième section est consacrée à la présentation des résultats. Les indicateurs sont généralement analysés selon le sexe et l'âge et, pour la consommation de drogues sur douze mois, selon certaines caractéristiques sociodémographiques (composition du ménage, langue parlée à la maison, naissance ou durée de résidence au Canada¹³⁹), socioéconomiques (niveau de scolarité, indice du niveau de revenu du ménage, occupation principale) et de santé (détresse psychologique, perception de l'état de santé). À moins d'indication contraire, les différences signalées sont significatives sur le plan statistique. La conclusion dégage quelques grands constats et propose des pistes d'analyse additionnelles à partir de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP 2008).

8.1 Aspects méthodologiques

La consommation de drogues est circonscrite par le fait d'avoir fait usage, au moins une fois au cours de sa vie, de l'un des dix types de drogues examinés dans l'enquête¹⁴⁰ : marijuana (ou cannabis), cocaïne, amphétamines, ecstasy, hallucinogènes, héroïne, crystal meth, kétamine, médicaments non prescrits, inhalation de colle. Pour chacun, la personne était interrogée sur sa consommation à vie et advenant une réponse affirmative, sur sa consommation au cours de la période de référence de douze mois; par exemple : « Avez-vous déjà pris ou essayé de la marijuana, du cannabis ou du haschich? » (Q69) et « En avez-vous pris au cours des 12 derniers mois? » (Q70).

À partir des questions portant sur la consommation de drogues au cours de la vie et d'une période de douze mois (Q69 à Q90), trois indicateurs ont été créés. Le premier, le type de consommateurs, répartit la population de 15 ans et plus en trois catégories : 1) les personnes qui n'ont consommé aucun des 10 types de drogues au cours de leur vie (Jamais consommé); 2) les personnes qui ont déjà consommé de la drogue, mais aucune au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (Anciens consommateurs); 3) les personnes qui ont consommé au moins l'une de ces drogues au cours des douze derniers mois, peu importe la quantité ou la fréquence de consommation (Consommateurs actuels).

Le second indicateur, le nombre de drogues consommées, classe les personnes de 15 ans et plus d'après le nombre de drogues différentes dont elles ont fait usage au cours de leur vie. Cet indicateur divise la population en quatre groupes selon le nombre de drogues consommées : aucune drogue, une seule drogue, deux drogues, trois drogues ou plus. Le troisième indicateur, le type de drogues, répartit la population des consommateurs en deux groupes en se référant aux douze derniers mois : les personnes qui ont consommé uniquement du cannabis (ou marijuana, ou haschisch) et celles qui ont pris d'autres types de drogues, incluant ou non le cannabis.

Parmi les limites des données présentées, il importe de mentionner que les données du présent chapitre ne permettent pas d'établir une prévalence des toxicomanies chez l'ensemble des Québécois mais pour une population circonscrite seulement. En effet, l'EQSP 2008 documente la consommation chez les personnes de 15 ans et plus demeurant en ménage privé, dans 16 régions du Québec¹⁴¹, alors qu'une partie des utilisateurs commencent à consommer avant cet âge¹⁴² et que d'autres n'habitent pas en ménage privé (par exemple, les personnes incarcérées et les personnes sans domicile fixe). Notons que l'enquête ne permet pas non plus d'estimer la gravité de la consommation de drogues chez les individus.

139. Voir le chapitre 2, « Caractéristiques de la population », pour plus de détails.

140. Voir le questionnaire de l'EQSP 2008 sur le site Web de l'Institut de la statistique du Québec.

141. Les régions administratives du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James n'ont pas été retenues dans l'EQSP 2008. Des résultats récents d'une enquête menée en 2003 sur la consommation de drogues au sein de communautés d'Iiyiyiu Aschii sont disponibles (Ancil et Chevalier, 2008).

142. Le lecteur intéressé par la consommation de drogues chez les moins de 15 ans est invité à consulter l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* (Dubé et autres, 2009) et *Usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois : portrait épidémiologique* (Gagnon et autres, 2009).

Par ailleurs, les estimations de consommation de drogues présentées dans ce chapitre reposent sur l'autodéclaration. Même s'il peut s'agir du meilleur moyen, dans le cadre d'une enquête anonyme, de recueillir des données pour estimer la prévalence de la consommation de substances psycho-actives illégales, il est possible que des personnes aient donné des renseignements inexacts quant à leur consommation. Ainsi, un biais de sous-déclaration ou, au contraire, de surdéclaration (par bravade) est possible à l'égard de ce comportement dont l'ampleur exacte est inconnue. Afin d'inciter les personnes à fournir l'information la plus juste possible, différentes mesures ont d'ailleurs été prises dans le cadre de l'EQSP notamment le recours à des intervieweurs formés pour la collecte de données et l'engagement de l'Institut de la statistique à l'égard de la confidentialité des renseignements fournis.

Malgré ces limites, les données de l'EQSP 2008 fournissent des résultats permettant de combler un besoin de connaissances pour mieux assurer la surveillance de l'état de santé de la population concernant la consommation de drogues, un phénomène social difficile à cerner. Ces résultats font de cette enquête une source d'information riche pouvant être utilisée par les intervenants, par les décideurs et par les chercheurs intéressés par ce sujet.

8.2 Résultats

8.2.1 Consommation de drogues

- *Type de consommateurs*

Selon l'EQSP 2008, un peu plus de la moitié (54 %) des personnes de 15 ans et plus n'ont jamais consommé de drogues au cours de leur vie, environ le tiers (33 %) en ont déjà fait usage (anciens consommateurs) et un peu plus d'une personne sur dix (13 %) en a consommé au cours de la période de référence de 12 mois (consommateurs actuels) (tableau 8.1).

L'enquête permet de détecter des différences significatives chez les types de consommateurs selon le sexe et l'âge. Les hommes sont, toutes proportions gardées, plus nombreux que les femmes à faire partie des consommateurs actuels (17 % c. 9 %) et des anciens consommateurs (35 % c. 31 %). Les femmes sont quant à elles plus nombreuses à n'avoir jamais consommé de drogues (60 % c. 48 %) (tableau 8.1).

La proportion de personnes n'ayant jamais consommé de drogues croît avec l'âge. Quoique les personnes de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans se soient abstenues de toute consommation de drogues à vie dans des proportions similaires (42 % respectivement), cette proportion s'élève à environ 57 % chez les 45 à 64 ans, puis à 92 % chez les 65 ans et plus (tableau 8.1). Ce profil de consommation selon l'âge est similaire pour les hommes et les femmes, chez qui la proportion des personnes n'ayant jamais consommé de drogues à vie augmente pour les mêmes groupes d'âge (chez les hommes : 40 % et 37 % c. 49 % c. 89 %; chez les femmes : 45 % et 47 % c. 64 % c. 95 %).

Si l'on subdivise le groupe des 15-24 ans, les données indiquent qu'environ 58 % des jeunes de 15 à 17 ans n'ont jamais consommé de drogues comparativement au tiers (33 %) des jeunes adultes de 18 à 24 ans (données non présentées). L'enquête ne permet pas de détecter d'écart significatif entre les hommes et les femmes de ces âges à cet égard (respectivement 55 % et 61 % chez les 15-17 ans; 30 % et 35 % chez les 18-24 ans).

Si la proportion de personnes n'ayant jamais consommé de drogues augmente avec l'âge, à l'inverse la proportion de consommateurs actuels diminue avec l'âge. Ainsi, la proportion la plus élevée se retrouve chez les personnes de 15 à 24 ans; un peu plus du tiers (34 %) d'entre elles ont en effet consommé au cours d'une période de douze mois (tableau 8.1). La proportion de consommateurs actuels décroît ensuite à chaque groupe d'âge : 16 % chez les 25-44 ans, 5 % chez les 45-64 ans et 0,7 % chez les 65 ans et plus. Cette proportion est aussi plus élevée chez les 18-24 ans que chez les 15-17 ans (37 % c. 31 %) (données non présentées). Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à faire partie des consommateurs actuels pour les différents groupes d'âge, à l'exception des jeunes de 15 à 17 ans qui présentent toutefois la même tendance¹⁴³.

143. Les données de l'enquête ne permettent pas de détecter un écart significatif entre les jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 17 ans (33 % et 27 % respectivement) contrairement aux 18-24 ans (44 %, hommes c. 30 %, femmes).

Tableau 8.1

Type de consommateurs de drogues selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Jamais consommé	Anciens consommateurs ¹	Consommateurs actuels ²
	%		
Total	54,4	32,5	13,1
15-24 ans	42,3	23,2	34,5
25-44 ans	41,7	42,0	16,2
45-64 ans	56,7	37,8	5,5
65 ans et plus	92,0	7,3	0,7*
Hommes	48,2	34,6	17,2
15-24 ans	40,1	20,1	39,8
25-44 ans	36,4	41,2	22,4
45-64 ans	48,9	43,5	7,7
65 ans et plus	88,7	10,4	0,9**
Femmes	60,4	30,6	9,0
15-24 ans	44,6	26,4	28,9
25-44 ans	47,3	42,8	9,9
45-64 ans	64,3	32,4	3,3
65 ans et plus	94,6	4,9	0,5**

1. Personnes ayant déjà consommé de la drogue, mais aucune au cours des 12 derniers mois.

2. Personnes ayant consommé un ou plusieurs types de drogues au cours des 12 derniers mois.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les anciens consommateurs représentent près d'un jeune sur quatre (23 %) de 15 à 24 ans (tableau 8.1). Il y a davantage d'anciens consommateurs chez les 18 à 24 ans que chez les jeunes de 15 à 17 ans (30 % c. 11 %) (données non présentées). Si les femmes de 18 à 24 ans sont plus nombreuses que les hommes du même âge à ne plus faire usage de drogues (35 % c. 26 %), l'enquête ne détecte pas de différence selon le sexe chez les 15 à 17 ans (données non présentées). Par ailleurs, les anciens consommateurs représentent environ 42 % des personnes âgées de 25 à 44 ans, une proportion qui dépasse celle des consommateurs actuels (16 %). Cette situation prévaut tant chez les hommes que chez les femmes de ce groupe d'âge et perdure dans les groupes plus âgés.

- *Nombre de drogues consommées*

Selon les données de l'EQSP 2008, un peu plus du quart (27 %) des personnes de 15 ans et plus ont fait usage d'un seul type de drogues au cours de leur vie, un peu moins du dixième (8 %) ont expérimenté deux drogues, et un peu plus du dixième (11 %) en ont consommé trois ou plus (tableau 8.2). Parmi les drogues examinées dans l'enquête, le cannabis est la plus fréquemment rapportée puisque environ 44 % des personnes de 15 ans et plus en ont fait usage au moins une fois au cours de leur vie (consulter l'annexe A.8.1 pour des renseignements détaillés sur chaque type de drogues).

Le nombre de drogues consommées au cours de la vie varie selon le sexe. Toutes proportions gardées, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir consommé deux drogues (9 % c. 7 %) et trois drogues ou plus (14 % c. 7 %) (tableau 8.2). Le nombre de drogues est également associé à l'âge. L'usage de trois drogues ou plus est davantage répandue chez les personnes de 15 à 24 ans (16 %) et de 25 à 44 ans (16 %) que chez les personnes âgées de 45 ans ou plus (7 %, chez les 45-64 ans; 0,4 %, chez les 65 ans et plus). Ce profil vaut également pour les hommes et les femmes pris séparément. L'examen plus détaillé des 15 à 24 ans montre que la consommation de « trois drogues ou plus » est plus fréquente chez les 18 à 24 ans que chez les 15 à 17 ans (20 % c. 9 %) (données non présentées).

La consommation de deux drogues à vie est plus courante chez les 25 à 44 ans alors qu'un peu plus d'une personne sur dix (12 %) de ce groupe d'âge est dans cette situation. Les personnes de 15 à 24 ans et celles de 45 à 64 ans ne se distinguent pas entre elles quant à la consommation de deux drogues (8 % et 7 % respectivement)¹⁴⁴. Enfin, une infime proportion des personnes âgées de 65 ans et plus (0,5 %) rapportent avoir consommé deux types de drogues au cours de leur vie (tableau 8.2).

Tableau 8.2

Nombre de drogues consommées au cours de la vie selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Aucune	Une drogue	Deux drogues	Trois drogues ou plus
	%			
Total	54,4	26,8	8,1	10,7
15-24 ans	42,3	33,4	8,4	15,9
25-44 ans	41,7	29,9	12,3	16,1
45-64 ans	56,7	29,0	7,1	7,2
65 ans et plus	92,0	7,1	0,5**	0,4**
Hommes	48,2	28,3	9,5	14,0
15-24 ans	40,1	33,0	8,7	18,3
25-44 ans	36,4	29,0	13,5	21,1
45-64 ans	48,8	32,2	9,0	10,0
65 ans et plus	88,7	10,0	0,8**	0,6**
Femmes	60,4	25,4	6,8	7,4
15-24 ans	44,6	33,8	8,1	13,5
25-44 ans	47,3	30,8	11,0	11,0
45-64 ans	64,3	25,9	5,3	4,5
65 ans et plus	94,6	4,8	0,2**	0,3**

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

C'est dans le groupe des 15 à 24 ans que la consommation d'une drogue à vie est la plus répandue, soit le tiers (33 %) d'entre eux¹⁴⁵. Suivent les personnes âgées de 25 à 64 ans dont environ trois sur dix ont fait usage d'une seule drogue (30 % des 25-44 ans et 29 % des 45-64 ans), puis des personnes âgées de 65 ans et plus (7 %).

- *Type de drogues consommées*

Parmi les personnes ayant consommé de la drogue au cours d'une période de référence de 12 mois, environ sept sur dix (71 %) ont consommé uniquement du cannabis et trois sur dix (29 %) ont fait usage d'autres drogues, avec ou sans cannabis (tableau 8.3). Les hommes et les femmes ne se distinguent pas à cet égard.

144. La consommation de deux drogues au cours de la vie est davantage répandue chez les jeunes de 18-24 ans que chez les 15-17 ans (10 % c. 5 %, coefficient de variation entre 15 % et 25 %, interpréter avec prudence) (données non présentées).

145. La consommation d'une drogue à vie est plus élevée, en proportion, chez les 18-24 ans que chez les 15-17 ans (37 % c. 28%) (données non présentées).

Les consommateurs de 45 à 64 ans sont plus enclins que ceux des autres groupes d'âge à utiliser uniquement du cannabis (84 % c. 66 % des 15-24 ans et 71 % des 25-44 ans¹⁴⁶). Par ailleurs, environ trois consommateurs sur dix âgés de 15 à 44 ans (34 % des 15-24 ans et 29 % des 25-44 ans) ont fait usage d'autres drogues, avec ou sans cannabis (tableau 8.3). Cet usage est plus faible chez les consommateurs de 45 à 64 ans (16%).

Tableau 8.3

Consommation¹ du cannabis ou d'autres drogues selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus ayant consommé de la drogue au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2008

	Cannabis seulement	Autres drogues (avec ou sans cannabis)
	%	
Total	70,8	29,2
15-24 ans	66,0	34,0
25-44 ans	70,8	29,2
45-64 ans	84,1	15,9
65 ans et plus	70,6	29,4**
Hommes	69,8	30,2
15-24 ans	64,7	35,3
25-44 ans	69,6	30,4
45-64 ans	82,5	17,5*
65 ans et plus	74,0*	26,0**
Femmes	72,6	27,4
15-24 ans	67,8	32,2
25-44 ans	73,8	26,2
45-64 ans	87,6	12,4**
65 ans et plus	65,2**	34,8**

1. Au cours d'une période de 12 mois.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Quelles sont les drogues consommées par les Québécois de 15 ans et plus en 2008? La drogue la plus populaire est, sans contredit, le cannabis, puisqu'environ 12 % de la population en a fait usage au cours d'une période de douze mois (tableau 8.4). Par ailleurs, quatre types de drogues sont consommés par une faible proportion de la population. Il s'agit des amphétamines (1,8 %), de la cocaïne (1,6 %), de l'ecstasy (1,4 %) et des hallucinogènes (0,8 %). La consommation des autres drogues à l'étude est aussi peu fréquente au sein de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé.

Pour cinq types de drogues, la consommation est plus répandue chez les hommes que chez les femmes. Il s'agit du cannabis (16 % c. 8 %), de la cocaïne (2,3 % c. 0,8 %), des amphétamines (2,4 % c. 1,3 %), de l'ecstasy (1,7 % c. 1,0 %) et des hallucinogènes (1,2 % c. 0,4 %). Les faibles effectifs ou la présence de coefficients de variation élevés ne permettent pas de déceler la présence d'une différence significative selon le sexe pour les autres types de drogues.

146. Les données sur les consommateurs de 65 ans et plus ne sont pas commentées en raison d'un coefficient de variation supérieur à 25 % (estimation imprécise).

Tableau 8.4

Type de drogues¹ consommées au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Total	Hommes	Femmes
		%	
Cannabis (marijuana, hachisch)	12,2	16,2	8,3
Amphétamines	1,8	2,4	1,3
Cocaïne (crack)	1,6	2,3	0,8
Ecstasy	1,4	1,7	1,0
Hallucinogènes (PCP, LSD, champignons)	0,8	1,2	0,4*
Crystal meth (méthamphétamines)	0,1**	0,1**	0,0**
Kétamine	0,1**	0,1**	0,0**
Médicaments non prescrits	0,4*	0,4*	0,3*

1. L'héroïne (ou smack) ne figure pas dans le tableau en raison de données infimes, de même que la colle ou solvant (0,0 %).

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

8.2.2 Facteurs associés à la consommation de drogues

La consommation de drogues au cours de la période de référence de douze mois varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques et de santé. Elle diffère notamment selon la composition du ménage. Les personnes de la catégorie « autre »¹⁴⁷ type de ménage sont les plus nombreuses, en proportion, à avoir consommé de la drogue au cours d'une période de douze mois (29 %) (figure 8.1). Elles sont suivies des personnes vivant au sein d'une famille monoparentale (21 %), des membres de ménage formé d'un couple avec enfants (14 %), des personnes seules (10 %) et, enfin, des personnes vivant en situation de couple sans enfant (8 %).

Les données indiquent également une association entre la consommation de drogues et la naissance au Canada ou la durée de résidence. L'usage de drogues est en effet plus répandu chez les personnes nées au Canada que chez les personnes natives d'un autre pays et établies depuis cinq ans et plus au Canada (14 % c. 7 %^{148,149}) (données non présentées). Notons que l'enquête ne permet pas de détecter de différence significative quant à la consommation de drogues entre les personnes parlant au moins le français à la maison et celles parlant au moins l'anglais mais pas le français à la maison (13 % respectivement) (données non présentées)¹⁵⁰.

147. La catégorie « autre » type de ménage se compose de personnes apparentées (liens de parenté autres que celui de couple ou de parents-enfants) ou non apparentées (par exemple, des colocataires).

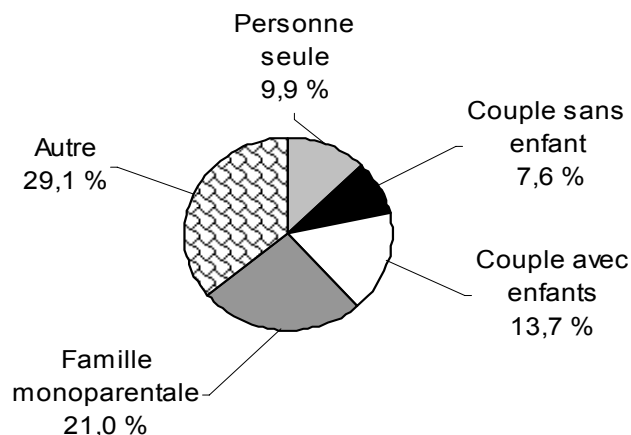
148. Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

149. Les résultats rapportés ne comprennent pas ceux associés à la catégorie des immigrants récents (depuis moins de cinq ans au Canada), à cause de l'imprécision des données (coefficient de variation supérieur à 25 %).

150. Les résultats rapportés ne comprennent pas ceux associés à la catégorie des personnes dont la langue parlée à la maison n'est ni le français ni l'anglais, à cause de l'imprécision des données (coefficient de variation supérieur à 25 %).

Figure 8.1

Consommation de drogues¹ selon la composition du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



1. Consommation d'un ou de plusieurs types de drogues au cours des 12 derniers mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008.

Par ailleurs, comme le montre la figure 8.2, la proportion de personnes de 15 ans et plus qui ont consommé de la drogue est moins élevée chez celles qui détiennent un diplôme d'études universitaires (9 %) comparativement aux autres niveaux de scolarité (14 %, diplôme ou certificat d'études collégiales; 16 %, DES; 14 %, niveau inférieur au DES).

La consommation de drogues ne varie pas selon l'indice du niveau de revenu du ménage, mais elle est associée à l'occupation principale. Les données de l'EQSP 2008 montrent ainsi que les étudiants sont plus susceptibles (29 %) d'avoir fait usage de drogues sur douze mois que les travailleurs (13 %), les personnes sans emploi (12 %) et les retraités (1,1 %)¹⁵¹ (figure 8.2).

Les données de l'enquête permettent également de détecter une association entre l'usage de drogues et la détresse psychologique¹⁵². Ainsi, la proportion de personnes ayant consommé de la drogue est plus élevée parmi les personnes se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique que chez celles se classant au niveau faible à modéré (20 % c. 10 %)¹⁵³ (données non présentées). Par contre, la consommation de drogues n'est pas liée sur le plan statistique à la perception de l'état de santé¹⁵⁴.

151. Cela pourrait s'expliquer en partie par un effet d'âge (voir le chapitre 2, « Caractéristiques de la population »).

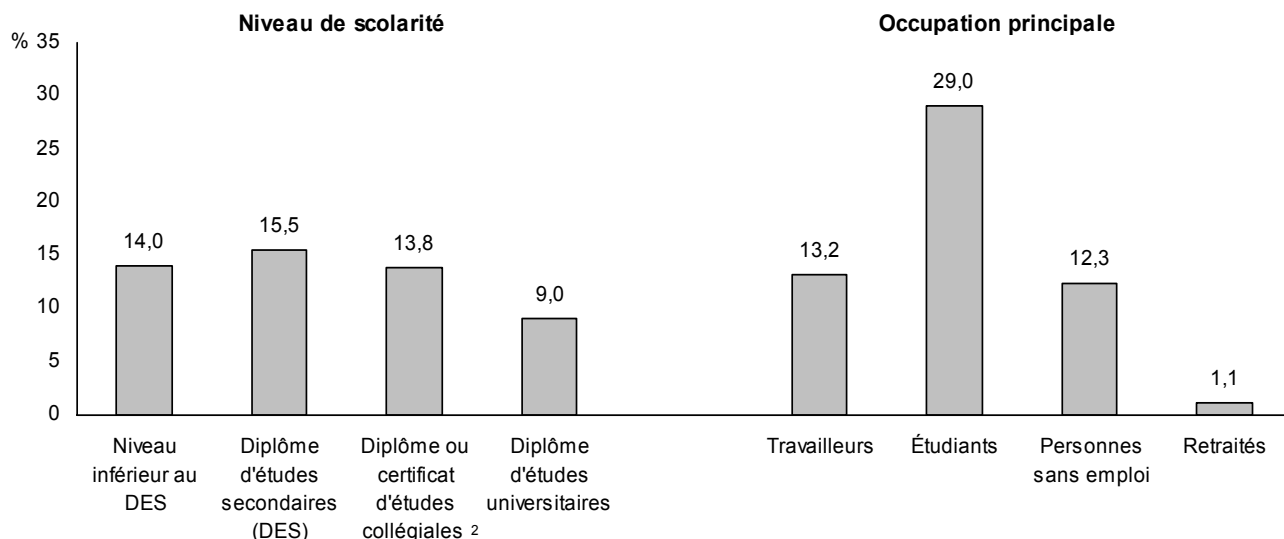
152. Pour plus de détails sur l'indice de détresse psychologique, consulter le chapitre 4, « Santé mentale ».

153. Soulignons que les analyses effectuées aux fins de ce rapport statistique ne permettent pas de déceler la présence d'un lien de causalité entre ces deux variables ni le sens de ce lien le cas échéant. Ainsi, nous ne pouvons dire si c'est la consommation de drogues qui explique la présence d'un niveau élevé de détresse psychologique ou si, à l'inverse, c'est la présence d'un niveau élevé de détresse qui explique la consommation de drogues.

154. Voir le chapitre 3, « Perception de l'état de santé », pour plus de détails sur cette variable.

Figure 8.2

Consommation de drogues¹ selon le niveau de scolarité et l'occupation principale, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



1. Consommation d'un ou de plusieurs types de drogues au cours des 12 derniers mois.

2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Conclusion

Le présent chapitre contribue à documenter la consommation de drogues dans la population québécoise de 15 ans et plus vivant en ménage privé. Les données montrent d'abord que cette consommation est relativement répandue puisque près de la moitié des Québécois (46 %) ont fait usage de drogue au cours de leur vie et que 13 % en ont consommé au cours d'une période de référence de douze mois. Des dix drogues retenues dans l'EQSP 2008, le cannabis est, sans contredit, la plus populaire : en effet, 44 % des personnes de 15 ans et plus ont fait usage de cette drogue au moins une fois dans leur vie. Sur une période de douze mois, 12 % d'entre elles ont consommé du cannabis au moins une fois et 71 % des consommateurs de drogues rapportent l'usage exclusif de cette drogue.

Même si les comparaisons entre enquêtes comportent des limites, la prévalence de la consommation du cannabis ressortant des données de l'EQSP 2008 (12 %) se rapproche de celle obtenue dans l'*Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues* (ESCCAD). Cette enquête rapporte en effet, pour l'année 2009, une prévalence de 10,6 % de la consommation du cannabis chez les Canadiens de 15 ans et plus (Santé Canada, 2010).

Comme Chevalier et Lemoine (2000) l'ont constaté, la consommation de drogues est un phénomène social complexe à la fois sexué, générationnel et transitoire. Sur le plan des différences entre les sexes, les données de l'enquête montrent que les consommateurs actuels sont surtout des hommes et ce, pour tous les groupes d'âge à l'exception des 15 à 17 ans pour lesquels les données ne permettent pas de déceler un écart significatif selon le sexe. La banalisation de l'usage de certaines substances dans la société et leur accessibilité accrue arriveront-elles à modifier ce profil comportemental (MSSS et autres, 2006)? Les résultats de l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* 2008 (Dubé et autres, 2009) indiquent que le comportement des filles d'environ 12 à 17 ans se distingue peu de celui des garçons du même âge à l'égard de la consommation de drogues (Cazale et autres, 2009). Ce rapprochement dans les comportements persistera-t-il dans les années à venir? Les données de la prochaine édition de l'EQSP permettront de confirmer ou non l'absence d'écart entre les jeunes hommes et les jeunes femmes à l'égard de la consommation de drogues.

Sur le plan des différences selon l'âge, les données de l'EQSP 2008 montrent que les consommateurs se situent davantage dans le groupe des 15 à 44 ans que dans celui des 45 ans et plus. C'est aussi parmi les personnes de moins de 45 ans que les consommateurs de trois drogues ou plus, ainsi que de drogues autres que le cannabis, sont en plus forte proportion. Par ailleurs, les 45-64 ans comptent la proportion la plus élevée de consommateurs de cannabis uniquement. On peut penser que l'accessibilité aux drogues a été moindre pour les personnes de 65 ans et plus que pour celles des plus jeunes générations et, qu'à une certaine époque, la consommation de drogues était très réprouvée par la société. Ces facteurs pourraient expliquer que les personnes plus âgées aient moins consommé de drogues (Chevalier et Lemoine, 2000).

L'usage de drogues semble aussi être un comportement transitoire dans la mesure où plusieurs personnes l'abandonnent après une période de consommation ou d'expérimentation. Par exemple, la proportion des anciens consommateurs représente près du quart de la population des 15-24 ans, et elle est supérieure à celle des consommateurs actuels (42 % c. 16 %) dès le groupe d'âge suivant (25-44 ans). Quant aux drogues consommées, des analyses additionnelles sont possibles à partir des données de l'EQSP 2008. Une analyse intéressante consisterait à examiner l'usage des types de drogues les plus fréquemment rapportées par les personnes (par exemple, cannabis, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes) selon le sexe et pour différents groupes d'âge.

Le portrait présenté dans ce chapitre met également en évidence certaines caractéristiques socioéconomiques, sociodémographiques et de santé des personnes qui, au cours des douze derniers mois, ont davantage fait usage de drogues. À cet égard, une attention particulière doit être portée aux personnes présentant les caractéristiques suivantes ou une combinaison de ces caractéristiques : être un homme, être âgé entre 15 et 24 ans, être aux études, être né au Canada, vivre dans un ménage composé d'une famille (monoparentale ou biparentale) ou de personnes apparentées ou non par d'autres liens, se situer à un niveau élevé de détresse psychologique. Ces caractéristiques laissent présager que les actions à mener afin de réduire et de prévenir la consommation de drogues touchent plusieurs pans de la population et interpellent plusieurs milieux (réseau de la santé et des services sociaux, milieu scolaire, milieu du travail, etc.) (MSSS et autres, 2006).

Références bibliographiques

- ANCTIL, M., et S. CHEVALIER (2008). *Enquête de santé auprès des Cris 2003, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1 liyiyiu Aschii, 2003 : Habitudes de vie en matière de consommation d'alcool, de drogues et les pratiques de jeux de hasard et d'argent*, Québec, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et Institut national de santé publique du Québec, 27 p.
- CAZALE, L., C. FOURNIER et G. DUBÉ (2009). « Consommation d'alcool et de drogues », dans : *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 4, p. 91-147.
- CHEVALIER, S., et O. LEMOINE (2000). « Consommation de drogues et autres substances psychoactives », dans : *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 5, p. 137-147.
- DUBÉ, G., M. BORDELEAU, L. CAZALE, C. FOURNIER, I. TRAORÉ, N. PLANTE, R. COURTEMANCHE et J. CAMIRAND avec la collaboration de I. MARTIN, R. GUPTA et J. DEREVENSKY (2009). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 222 p.
- GAGNON, H., et L. ROCHEFORT avec la collaboration de N. APRIL, N. BRUNELLE, N. HALEY, S. KAIROUZ, R. MORIN, E. PAPINEAU et P. PAQUIN (2010). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois. Conséquences et facteurs associés*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 43 p.

- GAGNON, H., avec la collaboration de N. APRIL, N. BRUNELLE, L. GUYON, N. HALEY, S. KAIROUZ, R. MORIN, E. PAPINEAU et P. PAQUIN (2009). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois. Portrait épidémiologique*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 51 p.
- HOTTON, T., et D. HAANS (2004). « Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 15, n° 3, mai, 21 p.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, et autres ministères (2006). *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 80 p.
- SANTE CANADA (2010). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues – Sommaire des résultats pour 2009*. [En ligne] : www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-droques/stat/_2009/summary-sommaire-fra.php (page consultée le 26 juillet 2010).
- SANTE CANADA (2000). *Les drogues – Faits et méfaits*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Division de la Stratégie canadienne antidroque, 66 p.

Tableau A.8.1

Type de drogues consommées au cours de la vie selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Total	Hommes	Femmes
		%	
Cannabis (marijuana, hachisch)	43,9	50,1	37,9
Hallucinogènes (PCP, LSD, champignons)	12,3	16,1	8,7
Cocaïne (crack)	10,6	14,4	6,8
Amphétamines	7,3	9,1	5,5
Ecstasy	5,1	6,3	3,9
Médicaments non prescrits	1,8	1,9	1,6
Colle (solvant)	1,6	2,3	0,9
Kétamine	0,8	1,2	0,3*
Crystal meth (méthamphétamines)	0,5	0,8*	0,3*
Héroïne (smack)	0,5	0,6*	0,4*

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Chapitre 9

Comportements sexuels et usage de la contraception

Linda Cazale

Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec

Pascale Leclerc

Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Faits saillants

- Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP), environ 94 % des personnes de 15 ans et plus ont eu des relations sexuelles au cours de leur vie. Près de 8 personnes sur 10 (78 %) ont été actives sexuellement durant une période de douze mois, les hommes davantage que les femmes (83 % c. 73 %).
- Parmi la population active sexuellement, la très grande majorité, soit près de 9 personnes sur 10 (89 %), a eu un seul partenaire sexuel au cours d'une période de douze mois, alors qu'un peu moins d'une personne sur 10 (9 %) a eu entre deux et quatre partenaires et que 2,0 % a eu cinq partenaires ou plus. Les femmes sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à rapporter un seul partenaire sexuel (92 % c. 86 %).
- Environ les deux tiers (67 %) des femmes âgées de 15 à 49 ans actives sexuellement ont habituellement fait usage de la contraception au cours d'une période de douze mois, les plus jeunes (15-24 ans) dans une proportion plus élevée que les plus âgées (90 % c. 71 %, 25-34 ans c. 54 %, 35-49 ans). L'usage de la contraception est également plus répandu chez celles ayant eu deux partenaires et plus comparativement à celles ayant eu un seul partenaire (86 %, deux à quatre partenaires et 79 %, cinq partenaires et plus c. 64 %, un partenaire).
- Un peu moins d'un homme actif sexuellement sur deux (48 %) a fait habituellement usage de la contraception au cours d'une période de douze mois, les plus jeunes (15-24 ans) dans une proportion plus élevée que les plus âgés (88 % c. 62 %, 25-44 ans c. 30 %, 45-64 ans c. 7 %, 65 ans et plus). Parmi ces hommes, ceux ayant eu deux partenaires et plus sont plus nombreux en proportion à avoir fait un tel usage (73 %, deux à quatre partenaires et 84 %, cinq partenaires et plus c. 44 %, un partenaire).
- Au cours de la période de référence de douze mois, environ 14 % des personnes de 15 ans et plus actives sexuellement ont toujours utilisé le condom lors de leurs relations sexuelles, 15 % y ont eu recours à l'occasion et 71 % ne l'ont jamais utilisé. Le fait d'utiliser toujours le condom est plus répandu chez les personnes ayant eu plus d'un partenaire sexuel (51 %, cinq partenaires et plus et 39 %, deux à quatre partenaires c. 11 %, un partenaire) ainsi que chez les 15-24 ans (41 %). Chez les hommes ayant eu des relations sexuelles seulement avec d'autres hommes (2,1 % de la population masculine), environ la moitié (48 %) ont toujours utilisé le condom et 39 % ne l'ont jamais fait.
- Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles, environ 8 % ont reçu un diagnostic d'infection transmise sexuellement (ITS) au cours de leur vie. Les femmes sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses que les hommes à rapporter une ITS (9 % c. 7 %). Selon l'EQSP 2008, le diagnostic d'une ITS est plus répandu chez deux groupes à risque : près du quart des hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes au cours d'une période de douze mois et environ le tiers des utilisateurs de drogues par injection ont reçu ce diagnostic.

Introduction

La santé sexuelle est une composante essentielle de la vie humaine. Loin d'être simplement l'absence de maladie ou d'anomalie, la santé sexuelle se définit comme étant « l'expérience du bien-être physique, psychologique et socioculturel en relation avec la sexualité tout au long de la vie » (Pan American Health et World Health Organization, 2000). La promotion de l'adoption de comportements sexuels sécuritaires et la transmission de connaissances utiles au maintien d'une santé sexuelle et reproductrice sont importantes (Hansen et autres, 2003; McMahon et autres, 2003), notamment à l'adolescence qui constitue une période cruciale à cet égard (Fernet et autres, 2002).

Les choix en matière de contraception influent sur la santé sexuelle (McMahon et autres, 2003). En effet, les moyens de contraception contribuent à la planification des naissances, à la réduction de l'éventualité d'une grossesse non désirée et, dans certains cas, à la diminution du risque d'infections transmises sexuellement (ITS). Une diversité de moyens sont accessibles mais leur utilisation demeure peu connue (McMahon et autres, 2003). Soulignons que les grossesses non désirées sont un phénomène qui persiste et que la grossesse à l'adolescence constitue une importante cause de décrochage scolaire (Blais, 2005). Notons également qu'une ITS non traitée ou traitée tardivement peut entraîner de sérieuses complications, par exemple une atteinte inflammatoire pelvienne, une grossesse ectopique voire l'infertilité et certains cancers dont le cancer du col de l'utérus (Santé Canada, 1999; MSSS, 2010). L'activité sexuelle précoce, le nombre de partenaires sexuels et les pratiques non protégées augmentent le risque de grossesse non désirée et d'ITS (McKay, 2004; Rotermann, 2008).

Bien que ces infections aient connu une baisse (Fernet et autres, 2002), c'est plutôt une tendance à la hausse qui se dessine depuis une dizaine d'années au Québec, selon le quatrième rapport national sur l'état de santé de la population (MSSS, 2010). Les ITS demeurent donc un problème de santé publique préoccupant, en particulier chez certains groupes dont les jeunes de 15 à 24 ans, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes utilisatrices de drogues par injection, les communautés autochtones, les personnes originaires d'un pays où l'infection par le VIH est endémique et les personnes incarcérées (MSSS, 2009, 2010).

Ce chapitre comprend trois sections. La première section porte sur les aspects méthodologiques, soit la définition (opérationnelle) des indicateurs et les limites des données. Ces indicateurs ont trait à quelques comportements sexuels, à l'usage de la contraception et à l'utilisation du condom ainsi qu'au diagnostic d'infections transmises sexuellement. Notons que les indicateurs retenus sont analysés selon le sexe et l'âge et à l'occasion selon d'autres variables dont le nombre de partenaires, le sexe des partenaires et la scolarité et, seulement pour l'indicateur concernant les infections transmises sexuellement, le fait pour un homme d'avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes et le fait d'avoir fait usage de drogues par injection. La deuxième section est consacrée à la présentation des résultats, tandis qu'une conclusion reprend quelques faits saillants du chapitre et propose des pistes d'analyse additionnelles à partir de *l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP).

9.1 Aspects méthodologiques

9.1.1 Comportements sexuels

Les questions portant sur la sexualité ont été placées un peu avant la fin du questionnaire. La section commence par un préambule qui s'adresse aux personnes de 15 ans et plus : « Je vais maintenant vous poser quelques questions sur la sexualité, une partie importante de la santé. Encore une fois, soyez assuré(e) que tout ce que vous direz demeurera strictement confidentiel ». La première question (« Avez-vous déjà eu des relations sexuelles, que ce soit des relations orales, vaginales ou anales? ») (Q94) sert d'introduction à la section. Si la réponse à cette question est affirmative, la personne est invitée à répondre aux trois questions suivantes : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles? » (Q95), « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles avec : a) une femme (des femmes) et b) un homme (des hommes)? » (Q96) et « Toujours au cours des 12 derniers mois, avec combien de partenaires différents, hommes ou femmes, avez-vous eu des relations sexuelles? » (Q97).

À partir des questions Q94 à Q97, quatre indicateurs ont été créés : 1) la proportion de la population qui a déjà eu des relations sexuelles au cours de la vie; 2) la proportion de la population qui a été active sexuellement au cours des douze derniers mois; 3) la répartition du nombre de partenaires sexuels au cours des douze derniers mois; et 4) le sexe des partenaires au cours des douze derniers mois. En ce qui concerne les deux premiers indicateurs, le dénominateur comprend les personnes de 15 ans et plus et, pour les deux autres, les personnes de 15 ans et plus sexuellement actives au cours des douze derniers mois.

Parmi les limites dans l'interprétation des données, il importe de se rappeler que les estimations sur les comportements sexuels, l'usage de la contraception et le diagnostic d'infections transmises sexuellement reposent sur l'autodéclaration. Même si, dans le cadre d'une enquête anonyme, l'autodéclaration semble constituer le meilleur moyen de recueillir des données, il demeure qu'un biais de sous-déclaration ou, au contraire, de surdéclaration peut exister à l'égard de ces comportements et des infections transmises sexuellement. Entre autres, comme cela a été noté dans un rapport antérieur (Clermont et Lacouture, 2000), la présence d'une certaine stigmatisation sociale à l'égard de l'homosexualité et de la bisexualité peut laisser présumer qu'il pourrait y avoir une sous-déclaration¹⁵⁵. Cependant, le faible taux de non-réponse partielle à la question concernant le sexe des partenaires (4,3 %) laisse croire qu'il n'y a pas de biais notable dans les estimations produites. Différentes mesures ont d'ailleurs été prises dans le cadre de l'EQSP 2008 pour inciter les personnes à fournir l'information la plus exacte possible : collecte des données faite par des intervieweurs chevronnés et engagement de l'Institut à la confidentialité des réponses fournies.

9.1.2 Usage de la contraception

Deux questions, qui s'adressent aux personnes qui ont été actives sexuellement au cours des douze derniers mois, concernent l'usage de la contraception. La première porte sur l'utilisation habituelle, au cours de la période de référence, d'un moyen contraceptif (pour prévenir la grossesse) soit par la personne, soit par son(ses) partenaire(s)¹⁵⁶ (Q100), alors que la deuxième permet de préciser le(les) moyen(s) de contraception utilisé(s) habituellement par la personne et son(ses) partenaire(s) (Q101). Les indicateurs retenus dans cette section sont les suivants : 1) la proportion de femmes de 15 à 49 ans qui ont été actives sexuellement au cours des douze derniers mois et ayant habituellement utilisé un moyen contraceptif; 2) la proportion d'hommes qui ont été actifs sexuellement (quel que soit leur âge) au cours des douze derniers mois et ayant habituellement utilisé un moyen contraceptif; et 3) le recours à chacun des huit moyens de contraception¹⁵⁷ retenus dans l'enquête selon le sexe¹⁵⁸.

Soulignons que la création de deux indicateurs concernant l'usage de la contraception s'explique par la différence dans la durée de la période de reproduction chez les hommes et les femmes. La comparaison de résultats, quant à ce phénomène selon le sexe, sans tenir compte de l'âge des personnes est donc à éviter.

Une des limites concernant le recours aux moyens de contraception est que la durée de l'utilisation de chaque moyen contraceptif par les personnes n'est pas connue. Les motifs permettant de comprendre le recours à plus d'une méthode sont également inconnus. Par ailleurs, l'usage de la contraception chez les femmes concerne seulement celles âgées de 15 à 49 ans bien que ces préoccupations puissent être présentes chez des femmes plus âgées. Le fait que les questions sur l'utilisation habituelle d'un moyen de contraception renvoient à une période de référence de douze mois peut amener une sous-estimation du nombre de cas. En effet, des personnes ayant subi une intervention menant à la stérilisation (vasectomie, ligature des trompes) à un moment antérieur à cette période de référence ont pu considérer (à tort) qu'ils

155. Le présent chapitre n'aborde pas le thème de l'orientation sexuelle, ce dernier n'ayant pas été retenu dans l'EQSP 2008. Ainsi, nous rapportons le sexe des partenaires sans faire état de l'orientation sexuelle des personnes. Un indicateur sur l'orientation sexuelle a été présenté dans l'*Enquête sociale et de santé* (ESS) de Santé Québec de 1998 (Clermont et Lacouture, 2000).

156. Une question relativement similaire a été posée dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 2.1, 3.1 et 2007-2008) mais celle-ci ne s'adresse qu'aux personnes de 15 à 24 ans.

157. Ces moyens sont : le condom, la pilule contraceptive, la vasectomie, la ligature des trompes, le diaphragme, le stérilet, un spermicide et les injections contraceptives.

158. Pour chacun des moyens de contraception retenus dans l'EQSP 2008, deux proportions sont disponibles, soit la proportion des hommes actifs sexuellement ayant habituellement utilisé cette méthode comme moyen de contraception et la proportion des femmes actives sexuellement de 15 à 49 ans ayant habituellement utilisé cette méthode comme moyen de contraception.

n'avaient pas utilisé de moyen de contraception au cours de celle-ci (biais par omission). Par ailleurs, le dénominateur des indicateurs concernant l'utilisation habituelle de la contraception inclut les personnes souffrant d'infertilité et les femmes ayant subi une hystérectomie.

9.1.3 Utilisation du condom

L'utilisation du condom est décrite à partir de deux indicateurs. Le premier indicateur porte sur la répartition de la population qui a été active sexuellement au cours des douze derniers mois selon la fréquence d'utilisation du condom lors des relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale (Q98). Il y a trois catégories de fréquence : toujours, à l'occasion, jamais. Le deuxième indicateur porte sur l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle (Q99). Pour ces deux indicateurs, le dénominateur comprend les personnes de 15 ans et plus ayant eu, au cours de la période de référence, des relations sexuelles vaginales ou anales en excluant les femmes ayant eu seulement des relations avec d'autres femmes.

9.1.4 Infections transmises sexuellement

La question (Q102) porte sur la présence d'un diagnostic d'une infection transmise sexuellement (ITS), fourni par un professionnel de la santé : « Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous aviez une infection comme le chlamydia¹⁵⁹, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital ou des condylomes qui s'attrapent lors de relations sexuelles? ». Cette question a été posée aux personnes de 15 ans et plus ayant eu des relations sexuelles au cours de leur vie. L'indicateur « proportion de la population ayant déjà eu des relations sexuelles et ayant reçu un diagnostic d'infection transmise sexuellement » a été créé à partir de cette question.

Le fait que la question sur les ITS ne fait pas référence à une période de temps restreinte mais plutôt à l'ensemble de la période où des relations sexuelles ont eu lieu peut conduire à une sous-estimation du nombre de cas; en effet, une infection survenue il y a plusieurs années peut faire l'objet d'un oubli (biais de mémoire). Cela est d'autant plus plausible que la liste des ITS proposées n'est pas exhaustive, les plus répandues seulement ayant été retenues. Également, comme l'indicateur porte sur la proportion de la population qui déclare avoir reçu un diagnostic d'ITS, la présence d'une sous-estimation du nombre de cas est envisageable; de fait, il est possible que des personnes infectées ne soient pas au courant de la situation (par exemple, ces personnes sont asymptomatiques et/ou n'ont pas subi d'examen de dépistage)¹⁶⁰. Enfin, la question ne permet pas de savoir à quel moment le diagnostic a été posé ni si une même personne a eu plus d'un épisode d'ITS au cours de sa vie.

Malgré ces limites, les données de l'EQSP 2008 sont une source d'information riche qui permet de répondre au besoin de connaissances et de surveillance en matière de comportements sexuels et d'infections transmises sexuellement chez la population âgée de 15 ans et plus. Les différences signalées dans le présent chapitre sont statistiquement significatives à moins d'une indication contraire.

159. Malgré que le nom de l'infection soit la chlamydirose, c'est l'appellation *chlamydia* qui a été retenue dans la question puisque celle-ci est davantage connue de la population.

160. Soulignons qu'il est difficile d'estimer l'ampleur de ces infections puisque plusieurs de ces maladies peuvent être asymptomatiques (la personne porteuse ne présentant aucun signe d'infection) ou latentes (les symptômes se présentant plus tard); par conséquent, les cas ne sont ni totalement diagnostiqués ni totalement déclarés.

9.2 Résultats

9.2.1 Comportements sexuels

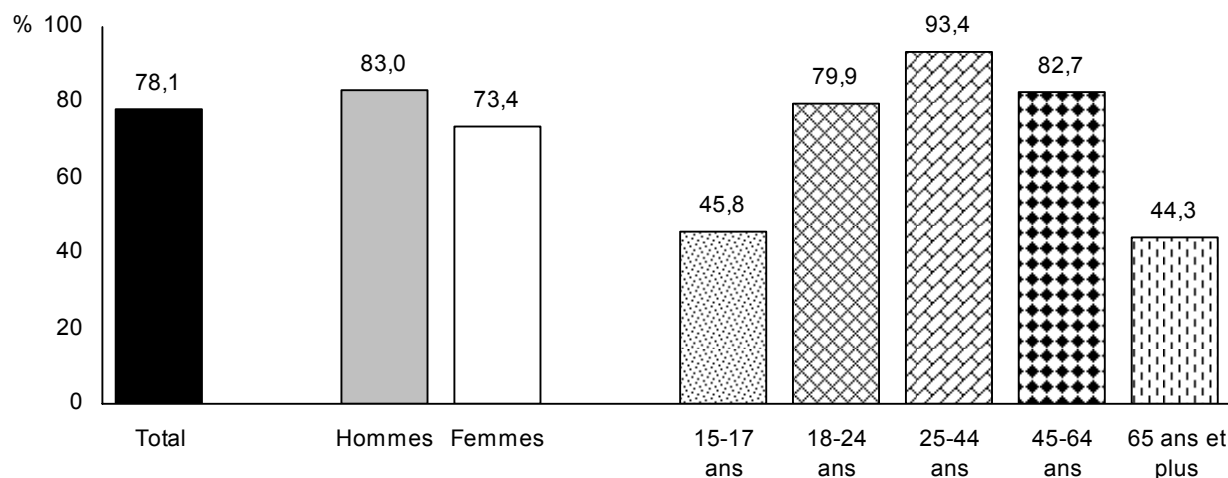
- *Population active sexuellement*

Selon l'EQSP 2008, environ 94 % des personnes de 15 ans et plus déclarent avoir déjà eu des relations sexuelles au cours de leur vie (données non présentées). L'enquête ne détecte pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes sur cette question. Cependant, la proportion de la population qui a déjà eu des relations sexuelles varie selon l'âge (données non présentées). Ainsi, les 15-24 ans sont proportionnellement moins nombreux que les 25-44 ans à avoir déjà eu des relations sexuelles (74 % c. 99 %). Notons que si l'on divise les personnes de 15 à 24 ans en deux groupes, c'est près d'un jeune sur deux (52 %) âgé de 15 à 17 ans qui a déjà eu des relations sexuelles et environ 9 jeunes sur 10 (87 %) âgés de 18 à 24 ans qui ont fait cette expérience¹⁶¹. Autrement, il y a peu de différences à cet égard selon l'âge (99 %, 25 à 44 ans et 99 %, 45 à 64 ans c. 97 %, 65 ans et plus) (données non présentées).

En ce qui concerne les douze derniers mois, ce sont environ 8 personnes sur 10 (78 %) âgées de 15 ans et plus qui ont été actives sexuellement (figure 9.1). Les hommes sont plus nombreux, en proportion, que les femmes à avoir eu des relations sexuelles au cours de cette période (83 % c. 73 %). La proportion de personnes actives sexuellement varie aussi selon l'âge. Un peu moins d'une personne sur deux (46 %) âgée de 15 à 17 ans a été active sur le plan sexuel, tandis que 8 jeunes sur 10 (80 %) âgés de 18 à 24 ans¹⁶¹ et plus de 9 adultes sur 10 (93 %) âgés de 25 à 44 ans sont dans cette situation. Pour ce qui est des groupes plus âgés, la proportion de personnes actives sexuellement diminue chez les personnes de 45 à 64 ans (83 %) et chute de nouveau chez les personnes de 65 ans et plus (44 %). De façon générale, on observe un profil assez similaire chez les personnes des deux sexes bien que les femmes de 65 ans et plus soient moins actives sexuellement que les hommes du même âge (31 % c. 61 %) et que celles âgées de 15 à 17 ans le soient davantage que les hommes de cet âge (51 % c. 41 %) (données non présentées selon le sexe).

Figure 9.1

Personnes actives sexuellement¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



1. Au cours d'une période de douze mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

161. Notons que la proportion de personnes actives sexuellement atteint 67% dans le groupe des 15 à 24 ans (donnée non présentée).

- *Nombre de partenaires sexuels et sexe des partenaires*

Parmi la population active sexuellement, la très grande majorité, soit près de 9 personnes sur 10 (89 %), a eu un seul partenaire sexuel au cours d'une période de douze mois, alors qu'un peu moins d'une personne sur 10 (9 %) a eu entre deux et quatre partenaires et que 2,0 % a eu cinq partenaires et plus (tableau 9.1). Les femmes sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à avoir eu un seul partenaire sexuel (92 % c. 86 %) et, à l'inverse, proportionnellement plus d'hommes que de femmes déclarent avoir eu plus d'un partenaire (11 % c. 7 %, deux à quatre partenaires; 2,9 % c. 0,9 %, cinq partenaires et plus).

Tableau 9.1

Nombre de partenaires sexuels¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus active sexuellement, Québec, 2008

	Un partenaire	Deux à quatre partenaires	Cinq partenaires et plus
	%		
Total	88,9	9,2	2,0
Hommes	86,4	10,7	2,9
Femmes	91,6	7,4	0,9*
15-17 ans	69,1	27,6	3,4**
18-24 ans	66,7	26,8	6,5
25-44 ans	89,0	8,8	2,2
45-64 ans	95,0	4,3	0,8*
65 ans et plus	95,6	4,0*	0,4**

1. Au cours d'une période de douze mois.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Le nombre de partenaires sexuels varie selon l'âge. Les personnes plus jeunes sont, en proportion, plus nombreuses à avoir eu entre deux et quatre partenaires au cours d'une période de douze mois, soit un peu plus du quart chez les 15-17 ans (28 %) et chez les 18-24 ans (27 %)¹⁶², comparativement à environ une personne sur 10 (9 %) chez les 25-44 ans (tableau 9.1). Également, environ 6 % des 15-24 ans ont eu cinq partenaires et plus, au cours de la période de référence, comparativement à 2,2 % chez les 25-44 ans. Soulignons qu'à l'exception des 15 à 17 ans, les femmes sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à avoir eu un seul partenaire (74 % c. 59 %, chez les 18 à 24 ans; 92 % c. 86 %, chez les 25 à 44 ans; 97 % c. 93 %, chez les 45 à 64 ans; 99 % c. 94 %, chez les 65 ans et plus)¹⁶³ (données non présentées selon le sexe).

Selon l'EQSP 2008, la population active sexuellement se répartit selon le sexe des partenaires de la façon suivante : environ 98 % des personnes ont eu, au cours de la période de référence de douze mois, des relations sexuelles seulement avec des personnes de l'autre sexe (femmes : 98 %; hommes : 98 %), une faible proportion déclare des relations seulement avec des personnes de même sexe (femmes : 0,8 %; hommes : 2,1 %) et une minorité, avec des personnes des deux sexes (femmes : 1,0 %; hommes : 0,4 %¹⁶⁴) (données non présentées)¹⁶⁵.

162. Notons que c'est environ 27 %, chez les 15 à 24 ans (donnée non présentée).

163. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, c'est 73 % des femmes qui ont eu un seul partenaire comparativement à 62 % des hommes du même âge. Notons que pour le sous-groupe des 15 à 17 ans, il n'y a pas de différence selon le sexe (70 % rapportent avoir eu un seul partenaire).

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

165. Le sous-échantillon des répondants ayant eu des relations avec des personnes de même sexe ou des deux sexes dans les douze derniers mois est donc relativement petit, malgré la taille importante de l'échantillon global. Les résultats présentés demeurent valides, mais les croisements effectués avec certaines variables peuvent comporter un bon nombre d'estimations imprécises, ce qui limite les analyses qui en sont tirées.

Les données de l'enquête montrent que le nombre de partenaires sexuels varie selon qu'il s'agit de partenaires de l'autre sexe ou du même sexe (tableau 9.2). Les hommes ayant eu des relations sexuelles seulement avec des femmes sont plus nombreux, en proportion, à avoir eu un seul partenaire au cours d'une période de douze mois que leurs vis-à-vis ayant eu des relations sexuelles avec des hommes (87 % c. 61 %). Également, près d'un homme sur quatre (23 %) ayant eu des relations sexuelles seulement avec d'autres hommes déclare avoir eu entre deux et quatre partenaires comparativement à un homme sur 10 (10 %) ayant eu des relations seulement avec des femmes.

Tableau 9.2

Nombre de partenaires sexuels¹ selon le sexe de la personne et le sexe des partenaires, population de 15 ans et plus active sexuellement, Québec, 2008

	Un partenaire	Deux à quatre partenaires	Cinq partenaires et plus
	%		
Hommes	86,4	10,7	2,9
Hommes	60,7	23,3*	16,0**
Femmes	87,3	10,2	2,5
Hommes et femmes	...	81,7	18,3**
Femmes	91,6	7,4	0,9*
Hommes	92,5	6,8	0,6*
Femmes	92,1	7,9**	—
Hommes et femmes	...	65,5	34,5*

1. Au cours d'une période de douze mois.

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

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

— Donnée infime.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

La proportion des femmes actives sexuellement qui ont eu un seul partenaire ne diffère pas sur le plan statistique chez les femmes ayant eu des relations sexuelles seulement avec des hommes (93 %) et chez celles ayant eu des relations sexuelles seulement avec des femmes (92 %) (tableau 9.2). Il n'y a pas non plus de différence entre ces deux groupes de femmes quant au fait d'avoir eu de deux à quatre partenaires (7 %, hommes et 8 %, femmes). Notons également qu'un peu plus du tiers (35 %) des femmes ayant eu des relations sexuelles avec des hommes et des femmes ont eu cinq partenaires et plus au cours de la période de référence de douze mois. Tel qu'attendu, le fait d'avoir eu entre deux et quatre partenaires sexuels est plus répandu chez les personnes ayant eu des relations sexuelles avec des personnes des deux sexes (82 %, hommes et 65 %, femmes)¹⁶⁶.

9.2.2 Usage de la contraception

- *Chez les femmes de 15 à 49 ans actives sexuellement*

Environ les deux tiers (67 %) des femmes de 15 à 49 ans actives sexuellement ont habituellement fait usage de la contraception au cours d'une période de douze mois¹⁶⁷ (tableau 9.3). L'usage de la contraception varie selon l'âge des femmes. En effet, si 9 femmes sur 10 (90 %) de 15 à 24 ans¹⁶⁸ ont utilisé habituellement un moyen de contraception avec leur(leurs) partenaire(partenaires), c'est le cas d'environ 7 femmes sur 10 chez les 25 à 34 ans et d'un peu plus d'une femme sur 2 chez les 35 à 49 ans (90 % c. 71 % c. 54 %).

166. Par définition, ces personnes ont au moins eu deux partenaires sexuels différents au cours de la période de référence.

167. Rappelons que le moyen de contraception peut avoir été utilisé soit par la personne, soit par son(ses) partenaire(partenaires).

168. Il n'y a pas de différence significative quant à l'usage de la contraception chez les femmes de 15 à 17 ans comparativement aux femmes de 18 à 24 ans (93 % et 89 %) (données non présentées).

Tableau 9.3

Utilisation habituelle d'un moyen contraceptif¹ selon l'âge, le niveau de scolarité et le nombre de partenaires, population féminine de 15 à 49 ans active sexuellement, Québec, 2008

	%
Total	66,6
Groupe d'âge	
15-24 ans	90,0
25-34 ans	71,0
35-49 ans	53,5
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	63,9
Diplôme d'études secondaires (DES)	62,2
Diplôme ou certificat d'études collégiales ²	68,2
Diplôme d'études universitaires	69,5
Nombre de partenaires	
Un partenaire	64,2
Deux à quatre partenaires	85,9
Cinq partenaires et plus	78,8

1. Au cours d'une période de douze mois.

2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

L'usage de la contraception ne varie pas selon le sexe des partenaires mais il est associé au nombre de partenaires. Ainsi, la proportion de femmes ayant habituellement utilisé un moyen de contraception est plus élevée chez les femmes ayant eu deux partenaires et plus (86 %, deux à quatre partenaires et 79 %, cinq partenaires et plus) comparativement à celles ayant eu un seul partenaire au cours d'une période de douze mois (64 %) (tableau 9.3).

Le tableau 9.3 présente également les données concernant l'usage de la contraception selon la scolarité. Celles-ci suggèrent que l'usage de la contraception est plus répandu chez les femmes plus scolarisées, soit celles détenant un diplôme d'études collégiales (68 %) ou un diplôme d'études universitaires (70 %), que chez celles ayant un diplôme d'études secondaires (62 %). Les femmes ayant un niveau de scolarité inférieur au DES ne présentent pas d'écart significatif avec les femmes des autres niveaux.

L'enquête permet également d'estimer le recours à huit moyens contraceptifs par les femmes et leur(s) partenaire(s) au cours de la période de référence de douze mois. Il s'agit des moyens suivants par ordre décroissant des proportions observées¹⁶⁹ : la pilule contraceptive (30 %), le condom (23 %), la vasectomie (10 %), le stérilet (7 %), la ligature des trompes (4,6 %), les injections contraceptives (1,0 %¹⁷⁰), le spermicide (0,2 %¹⁷¹) et le diaphragme (donnée infime) (données non présentées).

169. Cet ordre de présentation ne signifie pas qu'il y a une différence significative entre les fréquences.

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

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

- *Chez les hommes actifs sexuellement*

Selon l'EQSP 2008, un peu moins d'un homme actif sexuellement sur deux (48 %) a habituellement fait usage de la contraception au cours d'une période de douze mois (tableau 9.4). L'usage de la contraception est associé à l'âge. En effet, plus l'âge augmente, plus l'usage diminue : près de 9 hommes sur 10 (88 %) âgés de 15 à 24 ans¹⁷² ont utilisé habituellement un moyen de contraception; cette proportion passe à 62 % chez les hommes de 25 à 44 ans, puis à 30 % chez ceux de 45-64 ans pour atteindre environ 7 % chez les hommes de 65 ans et plus¹⁷³.

L'usage de la contraception chez les hommes n'est pas associé au sexe des partenaires mais il varie selon le nombre de partenaires. Ainsi, la proportion des hommes actifs sexuellement ayant habituellement utilisé un moyen de contraception est plus élevée chez les hommes ayant eu deux partenaires et plus comparativement aux hommes ayant eu un seul partenaire sexuel (73 %, deux à quatre partenaires et 84 %, cinq partenaires et plus c. 44 %, un partenaire).

Notons également que l'usage de la contraception est associé à la scolarité chez les hommes. De fait, les hommes n'ayant pas obtenu leur diplôme d'études secondaires sont les moins nombreux en proportion à recourir à la contraception (38 %) par rapport aux hommes plus scolarisés¹⁷⁴ (tableau 9.4).

Tableau 9.4

Utilisation habituelle d'un moyen contraceptif¹ selon l'âge, le niveau de scolarité et le nombre de partenaires, population masculine de 15 ans et plus active sexuellement, Québec, 2008

	%
Total	47,9
Groupe d'âge	
15-24 ans	87,9
25-44 ans	62,4
45-64 ans	29,9
65 ans et plus	7,3
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	37,9
Diplôme d'études secondaires (DES)	49,1
Diplôme ou certificat d'études collégiales ²	53,1
Diplôme d'études universitaires	49,2
Nombre de partenaires	
Un partenaire	43,8
Deux à quatre partenaires	72,9
Cinq partenaires et plus	83,5

1. Au cours d'une période de douze mois.

2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

172. Notons la présence d'une différence significative sur le plan statistique concernant l'usage de la contraception chez les hommes de 15 à 17 ans comparativement aux hommes de 18 à 24 ans (94 % c. 86 %) (données non présentées).

173. L'usage de la contraception touche 69 % des hommes âgés de 25-34 ans et 56 % de ceux âgés de 35-44 ans (données non présentées).

174. Cela pourrait s'expliquer en partie par un effet d'âge, les hommes âgés étant moins nombreux à détenir un diplôme d'études secondaires (voir le chapitre 2 sur les caractéristiques de la population).

Voici les moyens contraceptifs retenus dans l'enquête auxquels les hommes ou leur(s) partenaire(s) ont eu recours au cours d'une période de douze mois par ordre décroissant des proportions observées¹⁷⁵ : la pilule contraceptive (20 %), le condom (18 %), la vasectomie (9 %), le stérilet (3,6 %), la ligature des trompes (3,4 %), les injections contraceptives (0,4 %¹⁷⁶), le spermicide (0,1 %¹⁷⁶) et le diaphragme (0,1 %¹⁷⁶) (données non présentées).

9.2.3 Utilisation du condom

- *Fréquence selon le sexe et l'âge*

La répartition de la population qui a été active sexuellement au cours des douze derniers mois selon la fréquence d'utilisation du condom lors des relations sexuelles est la suivante : environ 14 % des personnes de 15 ans et plus ont toujours utilisé ce moyen afin de se protéger contre les grossesses non désirées et les infections transmises sexuellement, environ 15 % y ont eu recours à l'occasion et environ 71 % ne l'ont jamais utilisé (tableau 9.5). L'enquête ne permet pas de détecter de différence entre les hommes et les femmes à cet égard.

Tableau 9.5

Fréquence d'utilisation du condom¹ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus active sexuellement, Québec, 2008

	Toujours	À l'occasion %	Jamais
Total	14,1	14,8	71,1
Hommes	14,8	14,9	70,3
Femmes	13,2	14,7	72,1
15-17 ans	58,5	31,4	10,1*
18-24 ans	35,0	35,3	29,6
25-44 ans	14,5	19,9	65,6
45-64 ans	6,4	5,0	88,6
65 ans et plus	2,5*	2,5*	95,0

1. Au cours d'une période de douze mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Cette répartition est associée à l'âge. La proportion relative à la catégorie « toujours » de l'indicateur est nettement plus élevée chez les jeunes de 15 à 17 ans (59 %). Celle-ci diminue à 35 % chez les 18 à 24 ans¹⁷⁷ puis à 15 % chez les 25 à 44 ans (tableau 9.5). La baisse de cette proportion se poursuit chez les groupes plus âgés (6 %, 45-64 ans c. 2,5 %, 65 ans et plus). L'utilisation occasionnelle du condom est moins répandue chez les 25-44 ans comparativement aux 15-24 ans (20 % c. 34 %)¹⁷⁸ et elle l'est encore moins chez les personnes âgées de 45 ans et plus (5,0 %, chez les 45 à 64 ans; 2,5 %, chez les 65 ans et plus).

175. Cet ordre de présentation ne signifie pas qu'il y a une différence significative entre les fréquences.

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

177. La proportion d'utilisateurs du condom est de 41 % chez les 15 à 24 ans (donnée non présentée), ce qui est plus élevé que dans les autres groupes d'âge.

178. Il n'y a pas de différence significative quant à l'utilisation occasionnelle du condom chez les 15 à 17 ans comparativement aux jeunes adultes de 18 à 24 ans (31 % et 35 %) (tableau 9.5).

En contrepartie, la proportion de personnes n'ayant jamais eu recours au condom sur douze mois est élevée chez tous les groupes d'âge, à l'exception des plus jeunes. Alors qu'un jeune sur dix (10 %) âgé de 15 à 17 ans n'utilise jamais le condom, c'est le cas de 3 adultes sur 10 (30 %) chez les 18 à 24 ans, de 2 adultes sur 3 (66 %) chez les 25-44 ans et d'environ 9 individus sur 10 chez les plus âgés (89 %, 45 à 64 ans c. 95 %, 65 ans et plus)¹⁷⁹. Ce profil selon l'âge est similaire chez les personnes des deux sexes à quelques nuances près : par exemple, les hommes de 18 à 24 ans disent toujours utiliser le condom en plus forte proportion que les femmes du même âge (42 % c. 28 %) (données non présentées selon le sexe).

- *Fréquence selon le nombre de partenaires et le sexe des partenaires*

Le nombre de partenaires et le sexe des partenaires sont également associés à la fréquence d'utilisation du condom. Concernant le nombre de partenaires, soulignons que le fait d'utiliser toujours le condom est plus répandu chez les personnes ayant plus d'un partenaire sexuel (51 %, cinq partenaires et plus et 39 %, deux à quatre partenaires c. 11 %, un partenaire) (données non présentées). À l'inverse, parmi les personnes ayant un seul partenaire, près de 8 personnes sur 10 (78 %) n'ont jamais utilisé le condom comparativement à une personne sur 5 (20 %) chez celles ayant entre deux et quatre partenaires. Enfin, l'utilisation occasionnelle du condom est présente chez environ 40 % des personnes ayant plus d'un partenaire comparativement à 11 % chez celles qui n'ont qu'un seul partenaire (42 %, deux à quatre partenaires et 43 %, cinq partenaires et plus c. 11 %, un partenaire). Ce profil est le même chez les hommes et les femmes (données non présentées).

Les hommes et les femmes ayant eu uniquement des partenaires sexuels de sexe opposé montrent une utilisation similaire du condom, au cours de la période de référence : environ 70 % des personnes ne l'ont jamais utilisé (71 % chez les hommes et 73 % chez les femmes), un peu plus d'une personne sur 10 rapporte une utilisation occasionnelle (13 % chez les hommes et 15 % chez les femmes) ou l'a toujours utilisé (15 % chez les hommes et 13 % chez les femmes) (données non présentées).

Parmi les hommes ayant eu seulement des relations avec d'autres hommes¹⁸⁰, environ la moitié (48 %) ont toujours utilisé le condom au cours de la période de référence de douze mois, environ 13 % y ont eu recours à l'occasion alors que près de deux sur cinq (39 %) ne l'ont jamais utilisé. Par ailleurs, un peu plus de deux femmes sur cinq (43 %¹⁸¹) ayant eu des relations sexuelles avec des hommes et des femmes déclarent avoir toujours utilisé le condom, environ le tiers (32 %¹⁸¹) l'utilisent à l'occasion et le quart (25 %¹⁸¹) ne l'utilisent jamais¹⁸² (données non présentées).

- *Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle avec pénétration*

Selon l'EQSP 2008, environ le cinquième (19 %) des personnes de 15 ans et plus ont utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec pénétration. Les hommes sont plus nombreux, en proportion, que les femmes à avoir eu recours au condom (20 % c. 18 %) (tableau 9.6). L'utilisation lors de la dernière relation avec pénétration varie selon l'âge : elle est plus répandue chez les jeunes de 15 à 17 ans (70 %), puis diminue chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans (48 %) et baisse encore de façon significative chez les personnes plus âgées (21 %, 25 à 44 ans c. 8 %, 45 à 64 ans c. 3,1 %¹⁸³, 65 ans et plus)¹⁸⁴. Ce profil selon l'âge est semblable chez les hommes et les femmes à l'exception des 18-24 ans chez lesquels l'usage du condom est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (53 % c. 43 %) (données non présentées selon le sexe).

179. La proportion de non-utilisateurs du condom est de 25 % chez les 15 à 24 ans (donnée non présentée), ce qui est moins élevé que dans les autres groupes d'âge.

180. Rappelons qu'environ 2,1 % des hommes ont déclaré avoir eu, au cours de la période de référence de douze mois, des relations sexuelles uniquement avec d'autres hommes.

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

182. Notons qu'à cause de l'imprécision des estimations portant sur les personnes ayant eu des relations avec des hommes et des femmes, les résultats concernant les hommes et les femmes ne sont pas comparés.

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

184. L'utilisation du condom est aussi plus répandue chez les 15 à 24 ans (54 %) (donnée non présentée) que dans les autres groupes d'âge.

L'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle varie également selon le nombre de partenaires et le sexe des partenaires. Concernant le nombre de partenaires, l'utilisation du condom est plus élevée, en proportion, chez les personnes ayant eu plusieurs partenaires (61 %, cinq partenaires et plus c. 52 %, deux à quatre partenaires c. 15 %, un partenaire) (tableau 9.6).

Tableau 9.6

Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle avec pénétration selon le sexe, l'âge, le nombre de partenaires et le sexe des partenaires, population de 15 ans et plus active sexuellement, Québec, 2008

	%
Total	19,1
Hommes	20,0
Femmes	18,2
Groupe d'âge	
15-17 ans	70,1
18-24 ans	47,9
25-44 ans	21,0
45-64 ans	8,3
65 ans et plus	3,1*
Nombre de partenaires	
Un partenaire	14,9
Deux à quatre partenaires	51,7
Cinq partenaires et plus	60,9
Sexe des partenaires	
Hommes	
Hommes	54,0
Femmes	19,2
Hommes et femmes	46,8*
Femmes	
Hommes	17,9
Femmes	...
Hommes et femmes	48,6*

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les données de l'enquête montrent aussi qu'environ la moitié des personnes ayant eu des partenaires des deux sexes ont utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec pénétration (47 %, hommes et 49 %, femmes) (tableau 9.6). C'est également le cas d'environ 20 % des personnes ayant eu uniquement des partenaires de sexe opposé au cours de la période de référence (19 %, hommes et 18 %, femmes). Soulignons aussi qu'un peu plus de la moitié des hommes (54 %) ayant eu seulement des relations avec d'autres hommes ont utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec pénétration.

9.2.4 Infections transmises sexuellement

Environ 8 % des personnes ayant déjà eu des relations sexuelles ont reçu un diagnostic d'infection transmise sexuellement (ITS) au cours de leur vie. Les femmes sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses que les hommes à rapporter une ITS (9 % c. 7 %) (tableau 9.7). La présence d'une ITS varie selon l'âge. Alors qu'environ un jeune sur 20 (4,9 % des 15 à 24 ans) a déjà eu une ITS, c'est le cas de près d'une personne sur 10 (11 %) chez les 25 à 44 ans. La proportion de personnes ayant reçu un diagnostic d'ITS est plus faible chez les 45-64 ans (9 %) et les 65 ans et plus (2,7 %). Un profil similaire est observé chez les hommes et chez les femmes bien que chez les hommes il n'y ait pas de différence quant à la présence d'un diagnostic entre ceux âgés de 25 à 44 ans et ceux âgés de 45 à 64 ans (9 % et 8 %).

Tableau 9.7

Proportion de personnes ayant déjà reçu un diagnostic d'infection transmise sexuellement (ITS) selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus ayant eu des relations sexuelles au cours de sa vie, Québec, 2008

	%
Total	8,2
15-24 ans	4,9
25-44 ans	11,3
45-64 ans	8,6
65 ans et plus	2,7
Hommes	7,1
15-24 ans	2,4**
25-44 ans	9,3
45-64 ans	8,0
65 ans et plus	3,2*
Femmes	9,2
15-24 ans	7,4
25-44 ans	13,3
45-64 ans	9,1
65 ans et plus	2,2

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Les données permettent également d'estimer la prévalence d'un diagnostic d'ITS chez deux groupes considérés à risque, soit les hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (au cours de la période de référence de douze mois) et les utilisateurs de drogues par injection (au cours de la vie)¹⁸⁵. Selon l'EQSP 2008, le diagnostic d'ITS est plus répandu chez ces deux groupes. En effet, près du quart (23 %¹⁸⁶) des hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes et environ le tiers (32 %¹⁸⁶) des utilisateurs de drogues par injection ont reçu un tel diagnostic (données non présentées).

185. Environ 2,5 % des hommes ont eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, au cours de la période de référence de douze mois, et environ 0,5 % des personnes de 15 ans et plus ont fait usage de drogues par injection au cours de leur vie.

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

Conclusion

Les résultats de l'EQSP 2008 révèlent que, parmi la population québécoise de 15 ans et plus, plus de 9 personnes sur 10 ont déjà eu des relations sexuelles au cours de leur vie, la proportion la plus faible se rapportant aux 15 à 17 ans (52 %). Environ 8 personnes sur 10 ont été actives sur ce plan dans les douze mois précédant l'enquête. Ce sont les personnes de 15 à 17 ans (46 %) et celles de 65 ans et plus (44 %) qui ont été les moins actives au cours de cette période de référence. Notons que la très grande majorité des personnes rapportent avoir eu un seul partenaire sexuel au cours d'une période de douze mois. Le fait d'avoir eu plus d'un partenaire est plus fréquent chez les hommes, chez les 15-24 ans ainsi que chez les personnes ayant eu des partenaires sexuels des deux sexes et chez les hommes ayant eu seulement des partenaires masculins.

Le condom, la pilule, la vasectomie, le stérilet et la ligature des trompes sont les cinq moyens contraceptifs les plus fréquemment rapportés par les personnes. L'analyse plus poussée de l'usage de chacun de ces moyens est une piste d'exploration intéressante des données de l'EQSP 2008. Par exemple, il serait intéressant de préciser si le recours à ces moyens diffère selon l'âge des personnes (par exemple, davantage de ligatures de trompes et de stérilets chez les femmes plus âgées) ou selon d'autres caractéristiques (dont la composition de la famille ou la présence d'enfants dans le ménage).

L'usage de la contraception sur une période de douze mois touche environ les deux tiers des femmes de 15 à 49 ans actives sexuellement et environ la moitié des hommes actifs sexuellement. L'enquête révèle que l'âge et le nombre de partenaires sont deux variables associées à l'usage de la contraception, tant chez les hommes que chez les femmes. En effet, cet usage est plus répandu chez les personnes plus jeunes (en particulier les 15 à 24 ans) et chez celles ayant eu plus d'un partenaire sexuel. Sur ce point, les travaux de McMahon et collaborateurs (2003) indiquent également que le recours à la contraception est plus répandu chez les femmes plus jeunes. Les études, la recherche d'un emploi et l'établissement d'une relation à long terme avec un partenaire sont parmi les facteurs soulevés pour expliquer ce résultat.

Il importe de rappeler aux lecteurs d'éviter la comparaison de l'usage de la contraception selon le sexe puisque la période de reproduction diffère chez les hommes (chez les 15 ans et plus) et chez les femmes (chez les 15-49 ans). Par ailleurs, les données de l'enquête ne permettent pas de conclure que les femmes sont davantage préoccupées par la contraception que les hommes. Une analyse intéressante serait d'examiner l'usage de la contraception selon le sexe pour des groupes d'âge similaires (par exemple, les 15-24 ans, les 25-34 ans). Une telle analyse n'a pas été réalisée dans le cadre du présent chapitre et est possible à partir des données disponibles dans l'enquête. L'inclusion de quelques caractéristiques (par exemple, composition du ménage, nombre de partenaires sexuels, etc.) permettrait de brosser un portrait plus fin à cet égard.

L'utilisation du condom revêt une importance particulière en santé publique puisque ce moyen permet de se prémunir contre les ITS. Fait encourageant, les données de l'EQSP 2008 montrent que l'utilisation du condom, au cours d'une période de douze mois et lors de la dernière relation sexuelle avec pénétration, est plus répandue chez les jeunes de 15 à 24 ans. L'enquête révèle cependant que les personnes plus âgées utilisent beaucoup moins le condom. Ce patron d'utilisation du condom selon l'âge est également relevé dans le rapport de l'*Enquête sociale et de santé* menée au Québec en 1998 (Adrien et autres, 2000). Cette plus faible popularité du condom chez les personnes moins jeunes pourrait s'expliquer, en partie du moins, par le fait que ces personnes ont davantage un seul partenaire sexuel et se perçoivent ainsi moins à risque de contracter une ITS.

Le risque d'être infecté par une telle infection augmente avec le nombre de partenaires (McKay, 2004; Rotermann, 2008). En présence de plus d'un partenaire sexuel, l'usage systématique du condom en tant que moyen de protection, pour soi-même et pour les autres, est primordial. À cet égard, certains résultats de l'EQSP 2008 sont préoccupants. Par exemple, environ la moitié des hommes ayant eu des partenaires sexuels des deux sexes n'ont jamais utilisé le condom au cours de la période de douze mois. Concernant la dernière relation sexuelle avec pénétration, c'est environ 40 % des personnes ayant eu cinq partenaires et plus qui n'ont pas utilisé le condom à cette occasion et environ la moitié chez celles ayant eu entre deux et quatre partenaires.

Un peu moins d'une personne sur 10 (8 %) ayant eu des relations sexuelles a reçu un diagnostic d'infection transmise sexuellement au cours de sa vie. Bien qu'une enquête comme l'EQSP 2008 ne puisse permettre de vérifier la prévalence d'ITS chez tous les groupes à risque, force est de constater que les hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes et que les utilisateurs de drogues par injection sont touchés en forte proportion par les ITS. Près du quart des hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes ont reçu un diagnostic d'ITS et près du tiers des utilisateurs de drogues par injection. Le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires ont d'ailleurs fait de ces deux populations les cibles privilégiées de leurs interventions de lutte contre ces infections (MSSS, 2010).

Références bibliographiques

- ADRIEN, A., V. LEAUNE et D. AUGER (2000). « Comportements sexuels et utilisation du condom », dans : *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 9, p. 201-218.
- BLAIS, J. (2005). « La grossesse à l'adolescence : un phénomène qui persiste! », *Ça s'exprime*, Magazine produit par le MSSS et l'UQAM, n° 2, hiver, 8 p.
- CLERMONT, M., et Y. LACOUTURE (2000). « Orientation sexuelle et santé », dans : *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 10, p. 219-230.
- FERNET, M., M. IMBLEAU et F. PILOTE (2002). « Sexualité et mesures préventives contre les MTS et la grossesse », dans : *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 12, p. 273-291.
- HANSEN, L., J. MANN, T. WONG et S. MCMAHON (2003). « Santé sexuelle » dans : *Rapport de surveillance de la santé des femmes*, Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé et Santé Canada, p. 49-50. [En ligne] : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/index-fra.php (chapitre additionnel consulté le 15 mai 2010).
- MCCAY, A. (2004). « Adolescent sexual and reproductive health in Canada : A report card in 2004 », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 13, n° 2, p. 67-81.
- MCMAHON, S., L. HANSEN, J. MANN, C. SÉVIGNY, T. WONG et M. ROACHE (2003). « Contraception », dans : *Rapport de surveillance de la santé des femmes*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé et Santé Canada, p. 51-52, [En ligne] : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/index-fra.php (chapitre additionnel consulté le 15 mai 2010).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2010). *Les infections transmissibles sexuellement et par le sang – L'épidémie silencieuse. Quatrième rapport sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 73 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2009). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2008 (et projections 2009)*. Québec, Gouvernement du Québec, 99 p.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION AND WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *Promotion of Sexual Health - Recommendations for Action*, PAHO et WHO, 58 p.
- ROTTERMAN, M. (2008). « Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, vol. 19, n° 3, septembre, 5 p.
- SANTÉ CANADA (1999). *Actualités épidémiologiques sur les MTS. Utilisation de contraceptifs oraux et du condom*, Ottawa, Santé Canada, 5 p.

Comportements de santé propres aux femmes

Francine Bernèche

Renée Dufour

Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec

Sylvie Bernier

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Faits saillants

- La contraception hormonale combinée (CHC), qui inclut principalement les contraceptifs oraux, est utilisée par environ 30 % des Québécoises de 15 à 49 ans actives sexuellement; près de la moitié (48 %) des femmes de 15 à 35 ans y ont recours, contre 9 % des femmes de 36 à 49 ans.
- L'utilisation de la CHC présente un potentiel d'exacerbation des effets du tabagisme comme facteur de risque important de maladie coronarienne ou d'accident vasculaire cérébral, notamment chez les femmes plus âgées (36-49 ans). Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP), l'usage de la cigarette concerne 26 % des femmes de 15 à 35 ans actives sexuellement qui utilisent la CHC, tandis que la proportion est de 11 % chez les utilisatrices de 36 à 49 ans. Cette proportion plus faible va dans le sens des recommandations du Consensus canadien sur la contraception (2004) sur l'abandon de l'usage de la cigarette, sinon de la CHC chez les fumeuses âgées de plus de 35 ans.
- Parmi les femmes de 36 à 49 ans actives sexuellement, les utilisatrices de la CHC fument moins que les non-utilisatrices (11 % c. 26 %). Par contre, chez les femmes plus jeunes, l'usage de la cigarette n'est pas lié au fait d'avoir ou non recours à la CHC.
- En 2008, environ neuf femmes sur dix (89 %) parmi les Québécoises âgées de 18 à 69 ans ont déjà passé le test de Pap (ou Papanicolaou) et près des trois quarts (73 %) ont passé leur dernier test depuis moins de trois ans. C'est le délai recommandé par le Comité consultatif sur le cancer (1998) pour la mise en place d'un dépistage systématique du cancer du col utérin. Ce comportement préventif se voit surtout chez les femmes âgées de 25 à 44 ans (83 %).
- Le fait d'avoir passé le dernier test de Pap en deçà de trois ans est moins répandu parmi les femmes les moins scolarisées (61 % des femmes ayant un niveau de scolarité inférieur au diplôme d'études secondaires) et les femmes disposant des revenus les plus faibles (65 % des femmes se situant dans le quintile 1 de l'indice du niveau de revenu du ménage).
- Environ la moitié des femmes établies depuis moins de cinq ans au Canada ont passé leur dernier test de Pap dans un laps de temps inférieur à trois ans. Cette proportion est moindre que celle observée chez les femmes établies depuis plus longtemps (71 %) ou les femmes nées au Canada (74 %).

Introduction

Les comportements de santé propres aux femmes dont traite le présent chapitre concernent la présence de comportements à risque accroissant les dangers pour la santé et l'adoption de comportements préventifs pouvant aider à déceler des problèmes de santé. Deux aspects particuliers liés à ces comportements sont examinés : l'usage de la cigarette chez les femmes de 15 à 49 ans qui utilisent la contraception hormonale combinée et la passation du test de Pap chez les femmes âgées de 18 à 69 ans.

La contraception hormonale combinée (CHC) est définie comme l'utilisation de « moyens de contraception qui contiennent tant des œstrogènes qu'un progestatif » (Black et autres, 2004); elle inclut généralement les contraceptifs oraux, mais aussi l'anneau vaginal contraceptif et le timbre contraceptif. Le recours à la CHC peut exacerber les effets du tabagisme et de l'âge sur les risques de maladie coronarienne ou d'accident vasculaire cérébral (David, 2004; Farley et autres, 1998). Le tabagisme constitue en effet un facteur de risque important pour ces problèmes de santé, tandis que l'incidence des maladies cardiovasculaires s'accroît rapidement chez les femmes de plus de 35 ans. Pour minimiser le risque accru dû à l'usage de la cigarette, le Consensus canadien sur la contraception recommande d'aviser toutes les femmes de cesser de fumer et, pour ce qui est des fumeuses de plus de 35 ans, de ne pas recourir à la CHC (David, 2004). Afin de mieux connaître l'état de la situation, l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP) fournit des données sur l'usage de la cigarette chez les Québécoises de 15 à 49 ans ayant recours à la CHC.

Le test de Pap (ou Papanicolaou) consiste en un frottis cytologique, dont l'analyse sert principalement à détecter les lésions du col de l'utérus. En 1997, dans la lignée du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, le Programme québécois de lutte contre le cancer incluait le test de Pap parmi les mesures de dépistage à faire lors d'une consultation médicale. Le Comité consultatif sur le cancer (1998) recommandait également la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer du col utérin auprès des femmes de 18 à 69 ans, basé sur une cytologie gynécologique aux trois ans. Un tel programme n'existe pas actuellement. Les données de l'EQSP 2008 permettent de savoir dans quelle proportion les Québécoises de 18 à 69 ans ont passé le test de Pap dans le délai recommandé et dans quelle mesure cette proportion varie selon certaines caractéristiques individuelles (âge, scolarité, naissance au Canada ou durée de résidence).

Ce chapitre débute par la description des aspects méthodologiques, qui vise à définir les indicateurs utilisés et à signaler les limites des données ainsi que leur portée. Vient ensuite la présentation des résultats, d'abord sur l'usage de la cigarette chez les utilisatrices de la contraception hormonale combinée, puis sur la passation du test de Pap dans un délai inférieur à trois ans. Notons que la population féminine considérée n'est pas la même selon le comportement étudié, soit les femmes de 15 à 49 ans pour le tabagisme et la CHC, et les femmes de 18 à 69 ans pour le test de Pap. La conclusion fait une synthèse des résultats et suggère des pistes d'analyse additionnelles à partir des données de l'EQSP 2008.

10.1 Aspects méthodologiques

10.1.1 Usage de la cigarette parmi les utilisatrices de la contraception hormonale combinée

L'indicateur sur l'usage de la cigarette parmi les utilisatrices de la contraception hormonale combinée concerne un groupe particulier parmi la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé, soit les femmes de 15 à 49 ans. Il s'agit de femmes en âge de procréer qui sont susceptibles d'avoir recours à ce type de contraception.

L'indicateur concerne la population des femmes de 15 à 49 ans qui ont eu des relations sexuelles avec un ou des partenaires de l'autre sexe au cours des douze derniers mois et qui utilisent la contraception hormonale combinée. Cet indicateur est établi en faisant le rapport du nombre de fumeuses parmi ces femmes (numérateur) sur l'ensemble de cette population (dénominateur). Le numérateur fait donc référence au statut de fumeur, alors que le dénominateur renvoie aux moyens de contraception utilisés par la population féminine sexuellement active.

L'information sur le statut de fumeur¹⁸⁷ tirée de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* concerne les fumeurs actuels de cigarettes. Cette information provient d'une seule question de l'enquête (Q68)¹⁸⁸, qui demande au répondant si, actuellement, il fume la cigarette tous les jours, à l'occasion ou jamais. Le nombre de fumeurs actuels est calculé en regroupant les deux premières catégories (tous les jours et à l'occasion). Les fumeurs actuels peuvent donc comprendre des fumeurs réguliers ou occasionnels.

L'information sur l'utilisation de la CHC provient d'une question (Q101) sur les moyens de contraception habituellement utilisés par la personne répondante et son partenaire (ou ses partenaires) de l'autre sexe. Plusieurs réponses pouvaient être fournies parmi la liste des huit moyens indiqués, auxquels s'ajoutait une catégorie « autre » (que l'intervieweur demandait de préciser). Les femmes qui prennent la pilule contraceptive (incluse dans la liste préétablie) ou d'autres moyens, soit l'anneau vaginal contraceptif ou le timbre contraceptif (lorsque mentionné par la répondante), sont considérées comme des utilisatrices de la contraception hormonale combinée.

Notons que la question Q101 s'adresse uniquement aux personnes qui, au cours des douze derniers mois, ont eu des relations sexuelles avec un ou des partenaires de l'autre sexe (Q96a, Q96b) et ont utilisé habituellement un moyen de contraception – elles-mêmes ou leur(s) partenaire(s) - (Q100)¹⁸⁹. De ce fait, la population féminine de 15 à 49 ans ayant utilisé la CHC peut être sous-estimée, puisqu'elle ne comprend pas les femmes qui utilisent ce type de contraception mais n'ont pas été actives sexuellement durant les douze derniers mois.

L'indicateur sur l'usage de la cigarette parmi les utilisatrices de la contraception hormonale combinée âgées de 15 à 49 ans permet donc de déterminer la proportion de ces femmes courant des risques accrus pour leur santé du fait de leur tabagisme et, chez les plus âgées (36 à 49 ans), la proportion de femmes utilisant la CHC qui devraient cesser de fumer, sinon qui devraient utiliser un autre type de contraception d'après la recommandation du Consensus canadien sur la contraception (2004).

10.1.2 Test de Pap

L'indicateur sur le test de Pap concerne précisément les femmes âgées de 18 à 69 ans parmi la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé. Deux questions¹⁹⁰ servent à construire cet indicateur : la première permet d'identifier les femmes qui ont déjà passé un « PAP test (un test de PAP ou un prélèvement vaginal) » (Q10); la seconde, qui est posée uniquement aux femmes ayant répondu affirmativement à la question précédente, demande « à quand remonte la dernière fois » (Q11). Cinq choix de réponse sont proposés : moins de 6 mois, de 6 mois à moins d'un an, d'un an à moins de 3 ans, de 3 ans à moins de 5 ans, 5 ans ou plus.

Ces questions ont été adressées aux femmes de 15 ans et plus, mais l'indicateur est défini pour les femmes de 18 à 69 ans. De même, les trois premières catégories de réponses à la question sur la période de temps écoulée depuis la dernière passation du test ont été regroupées pour identifier les femmes ayant passé le test de Pap depuis moins de trois ans.

187. L'information sur le statut de fumeur n'est présentée, dans ce chapitre, que par rapport à l'utilisation de la contraception hormonale combinée. Cette information n'est pas analysée comme telle pour l'ensemble de la population de 15 ans et plus, l'ESCC constituant la référence pour obtenir des données générales sur ce statut.

188. La question Q68 est tirée de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001* (ESCC) de Statistique Canada.

189. La question Q100 était posée aux hommes de 15 ans et plus et aux femmes âgées de 15 à 49 ans. Pour plus de détails sur les questions de l'enquête, voir le questionnaire de l'EQSP 2008 sur le site Web de l'Institut de la statistique du Québec.

190. Ces questions proviennent de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), 2000-2001 de Statistique Canada.

La comparabilité des résultats de l'EQSP 2008 avec ceux d'autres enquêtes est limitée par les différences dans la méthodologie adoptée. Ainsi, le temps écoulé depuis le dernier test de Pap n'est pas découpé de la même façon dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* (moins de 12 mois, de 1 à 2 ans, plus de 2 ans)¹⁹¹. Dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), la question est la même que dans l'EQSP 2008, mais les résultats sur le test de Pap disponibles dans le fichier de microdonnées à grande diffusion de Statistique Canada ne concernent que les femmes de 20 ans et plus pour les cycles 2000-2001 et 2003.

Enfin, l'indicateur sur le test de Pap sert à établir la proportion de femmes qui ont passé leur dernier test dans un délai correspondant aux recommandations émises par le Comité consultatif sur le cancer (1998), soit depuis moins de trois ans, sans fournir évidemment d'information sur l'importance des dépistages effectués aux trois ans à la suite de ce test.

10.2 Résultats

10.2.1 Usage de la cigarette parmi les utilisatrices de la contraception hormonale combinée âgées de 15 à 49 ans

Les femmes de 15 à 49 ans utilisatrices de la contraception hormonale combinée constituent le groupe de population visé par les recommandations sur l'abandon de la cigarette, en particulier celles âgées de 36 à 49 ans. Les femmes qui utilisent la contraception hormonale combinée représentent environ 30 % de la population féminine de 15 à 49 ans active sexuellement¹⁹² (données non présentées). Il existe une nette différence entre les femmes de 15 à 35 ans, dont près de la moitié (48 %) ont recours à ce type de contraception, et celles de 36 à 49 ans, dont environ le dixième (9 %) en font l'utilisation.

Les fumeuses actuelles comptent pour 23 % des femmes de 15 à 49 ans actives sexuellement qui utilisent la CHC, soit 26 % des 15-35 ans et 11 % des 36-49 ans (figure 10.1). Ces résultats indiquent que l'usage de la cigarette est moins répandu chez les femmes plus âgées que chez les plus jeunes lorsque ces femmes utilisent la contraception hormonale combinée.

Si l'on compare les utilisatrices de la CHC et les non-utilisatrices, aucun lien n'est décelé entre l'usage de la cigarette et le fait de recourir ou non à la CHC chez les femmes de 15 à 35 ans actives sexuellement, tandis que les utilisatrices âgées de 36 à 49 ans¹⁹³ se distinguent des femmes de leur âge qui n'ont pas recours à la CHC par un moindre usage de la cigarette (11 % c. 26 %) (données non présentées). Ce constat va dans le sens des incitations à cesser de fumer qui s'adressent aux utilisatrices de la CHC, particulièrement à celles qui sont âgées de 36 à 49 ans, auxquelles il est aussi demandé de ne pas recourir à ce type de contraception si elles continuent de fumer.

Il existe aussi une association entre la scolarité et l'usage de la cigarette chez les utilisatrices de la CHC âgées de 15 à 49 ans. Les diplômées universitaires se démarquent en effet des femmes moins scolarisées par une proportion plus faible de fumeuses actuelles, soit 12 %¹⁹⁴ des utilisatrices de la CHC contre 23 % chez les femmes ayant un diplôme d'études collégiales, 30 % chez les détentrices d'un DES et 39 % chez les femmes dont le niveau de scolarité est inférieur au DES (données non présentées). Il importe de noter que, dans l'ensemble de la population féminine de 15 à 49 ans, les femmes moins scolarisées présentent déjà une proportion plus élevée de fumeuses actuelles que les plus scolarisées. Par ailleurs, on ne déce pas de lien statistique entre l'usage de la cigarette chez les femmes actives sexuellement qui utilisent la CHC et la variable naissance ou résidence au Canada, ou encore l'indice du niveau de revenu du ménage distinguant le quintile 1 (revenus les plus faibles) des autres quintiles.

191. Selon l'*Avis sur l'optimisation du dépistage du cancer du col utérin au Québec* (Goggin et Mayrand, 2009), le dépistage devrait débuter à 21 ans et les tests devraient être passés aux deux ans si les résultats sont normaux. Le délai de deux ans ne figure toutefois pas dans les choix de réponse à la question sur le temps écoulé depuis le dernier test de Pap dans l'ESCC ou dans l'EQSP 2008.

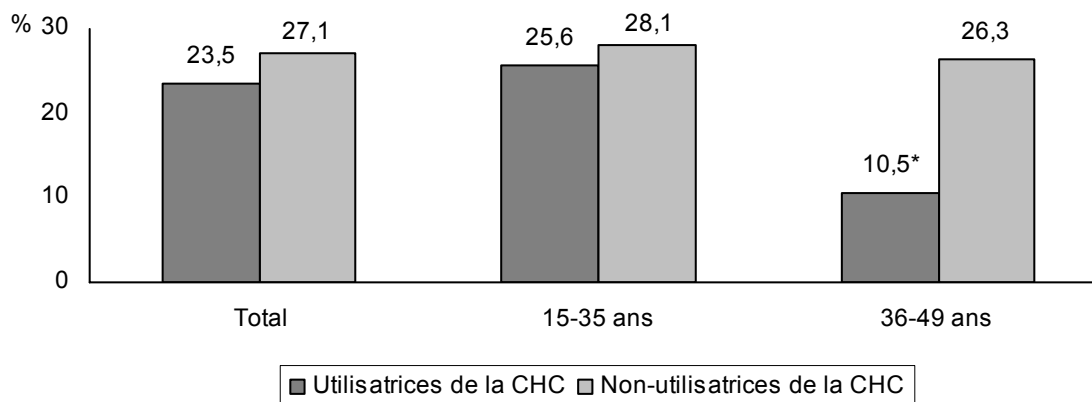
192. Personnes ayant eu des relations sexuelles au cours des douze derniers mois.

193. Notons que 4,6 % des femmes de 36-49 ans actives sexuellement qui utilisent la CHC fument tous les jours; cette estimation doit être interprétée avec prudence (coefficient de variation entre 15 % et 25 %).

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

Figure 10.1

Fumeuses actuelles¹ selon l'utilisation de la contraception hormonale combinée (CHC)² et l'âge, population féminine de 15 à 49 ans active sexuellement³, Québec, 2008



1. Fumeuses régulières ou occasionnelles.

2. La CHC inclut la pilule contraceptive, l'anneau vaginal contraceptif et le timbre contraceptif. Il s'agit des moyens indiqués par les femmes ayant utilisé habituellement un moyen de contraception au cours des 12 derniers mois.

3. Femmes de 15 à 49 ans ayant eu des relations sexuelles avec un ou des partenaires de l'autre sexe au cours des 12 derniers mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

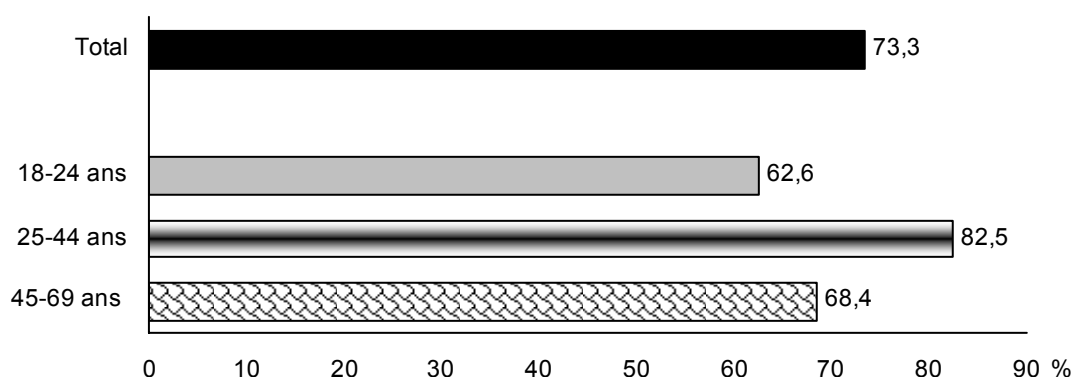
10.2.2 Test de Pap chez les femmes de 18 à 69 ans

Selon l'EQSP 2008, près des trois quarts (73 %) des Québécoises âgées de 18 à 69 ans ont passé un test de Pap depuis moins de trois ans (figure 10.2). Les femmes d'âge moyen (25-44 ans) sont les plus nombreuses à le faire, puisque 83 % d'entre elles ont déjà passé ce test dans le délai recommandé, comparativement à 68 % des femmes âgées de 45 à 69 ans et à une proportion encore moindre chez les jeunes femmes (18-24 ans), soit 63 %. Notons que pour environ la moitié (49 %) de la population féminine du Québec (18-69 ans), le dernier test date de moins d'un an. Encore là, ce sont surtout les femmes de 25-44 ans qui s'inscrivent dans ce délai (57 % c. 50 % des 18-24 ans et 43 % des 45-69 ans).

Par ailleurs, les femmes qui ont passé un test de Pap depuis trois ans ou plus représentent 15 % de la population féminine de 18 à 69 ans et les femmes qui n'ont jamais subi ce test, environ le dixième (11 %) (données non présentées). Les femmes ayant dépassé le délai recommandé se retrouvent surtout chez les plus âgées (24 % des 45-69 ans), tandis que la plus forte proportion de femmes n'ayant jamais passé le test de Pap se rencontre chez les plus jeunes (36% des 18-24 ans).

Figure 10.2

Passation du dernier test de Pap depuis moins de trois ans selon l'âge, population féminine de 18 à 69 ans, Québec, 2008



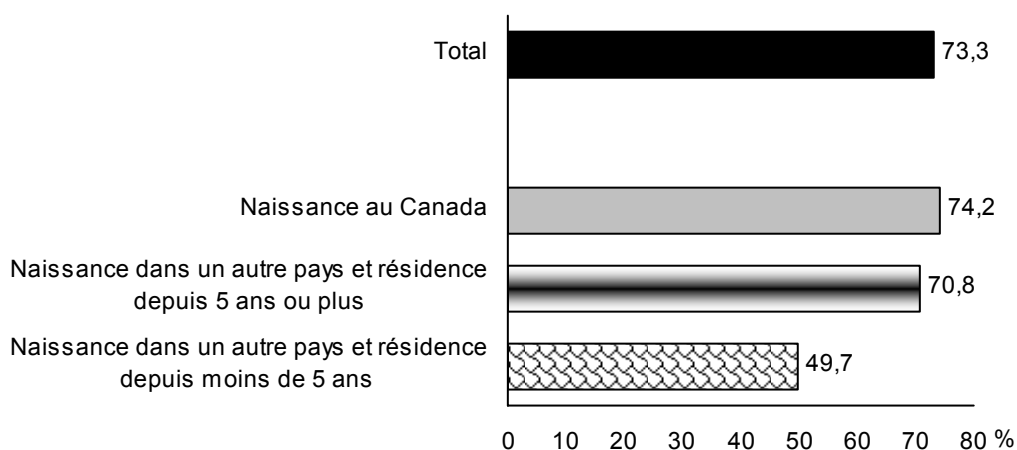
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

- *Naissance au Canada ou durée de résidence*

Environ les deux tiers (66 %) des femmes de 18 à 69 ans nées à l'extérieur du Canada ont passé le test de Pap depuis moins de trois ans, comparativement aux trois quarts (74 %) des Canadiennes de naissance (figure 10.3). Il n'est toutefois pas possible de déceler de différence significative entre les femmes établies depuis cinq ans ou plus et les femmes nées au pays (71 % et 74 %). En fait, ce sont les immigrantes récentes (moins de cinq ans) qui se distinguent nettement des autres, avec une proportion plus faible de femmes, soit la moitié, qui ont passé le test de Pap dans un laps de temps inférieur à trois ans.

Figure 10.3

Passation du dernier test de Pap depuis moins de trois ans selon la naissance au Canada ou la durée de résidence, population féminine de 18 à 69 ans, Québec, 2008



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

En raison de l'imprécision des données pour les immigrantes récentes dans les groupes de 18-24 ans et de 45-69 ans, l'analyse selon l'âge ne permet pas d'éclaircir ces derniers résultats. Les données concernant les femmes âgées de 25 à 44 ans permettent toutefois de faire le même constat que précédemment, à savoir que les femmes arrivées depuis moins de cinq ans sont proportionnellement beaucoup moins nombreuses à avoir passé leur dernier test de Pap en-deçà de trois ans que celles établies depuis plus longtemps ou nées au Canada (54 % c. 80 % et 85 %).

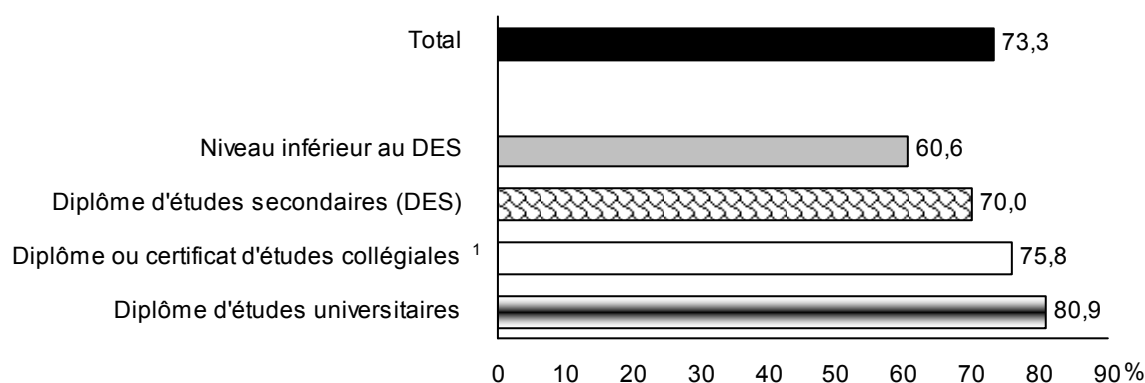
- *Scolarité et revenu*

Le fait de passer le test de Pap dans un délai de trois ans est lié à la scolarité. En effet, les femmes dont le niveau de scolarité est inférieur au diplôme d'études secondaires (DES) présentent une proportion nettement moindre, par rapport aux femmes détenant au moins un DES, à avoir passé leur dernier test au cours des trois dernières années (61 % c. 76 %) (données non présentées). Cette différence n'est pas discernable chez les 18-24 ans, dont une partie demeure probablement aux études; elle est toutefois présente chez les 25-44 ans (76 % c. 83 %) et plus importante encore chez les 45-69 ans (56 % c. 72 %). Les femmes plus âgées et moins scolarisées semblent donc moins susceptibles que les autres de passer le test de Pap dans le délai recommandé.

Une analyse plus poussée des niveaux de scolarité montre que la proportion de femmes ayant passé leur dernier test de Pap depuis moins de trois ans suit un gradient à partir de la scolarité la plus faible (61 %) (figure 10.4). La proportion passe ensuite à 70 % chez les titulaires d'un DES, puis à 76 % chez les détentrices d'un diplôme d'études collégiales (DEC), pour atteindre 81 % parmi les diplômées universitaires. Observés selon le groupe d'âge, les résultats montrent qu'il existe un lien entre le fait de passer ce test dans le laps de temps recommandé et la scolarité, tant chez les 25-44 ans que chez les 45-69 ans (données non présentées). Dans ce dernier groupe d'âge, environ 7 femmes sur 10 parmi les détentrices d'un DES (70 %) ou d'un DEC (69 %) et 8 femmes sur 10 parmi les diplômées universitaires (79 %) ont passé le test de Pap au cours d'une période inférieure à trois ans, comparativement à moins de 6 femmes sur 10 présentant un niveau de scolarité inférieur au DES (56 %).

Figure 10.4

Passation du dernier test de Pap depuis moins de trois ans selon le niveau de scolarité, population féminine de 18 à 69 ans, Québec, 2008



1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*.

Le fait d'avoir passé leur dernier test de Pap dans un délai de trois ans est aussi lié au revenu du ménage. En effet, les femmes de 18 à 69 ans disposant des revenus les plus faibles (quintile 1 de l'indice du niveau de revenu du ménage) sont moins susceptibles d'avoir passé ce test durant le laps de temps recommandé que l'ensemble des femmes des quintiles plus élevés (65 % c. 75 %) (données non présentées). En fait, ces femmes sont plus nombreuses que les autres à n'avoir jamais subi ce test (15 % c. 11 %) ou à l'avoir fait depuis trois ans ou plus (19 % c. 15 %).

Conclusion

L'EQSP 2008 fournit des données récentes sur deux comportements pour lesquels des recommandations ont été émises, afin de protéger la santé des femmes en prévenant les risques d'aggravation de problèmes de santé sévères. Ainsi, l'usage de la cigarette chez les utilisatrices de la contraception hormonale combinée âgées de 15 à 49 ans et la passation du test de Pap chez les femmes de 18 à 69 ans ont été étudiés dans le présent chapitre.

Il est reconnu que le tabagisme accroît les risques de maladie coronarienne et d'accident cérébral vasculaire parmi les femmes qui utilisent la contraception hormonale combinée (CHC), d'autant plus si celles-ci ont dépassé l'âge de 35 ans. Ce potentiel d'exacerbation des effets du tabagisme et de l'âge que présente l'utilisation de la CHC est suffisamment important pour que le Consensus canadien sur la contraception recommande d'aviser les fumeuses de 36 à 49 ans de ne pas avoir recours à la CHC si elles n'abandonnent pas la cigarette. Les données de l'EQSP 2008 montrent que, dans ce dernier groupe d'âge, le dixième (11 %) des femmes sexuellement actives ayant recours à la CHC fument encore, alors que la proportion s'élève à un peu plus du quart (26 %) chez les plus jeunes (15-35 ans).

Ces constats laissent supposer que les utilisatrices de la contraception hormonale âgées de 15 à 35 ans ont peu suivi les incitations à cesser de fumer. Notons que ces femmes représentent 86 % de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans actives sexuellement qui utilisent la CHC (données non présentées). Par ailleurs, la proportion moindre de fumeuses chez les utilisatrices de la CHC âgées de 36 à 49 ans résulte sans doute d'une combinaison de facteurs dont l'importance varie. En premier lieu, le fait d'aviser les fumeuses de ce groupe d'âge d'utiliser un autre type de contraception si elles continuent à fumer et de ne pas leur prescrire de contraception hormonale combinée dans ce cas contribue probablement à la réduction de la proportion de fumeuses chez les utilisatrices plus âgées. En second lieu, l'éventualité de se voir refuser le recours à la CHC a pu inciter un certain nombre de femmes à cesser de fumer, mais cet effet est difficile à évaluer. On peut cependant faire l'hypothèse que l'abandon de la cigarette est moins répandu que ne le laisse croire la faible proportion de fumeuses chez les utilisatrices plus âgées, celle-ci étant due en bonne partie à l'exclusion des fumeuses qui ont dû recourir à un autre moyen de contraception.

Les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* ont déjà montré qu'au Québec, la proportion de femmes âgées de 20 ans et plus n'ayant jamais subi de test de Pap a baissé entre 2000-2001 et 2005, alors que celle des femmes l'ayant passé depuis trois ans ou plus augmentait (Bernèche et Dumitru, 2009). Les proportions observées ne montrent pas de tendance à la variation durant cette période chez les femmes ayant passé le test depuis moins de trois ans, soit près des deux tiers de la population féminine de 20 ans et plus.

Selon l'EQSP 2008, près des trois quarts (73 %) des Québécoises âgées de 18 à 69 ans ont passé leur dernier test de Pap dans un délai inférieur à trois ans. Ce sont surtout les femmes de 25 à 44 ans qui l'ont fait dans ce laps de temps (83 %); en fait, 57 % des femmes de ce groupe d'âge ont passé leur dernier test depuis moins d'un an. Par ailleurs, il ressort que les femmes visées par le dépistage du cancer utérin sont d'autant plus susceptibles d'avoir passé le test de Pap depuis moins de trois ans que leur niveau de scolarité est élevé. Les femmes les moins scolarisées, de même que celles disposant des plus faibles revenus, constituent ainsi le groupe de population féminine chez lequel ce comportement de santé est le moins répandu (respectivement 61 % et 65 %). Ces femmes pourraient sans doute profiter d'efforts plus circonscrits sur le plan de la prévention et du dépistage.

Les femmes arrivées récemment au Canada sont aussi proportionnellement moins nombreuses que les femmes nées au pays ou établies depuis plus longtemps à avoir passé un test de Pap il y a moins de trois ans, ce qui est le cas de la moitié d'entre elles. Il faut noter que la durée de résidence de ces immigrantes (moins de cinq ans) peut être très variable et même, être de quelques mois seulement. La diversité de leurs origines et de leurs cultures doit aussi être considérée dans l'interprétation de ces résultats, notamment dans la perspective de promouvoir la passation du test de Pap aux trois ans et de favoriser l'accessibilité des services à toute la population-cible.

En fournissant un portrait de l'état de la situation pour deux comportements de santé chez les femmes du Québec, les données de l'EQSP 2008 permettent de poser un premier jalon à partir duquel il sera possible d'en suivre l'évolution dans les enquêtes à venir. Des analyses plus poussées peuvent aussi être menées à partir de la présente enquête, en particulier afin de mieux connaître le profil et les habitudes de vie des groupes demandant des interventions plus ciblées.

Références bibliographiques

- BERNECHE, F., et V. DUMITRU (2009). « Santé : perceptions et comportements », dans : Institut de la statistique du Québec, *Données sociales du Québec. Édition 2009*, Québec, IISQ, coll. « Conditions de vie », chapitre 2, p. 45-77.
- BLACK, A., N. FLEMING, H. PYMAR, T. BROWN et T. SMITH (2004). « Contraception hormonale combinée », dans : A. BLACK, D. FRANCOEUR et T. ROWE, *Consensus canadien sur la contraception. Directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)*, tiré à part du *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, n° 143, mars, chapitre 4, p. 256-275.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, BOARD OF SCIENCE AND EDUCATION AND TOBACCO CONTROL RESOURCE CENTER (2004). *Smoking and reproductive life : The impact of smoking on sexual, reproductive and child health*, U. K., BMA Publications, 65 p
- COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER (1998). *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 195 p.
- DAVID, M. (2004). « Considérations particulières en matière de contraception hormonale », dans : A. BLACK, D. FRANCOEUR et T. ROWE, *Consensus canadien sur la contraception. Directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)*, tiré à part du *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, n° 143, mars, chapitre 6, p. 283-289.
- DONOVAN, D., L. DUNNIGAN et S. VÉZINA (2000). « Divers comportements de santé propres aux femmes », dans : *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 11, p. 231-247.
- FARLEY, T.M., O. MEIRIK, C.L. CHANG et N.R. POULTER (1998). « Combined oral contraceptives, smoking, and cardiovascular risk », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 52, n° 12, p. 775-785.
- GOGGIN, P., et M.-H. MAYRAND (2009). *Avis sur l'optimisation du dépistage du cancer du col utérin au Québec*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 119 p.
- TRAORÉ, I., B. BEAUVAIS, D. DU MAYS, M. DUMONT et G. MAROIS (2010). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008. Cahier technique : Livre de codes et définition des indices (Fichier maître)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 704 p.

Conclusion

L'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* (EQSP) a comme objectif général de brosser un portrait de santé de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé, à l'échelle du Québec et des régions sociosanitaires. Cette enquête vise à combler des besoins d'information prioritaires liés aux plans de surveillance de l'état de santé, que ce soit sur de nouveaux thèmes à traiter dans une enquête populationnelle ou sur des thèmes déjà abordés dans d'autres enquêtes mais devant être explorés plus en profondeur. Grâce au caractère récurrent de l'enquête, l'évolution temporelle de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants pourra également être suivie.

Le présent rapport rend compte de plusieurs aspects de l'état de santé de la population traités dans l'EQSP 2008 (perception de l'état de santé, perception de l'état de santé buccodentaire, santé mentale, blessures et troubles musculosquelettiques, infections transmises sexuellement) et de ses habitudes de vie et comportements (brossage de dents et fil de soie dentaire, utilisation de produits ou moyens amaigrissants, consommation de drogues, comportements sexuels et usage de la contraception, comportements de santé propres aux femmes). Ces résultats fournissent des renseignements utiles non seulement à la surveillance de l'état de santé de la population, mais aussi à l'orientation des politiques et programmes, notamment en traçant le profil de groupes vulnérables sur le plan de la santé. Cette première série de résultats tirés de l'EQSP 2008 sera sans nul doute enrichie par des analyses complémentaires permettant d'approfondir certains aspects des thèmes étudiés dans ce rapport ou d'examiner d'autres thèmes pour lesquels une information abondante a été recueillie en vue de répondre aux besoins de différentes sphères d'intervention (par exemple, le milieu de travail ou le développement socio-émotionnel des enfants de 3 à 14 ans). Le portrait statistique de la santé des Québécois établi dans ce rapport ouvre donc la voie à un large éventail d'études, particulièrement dans le domaine de la surveillance de l'état de santé.

Dans un premier temps, la conclusion fait un rappel des principaux résultats traités dans le rapport. Dans un deuxième temps, les caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques et de santé en fonction desquelles varient les indicateurs retenus pour décrire et analyser l'état de santé de la population et ses déterminants sont considérées dans une perspective transversale, de façon à dégager des points communs aux différents thèmes étudiés. Enfin, la dernière partie propose des pistes d'analyse ou de recherche et rend compte de l'importance des enquêtes populationnelles pour le suivi de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

Vue d'ensemble

Perception de l'état de santé

Selon l'EQSP 2008, environ 11 % des Québécois de 15 ans et plus considèrent leur santé comme passable ou mauvaise. Cette proportion est similaire à celle qui ressort d'autres enquêtes populationnelles menées depuis la fin des années 1980. Une plus grande proportion de personnes de 65 ans et plus (22 %) qualifient leur santé de passable ou mauvaise que de personnes de 45 à 64 ans (13 %) et, surtout, de moins de 45 ans (5 % des 15-24 ans et 6 % des 25-44 ans). Par ailleurs, 56 % de la population considère sa santé comme très bonne ou excellente et 33 %, comme bonne. De façon générale, les personnes les plus scolarisées et les plus favorisées économiquement estiment jouir d'une très bonne ou excellente santé en plus forte proportion que les autres. L'analyse permet aussi de faire ressortir des associations entre la santé perçue et plusieurs autres indicateurs, comme la perception de sa situation financière, le statut de fumeur, le statut pondéral, la détresse psychologique et la satisfaction à l'égard de sa vie sociale. Le large éventail de ces facteurs rappelle que la façon d'évaluer sa propre santé est complexe et englobe plusieurs aspects de la santé et de ses déterminants.

Santé mentale

Un peu plus de neuf Québécois de 15 ans et plus sur dix (93 %) perçoivent leur vie sociale comme très ou plutôt satisfaisante. Les aspects négatifs de l'état de santé mentale touchent cependant une part non négligeable de la population, plus particulièrement de certains groupes. Ainsi, les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique se retrouvent plus souvent au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique et aux prises avec des idées ou tentatives

de suicide. Par ailleurs, la détresse psychologique et les idées ou tentatives de suicide sont aussi associées à la satisfaction à l'égard de sa vie sociale et à la perception de sa situation financière, les personnes insatisfaites de leur vie sociale ou se percevant comme pauvres ou très pauvres comptant une proportion plus élevée de personnes affectées par ces aspects négatifs de la santé mentale.

Blessures et troubles musculosquelettiques

Environ le dixième (11 %) des Québécois de 15 ans et plus déclarent avoir été victimes, au cours d'une période de douze mois, de blessures non intentionnelles assez graves pour limiter leurs activités quotidiennes. Ces blessures touchent davantage les hommes et les jeunes adultes de 15 à 24 ans. Le domicile est le lieu le plus en cause dans les blessures, surtout chez les personnes de 65 ans et plus (67 %), alors que les lieux de sport ou de plein air sont les endroits où les jeunes adultes se blessent davantage (45 %) que les autres. Les blessures résultant d'une chute affectent environ le tiers de la population blessée de 15 ans et plus, mais plus de la moitié des personnes de 65 à 74 ans et près des trois quarts des 75 ans et plus. Par ailleurs, un peu plus du dixième (12 %) des Québécois de 15 ans et plus ont subi des blessures dues à des mouvements répétitifs qui ont limité leurs activités. La plupart de ces blessures sont attribuables à un travail rémunéré (45 %), mais les sports et les exercices physiques sont aussi en cause dans 25 % des mentions d'activités. Environ 30 % des personnes de 15 ans et plus ont ressenti des douleurs musculosquelettiques (TMS) suffisamment graves pour limiter leurs activités normales. Une même personne peut avoir des douleurs à une partie du corps qui sont attribuables au travail et d'autres douleurs, touchant une autre région corporelle, qui ne le sont pas. Parmi les personnes souffrant de TMS, 60 % attribuent au moins une de leurs douleurs à l'exercice d'un travail et 48 % d'entre elles, à une autre source.

Santé buccodentaire

Les résultats sur la perception de sa santé buccodentaire indiquent que près de neuf Québécois de 15 ans et plus sur dix (88 %) s'estiment en bonne santé sur ce plan. La perception négative de sa santé buccodentaire est généralement plus répandue parmi la population moins scolarisée et moins favorisée économiquement; de même que chez les hommes et les personnes plus âgées. Les résultats montrent également que la perception positive est liée à la mise en pratique de bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire. Dans l'ensemble, il ressort que le brossage biquotidien des dents est largement répandu chez les femmes (88 %), et la soie dentaire est utilisée quotidiennement par 42 % d'entre elles. Les personnes complètement édentées sont très peu nombreuses chez les moins de 45 ans (environ 1 %). Bien que près de 40 % des personnes âgées de 65 ans et plus n'aient plus de dents naturelles, le nombre de Québécois complètement édentés a connu une diminution considérable, selon les données provenant d'autres enquêtes menées antérieurement au Québec.

Statut pondéral et utilisation de produits ou moyens amaigrissants

Selon l'EQSP 2008, l'embonpoint concerne 35 % des personnes de 15 ans et plus et l'obésité, 16 %; ces proportions sont respectivement de 15 % et 5 % chez les jeunes de 15 à 17 ans. Ces deux statuts sont plus répandus chez les hommes ainsi que chez les personnes de 45 à 64 ans (et de 65 ans et plus pour l'embonpoint). Le statut pondéral varie également selon la scolarité et le revenu : l'obésité touche davantage les hommes et les femmes les moins scolarisés par rapport aux universitaires. La même relation est notée chez les femmes présentant de l'embonpoint; à l'inverse, chez les hommes, ce sont les diplômés de niveau collégial ou universitaire qui sont les plus touchés. L'embonpoint est aussi plus répandu chez les hommes membres d'un ménage disposant de revenus supérieurs, alors que l'obésité l'est surtout chez les femmes dont les revenus du ménage sont les plus faibles.

La perception des femmes à l'égard de leur poids tend à la surestimation et celle des hommes, à la sous-estimation : 74 % des femmes ayant un poids insuffisant le considèrent normal et 53 % des hommes faisant de l'embonpoint ne se perçoivent pas en excès de poids. L'EQSP 2008 permet d'étudier le recours des personnes à des actions concrètes concernant leur poids, une première dans une enquête menée au Québec. Ainsi, environ quatre femmes sur dix et trois hommes sur dix ont essayé de perdre du poids ou de le maintenir au cours d'une période de six mois. Ces tentatives sont plus courantes chez les femmes et les personnes présentant un surplus de poids.

Parmi les personnes ayant cherché à réduire ou contrôler leur poids, environ une sur quatre a eu recours à une diète amaigrissante ou à un programme d'amaigrissement commercial et près d'une sur dix, à au moins une méthode présentant un potentiel de dangerosité pour la santé. La scolarité peu élevée, le faible niveau de revenu du ménage (chez les femmes) et l'obésité sont en lien avec l'utilisation de telles méthodes, plus populaires chez les femmes de moins de 65 ans. Selon les données recueillies dans l'EQSP 2008, le recours à au moins une méthode saine est un phénomène largement répandu (96 % des personnes ayant essayé de perdre du poids ou de le maintenir). Ce sont surtout les femmes qui ont utilisé cinq méthodes et plus, en particulier les femmes de moins de 45 ans et celles dont les revenus du ménage sont les plus élevés. Enfin, il ressort que la consultation d'un professionnel de la santé au sujet de son poids est peu fréquente chez les personnes ayant tenté de perdre du poids ou de le maintenir (13 % au cours d'une période de six mois).

Consommation de drogues

Selon l'EQSP 2008, près de la moitié (46 %) des Québécois de 15 ans et plus ont déjà fait usage de drogues au cours de leur vie, et 13 % en ont consommé au cours d'une période de douze mois. Les consommateurs actuels sont surtout des hommes; la tendance est la même chez les 15-17 ans, mais les données ne permettent pas de déceler un écart significatif entre les sexes dans ce groupe d'âge. Des dix drogues retenues dans l'enquête, le cannabis est la plus populaire : 44 % des personnes l'ont utilisé au moins une fois dans leur vie et 12 %, sur une période de douze mois; également, 71 % des consommateurs de drogues rapportent l'usage exclusif du cannabis sur douze mois. C'est parmi les personnes de moins de 45 ans que les consommateurs de trois drogues ou plus, ainsi que de drogues autres que le cannabis, sont en plus forte proportion. Par ailleurs, l'usage de drogues semble avoir été un comportement transitoire pour près du quart des 15-24 ans qui sont des anciens consommateurs, comme 42 % des 25-44 ans.

Lorsqu'on s'intéresse à la population faisant davantage usage de drogues, une attention particulière doit être portée aux personnes présentant les caractéristiques suivantes ou une combinaison de ces caractéristiques : être un homme, avoir entre 15 et 24 ans, être né au Canada, être aux études, vivre dans un ménage familial ou dans un ménage composé de personnes ayant d'autres relations de parenté ou non apparentées, se situer à un niveau élevé de détresse psychologique. De nombreux groupes de population étant touchés par la consommation de drogues, plusieurs milieux d'intervention se trouvent concernés par cette problématique de santé.

Comportements sexuels et utilisation de la contraception

Parmi la population québécoise de 15 ans et plus, plus de 9 personnes sur 10 ont déjà eu des relations sexuelles au cours de leur vie et environ 8 sur 10, dans les douze derniers mois. Ce sont les personnes de 15 à 17 ans et celles de 65 ans et plus qui sont les moins actives sexuellement. La très grande majorité des personnes actives sexuellement déclarent avoir eu un seul partenaire sexuel au cours d'une période de douze mois. Le fait d'avoir eu plus d'un partenaire est plus fréquent chez les hommes et chez les 15-24 ans.

L'usage de la contraception sur une période de douze mois touche, parmi la population active sexuellement, environ les deux tiers des femmes de 15 à 49 ans et environ la moitié des hommes de 15 ans et plus. Cet usage est plus répandu chez les personnes plus jeunes (en particulier les 15 à 24 ans) et chez celles ayant eu plus d'un partenaire sexuel. Le condom, la pilule contraceptive, la vasectomie, le stérilet et la ligature des trompes sont les cinq moyens contraceptifs les plus fréquemment rapportés dans l'enquête. L'utilisation du condom revêt une importance particulière en santé publique pour la prévention des infections transmises sexuellement (ITS), un diagnostic qu'environ 8 % des personnes ayant déjà eu des relations sexuelles ont reçu au cours de leur vie. Près du quart des hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes ont reçu un diagnostic d'ITS, de même que près du tiers des utilisateurs de drogues par injection. Selon l'EQSP 2008, l'utilisation du condom, au cours d'une période de douze mois et lors de la dernière relation sexuelle avec pénétration, est plus répandue chez les jeunes de 15 à 24 ans. Néanmoins, environ 40 % des personnes ayant eu cinq partenaires et plus n'ont pas utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec pénétration; ainsi qu'environ la moitié des personnes ayant eu entre deux et quatre partenaires. Compte tenu des risques accrus d'infection avec l'augmentation du nombre de partenaires sexuels, ces derniers résultats se révèlent préoccupants.

Comportements de santé propres aux femmes

Il est reconnu que le tabagisme accroît les risques de maladie coronarienne et d'accident cérébral vasculaire parmi les femmes qui utilisent la contraception hormonale combinée (CHC). Le Consensus canadien sur la contraception recommande d'ailleurs d'aviser les utilisatrices de la CHC de cesser de fumer et aux fumeuses de 36 à 49 ans, d'utiliser un autre moyen de contraception. Selon l'EQSP 2008, près de neuf femmes sur dix ne fument pas parmi les femmes de 36 à 49 ans actives sexuellement qui ont recours à la CHC, ce qui signifie qu'elles ont adopté le comportement recommandé. Le dixième (11 %) d'entre elles fument encore, comparativement au quart (26 %) des utilisatrices de la CHC âgées de 15 à 35 ans. Les données de l'enquête ne permettent cependant pas de savoir précisément pourquoi les femmes de 36 à 49 ans adhèrent davantage au comportement recommandé.

Le test de Pap sert au dépistage du cancer du col de l'utérus. En 1998, le Programme québécois de lutte contre le cancer recommandait que les femmes de 18 à 69 ans passent ce test aux trois ans. Selon l'EQSP 2008, près des trois quarts (73 %) des Québécoises de ce groupe d'âge ont passé leur dernier test de Pap dans un délai inférieur à trois ans. Ce sont surtout les femmes de 25 à 44 ans qui l'ont fait dans ce laps de temps (83 %) et celles dont le niveau de scolarité est élevé (79 % des diplômées universitaires). Ce comportement préventif est moins répandu parmi les femmes les moins scolarisées (61 %) et celles faisant partie des ménages ayant les plus faibles revenus (65 %). Les femmes arrivées récemment au Canada sont aussi proportionnellement moins nombreuses que les femmes nées au pays ou établies depuis 5 ans ou plus à avoir passé un test de Pap dans le délai recommandé, ce qui est le cas de la moitié d'entre elles.

Perspective transversale de l'état de santé et de ses déterminants

L'état de santé, les habitudes de vie et les comportements reliés à la santé qui ont été analysés au fil des chapitres de ce rapport sont influencés par différents facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux. L'approche retenue pour l'analyse des données de l'EQSP 2008 permet de signaler des associations entre deux variables, mais elle ne sert pas à établir des liens de causalité entre les caractéristiques étudiées. Même si le sens et l'enchaînement des relations ne peuvent être précisés, il s'avère utile de faire ressortir des points de divergence et de convergence entre les différents chapitres. Cette vue transversale des déterminants contribuera, entre autres choses, à dégager les caractéristiques des groupes les plus vulnérables en matière de santé. La présentation qui suit est effectuée en suivant le découpage adopté dans ce rapport entre les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques socioéconomiques et les caractéristiques de santé.

Caractéristiques sociodémographiques

Les indicateurs étudiés varient le plus souvent selon le sexe et l'âge. De prime abord, les femmes et les hommes posent un regard différent sur leur santé à plusieurs égards. Par exemple, les femmes sont un peu plus portées que les hommes à évaluer négativement leur santé générale, surtout les femmes âgées de 65 ans et plus. En ce qui a trait à la santé buccodentaire, ce sont plutôt les hommes qui ont une perception plus négative de leur santé. Enfin, les femmes tendent à surestimer leur statut pondéral, notamment en se considérant de poids normal tout en ayant un poids insuffisant; les hommes, eux, sont plus enclins à le sous-estimer, en qualifiant leur poids de normal alors qu'ils font de l'embonpoint. Ces questions d'ordre sociologique illustrent comment les valeurs et les perceptions peuvent s'imbriquer et s'associer aux comportements.

Les différences entre hommes et femmes se manifestent également dans certains comportements, habitudes de vie ou conditions physiques. Entre autres résultats, la consommation de drogues est plus répandue dans la population masculine que dans la population féminine. Par ailleurs, l'habitude de se brosser les dents au moins deux fois par jour est plus largement établie chez les femmes que chez les hommes. Le surplus de poids (embonpoint et l'obésité) touche une part importante de l'ensemble des Québécois de 15 ans et plus, mais encore plus les hommes (60 %) que les femmes (41 %).

En général, les groupes les plus jeunes ou les plus âgés se distinguent par leurs perceptions ou leurs comportements en présentant des proportions inférieures ou supérieures à celles de tous les autres groupes d'âge. Par exemple, les 65 ans et plus présentent la plus forte proportion de personnes qualifiant leur santé de passable ou mauvaise. L'âge pourrait aussi constituer un facteur important dans le fait que, par rapport aux autres types de ménage, davantage de

personnes vivant seules estiment ne pas être en bonne santé. Par ailleurs, les données de l'enquête montrent que l'utilisation régulière du condom est plus répandue chez les jeunes de 15 à 17 ans par rapport aux 18-24 ans pour diminuer encore d'un groupe d'âge à l'autre chez les plus âgés.

Certains groupes de population sont plus touchés que d'autres par des problèmes de santé particuliers. Trois hommes sur dix et un jeune adulte (15-24 ans) sur deux sont affectés par des blessures non intentionnelles attribuables à la pratique d'un sport ou d'un exercice physique. Ces activités sont beaucoup plus souvent mentionnées comme sources de blessures dues à des mouvements répétitifs chez les 15-24 ans que dans les autres groupes d'âge. Dans un autre domaine, même si la mortalité par suicide est plus forte chez les hommes, les femmes rapportent en plus grande proportion avoir fait une tentative de suicide, que ce soit au cours de leur vie ou pendant une période de douze mois.

Caractéristiques socioéconomiques

La pauvreté pèse lourd. Les groupes les moins bien nantis sont souvent ceux qui sont plus touchés par certains problèmes de santé ou plus à risque de l'être. En outre, les inégalités sociales de santé peuvent se cumuler chez une même personne, ce qui mène à des situations plus critiques en matière de santé. Dans leur lien avec la perception de l'état de santé, les différentes variables socioéconomiques retenues pour l'analyse montrent des tendances semblables : ce sont les personnes les moins scolarisées et celles disposant des plus faibles revenus qui sont les plus nombreuses, en proportion, à percevoir leur santé comme passable ou mauvaise. Ces caractéristiques sont également celles que l'on retrouve dans le profil de la population se trouvant en plus mauvaise posture quant à la santé buccodentaire (habitudes d'hygiène buccodentaire, perception de la santé buccodentaire et édentation complète).

Même si, dans l'ensemble, le statut pondéral suit les mêmes tendances quant aux inégalités sociales de santé, des différences déjà constatées dans d'autres études méritent d'être notées. Contrairement à ce qu'on observe pour l'obésité, qui affecte davantage les femmes dont les revenus du ménage sont les plus faibles, la prévalence de l'embonpoint est plus élevée chez les hommes disposant de revenus supérieurs. Ces différences dans les résultats selon le sexe laissent à penser que le surplus de poids n'est pas un phénomène homogène et soulèvent l'importance de réaliser des analyses différenciées.

Les comportements préventifs peuvent être moins répandus dans des groupes particuliers de population sur le plan socioéconomique. Ainsi, l'on retrouve des proportions moindres de femmes ayant passé le test de Pap dans le délai recommandé de trois ans chez les moins scolarisées et celles disposant des plus faibles revenus du ménage. De même, les femmes arrivées récemment au Canada sont proportionnellement moins nombreuses à l'avoir fait. Ces divers groupes de femmes pourraient probablement bénéficier d'efforts plus circonscrits sur le plan de la prévention et du dépistage du cancer utérin.

Caractéristiques de santé

Les résultats de l'EQSP 2008 confirment les constatations faites dans un grand nombre d'études sur les liens existant entre la perception de l'état de santé et les comportements ou situations qui influent sur la santé, comme l'usage de la cigarette et le statut pondéral. De façon générale, les fumeurs et les personnes présentant un poids insuffisant ou un surplus de poids (embonpoint ou obésité) sont plus susceptibles d'évaluer négativement leur santé.

Outre ces indicateurs de santé physique, ce sont des facteurs psychosociaux qui ressortent comme étant associés à différents aspects de la santé. Ainsi, la perception de l'état de santé est étroitement liée à la satisfaction à l'égard de sa vie sociale et à la détresse psychologique. Le fait d'évaluer sa santé comme passable ou mauvaise est davantage présent dans la population touchée par les dimensions négatives de ces indicateurs (insatisfaction à l'égard de sa vie sociale, niveau élevé de détresse).

Dans le cadre de ce rapport, les analyses révèlent l'existence de liens entre plusieurs des indicateurs retenus et la satisfaction à l'égard de sa vie sociale ou la détresse psychologique, y compris pour la santé buccodentaire. Les croisements effectués avec l'indice de détresse psychologique montrent que plusieurs groupes de population sont particulièrement touchés par cette dimension négative de l'état de santé mentale, que l'on sait associée aux troubles de l'humeur et à l'anxiété. Des associations sont aussi dégagées entre les idées suicidaires et tentatives de suicide et les

caractéristiques économiques ainsi que des indicateurs communs, comme la perception de l'état de santé et la détresse psychologique. Ces constats font ressortir l'importance de tenir compte de la santé mentale et des facteurs psychosociaux dans l'étude de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

Pistes d'analyse et de recherche

En plus du contenu présenté dans ce rapport, l'enquête recèle encore un grand potentiel d'exploitation, tant pour approfondir des thèmes déjà abordés que pour en explorer de nouveaux. Sans être exhaustives, quelques pistes sont soulevées dans les paragraphes suivants, de même que les possibilités d'analyse que permet la récurrence de *l'Enquête québécoise sur la santé de la population*.

L'étude de certains problèmes de santé mène à l'identification de pistes de recherche touchant des aspects particuliers de ceux-ci ou des actions pouvant être entreprises pour les prévenir. Ainsi, les données de l'EQSP 2008 montrent que les blessures non intentionnelles surviennent plus souvent à domicile que dans d'autres lieux. Comme elles touchent une proportion importante de la population victime de blessures et que la forte morbidité qui s'ensuit est évitable, l'analyse spécifique de ce type de blessures mérite d'être poursuivie. De même, le constat qu'une proportion notable des troubles musculosquelettiques ne résulte pas de l'exercice d'un travail ouvre sur la pertinence d'explorer l'ensemble des actions pouvant éventuellement être entreprises dans les foyers, les centres sportifs, les écoles ou d'autres milieux de vie pour prévenir de tels troubles.

Par ailleurs, en ce qui a trait au statut pondéral, l'EQSP 2008 fournit l'occasion de disposer d'une information abondante sur le recours à un large éventail de méthodes pour contrôler son poids ou en perdre – certaines ayant un potentiel de dangerosité pour la santé – et l'utilisation d'un grand nombre d'entre elles. L'analyse plus poussée de ces données peut sans doute permettre d'éclairer les décideurs sur les profils d'utilisation des différentes méthodes. Dans une autre sphère d'intervention, le recours à un professionnel de la santé ou à une ligne d'aide téléphonique à la suite d'idées suicidaires sérieuses constitue également un sujet d'étude doté de potentiel pour la planification des services en santé mentale.

Les résultats de l'EQSP 2008 contribuent tant à confirmer l'existence des groupes de population qui constituent déjà les cibles privilégiées d'interventions qu'à identifier des groupes qui pourraient bénéficier d'interventions adaptées. Par exemple, la prévalence des ITS observée chez certains groupes à risque laisse supposer qu'une analyse plus approfondie des données recueillies permettrait d'apporter une information pertinente sur les facteurs liés aux risques d'infection chez ces groupes cibles. Par ailleurs, dans la perspective de promouvoir l'adoption d'un comportement préventif auprès de groupes de personnes où il est moins répandu, des analyses statistiques menées à partir de l'EQSP 2008 pourraient être complétées par des études de nature qualitative permettant de mieux comprendre la diversité des situations et ainsi de favoriser l'accessibilité des services à toute la population cible. C'est le cas, en particulier, des femmes arrivées récemment au Canada, qui sont proportionnellement moins nombreuses que les femmes nées au pays ou établies depuis plus longtemps à avoir passé leur dernier test de Pap dans le délai recommandé de trois ans.

L'exploitation du potentiel des données recueillies dans l'EQSP 2008 devrait aussi permettre d'approfondir les connaissances sur les caractéristiques des problèmes de santé étudiés. Il serait ainsi intéressant d'analyser d'autres aspects liés aux blessures non intentionnelles, en premier lieu les activités pratiquées au moment de la blessure et, en considérant le genre de blessure subie, la façon dont elle s'est produite ou la partie du corps touchée. Les circonstances des blessures demandent une attention particulière, compte tenu de la place importante occupée par les sports et de la popularité grandissante des sports extrêmes. Par ailleurs, pour expliquer les liens entre l'âge et la santé perçue, les constats sur la perception plus négative de l'état de santé chez les personnes âgées sont à mettre en relation avec l'accroissement de la prévalence des problèmes de santé chroniques, lesquels peuvent être associés aux changements dans les conditions socioéconomiques et les comportements psychosociaux.

Des pistes d'analyse et de recherche peuvent aussi être proposées pour améliorer les connaissances sur des déterminants individuels, tels que les comportements et les habitudes de vie. L'influence des comportements - déterminants importants de la santé perçue - mériterait une analyse plus approfondie, afin de préciser l'apport respectif de ces facteurs aux perceptions positive ou négative de la santé. Des pistes d'analyse additionnelles concernent aussi le nombre et la diversité des méthodes saines utilisées par les personnes voulant perdre du poids ou le maintenir.

Pour certains des thèmes étudiés, des analyses complémentaires permettraient de raffiner les constats faits à l'échelle de la population générale en examinant les variations selon l'âge et le sexe. Dans cette perspective, l'usage des types de drogues les plus fréquemment rapportés (par exemple, cannabis, cocaïne) pourrait être étudié selon le sexe et pour différents groupes d'âge. Un portrait plus exhaustif de l'usage de moyens de contraception pourrait aussi être brossé en analysant ce comportement selon le sexe pour des groupes d'âge similaires (par exemple, les 15-24 ans, les 25-34 ans) et en incluant d'autres caractéristiques (par exemple, la composition du ménage). L'analyse plus poussée de l'usage de chacun des moyens les plus utilisés pourrait également permettre de préciser s'il diffère selon l'âge des personnes ou d'autres caractéristiques sociodémographiques. Enfin, l'existence des changements survenus dans l'organisation familiale au cours des dernières décennies justifie qu'on explore les données en fonction de combinaisons de caractéristiques (âge, scolarité, occupation, nombre d'enfants de moins de 15 ans, etc.) qui peuvent influencer sur l'état de santé et ses déterminants.

Suivi de l'état de santé et de ses déterminants

Les enquêtes populationnelles constituent une source d'information privilégiée pour suivre l'évolution de l'état de santé et de ses déterminants. Les résultats de l'EQSP 2008 prendront tout leur sens dans la mesure où il sera possible de suivre l'évolution des situations, comportements ou problèmes de santé analysés dans le présent rapport. Ainsi, la prochaine édition de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population*, prévue en 2013, devrait, entre autres choses, permettre de mesurer l'évolution de l'état de santé et les changements dans les habitudes de vie et les comportements qui y sont liés. Il apparaît aussi important de mieux comprendre les perceptions positive ou négative de la santé et les variations de ces perceptions au fil du temps, notamment en fonction des groupes d'âge. Par ailleurs, l'analyse de l'évolution de certains indicateurs demande préalablement de s'assurer de la comparabilité des résultats : il en est ainsi pour la détresse psychologique. Afin de déterminer le seuil optimal sur l'échelle de détresse psychologique pour la population québécoise, la mesure de cet indicateur pourrait bénéficier de l'apport d'études additionnelles.

L'analyse des données de l'EQSP 2008 a suscité des questionnements sur des différences ou similarités observées entre des groupes de population ainsi que sur des associations décelées entre deux variables. Plusieurs de ces interrogations pourront être clarifiées par la collecte récurrente de données. Ainsi, il sera intéressant de suivre les comportements des jeunes adultes en matière de consommation de drogues, et de voir notamment s'il y a maintien des comportements observés chez les jeunes hommes et les jeunes femmes. Sous un autre angle, en suivant l'évolution de comportements de santé propres aux femmes dans les enquêtes à venir, il sera aussi possible de voir si l'amorce de changements sociétaux dans des habitudes de vie comme le tabagisme se confirme, ou si l'adoption éventuelle de nouvelles techniques de dépistage du cancer du col de l'utérus se répercute dans des comportements préventifs. En plus de fournir une information abondante sur l'état de santé de la population québécoise et sur ses déterminants, les données de l'EQSP 2008 permettent ainsi de poser un premier jalon à partir duquel leur évolution pourra être suivie dans le temps.

Des statistiques sur le Québec d'hier et d'aujourd'hui
pour le Québec de demain

Le rapport de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008* dresse un portrait statistique à l'échelle provinciale de certains aspects de la santé physique et mentale ainsi que des habitudes de vie des Québécois de 15 ans et plus vivant en ménage privé. Les données recueillies en 2008 auprès de 38 000 personnes dans 16 régions sociosanitaires du Québec visent à fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux et à son réseau des renseignements utiles à la surveillance de l'état de santé de la population et à la planification sociosanitaire. Tout en informant les Québécois sur leur état de santé, ces données permettront d'alimenter les réflexions de plusieurs acteurs de la société, notamment les décideurs publics, les chercheurs et les étudiants, sur les pistes d'action et de recherche à poursuivre. Un recueil statistique offrant un portrait régional des sujets traités dans le rapport est aussi consultable sur le site Web de l'Institut de la statistique du Québec à l'adresse suivante : www.stat.gouv.qc.ca.